

**Fundação
Oswaldo Cruz**



**Centro de Pesquisa
Aggeu Magalhães**

Departamento de Saúde Coletiva

Mestrado em Saúde Pública

Tereza Maciel Lyra

**O Desafio da Eqüidade no SUS:
o uso do Sistema de Informações Hospitalares
na avaliação da distribuição da atenção
cardiológica de alta complexidade
Brasil, 1993 - 1999**

ORIENTADORA:
Profa. Dra. Maria de Fátima Militão Albuquerque

CO-ORIENTADOR:
Prof. Antonio da Cruz G. Mendes

(043.3)"2001"
L992d
Ex.2

Recife-PE
maio de 2001

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISA AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

ATA DOS TRABALHOS

Título da Dissertação : **O DESAFIO DA EQUIDADE NO SUS: O USO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES NA AVALIAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DA ATENÇÃO CARDIOLÓGICA DE ALTA COMPLEXIDADE BRASIL - 1993 – 1999.**

Aluna : **TEREZA MACIEL LYRA**

Orientador: **MARIA DE FÁTIMA DE ALBUQUERQUE MILITÃO**

Co-Orientador: **ANTONIO DA CRUZ GOUVEIA MENDES**

COMISSÃO EXAMINADORA

Dr Eduardo Hage Carmo

1º Examinador

Prof. José Luiz Correia de Araújo

2º Examinador

Profª Maria de Fátima de Albuquerque Militão

3º Examinador

A Comissão Examinadora, indicada pela Coordenação de Pós-Graduação em Saúde Pública, nível Mestrado, conforme o que estabelecem o Regulamento Geral do Cursos de Pós-Graduação da FIOCRUZ e o Regulamento Específico do Curso de Mestrado em Saúde Pública do CPqAM, deu início aos trabalhos de avaliação da dissertação às _____ horas do dia 25 de abril de 2001.

A apresentação da dissertação pela aluna teve duração de _____ minutos..
Em seguida promoveu-se a arguição pelo examinadores, na seguinte ordem:

1º Examinador(a):

Duração da arguição _____ minutos

Duração da defesa _____ minutos

2º Examinador(a):

Duração da arguição _____ minutos

Duração da defesa _____ minutos

3º Examinador(a):

Duração da arguição _____ minutos

Duração da defesa _____ minutos

Encerradas as arguições e as defesas às _____ horas; a apresentação e a defesa da dissertação tiveram duração total de _____ horas e _____ minutos.

A Comissão Examinadora reuniu-se e após a avaliação conjunta dos conhecimentos demonstrados e da capacidade de discutir e analisar os resultados obtidos, atribuiu à aluna o conceito abaixo:

APROVADA* ()

REPROVADA ()

A aluna foi considerada _____. E para constar do processo respectivo, a Comissão Examinadora elaborou a presente Ata, que vai assinada por todos os seus membros.

* Ver observação na Ata de Divulgação.

Recife, maio 2001.

Assinatura do 1º Examinador(a)

Assinatura do 2º Examinador(a)

Assinatura do 3º Examinador(a)

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho foi desenvolvido no Laboratório de Análise de Sistemas de Informações em Saúde – LABSIS, do Departamento de Saúde Coletiva do Instituto de Pesquisa Ageu Magalhães.

O referido laboratório vem, já há quase três anos, desenvolvendo pesquisas utilizando os sistemas de informações em saúde na análise de diferentes problemas de saúde. Em particular tem se utilizado o Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS, tanto na análise de rede de atenção, como em estudos epidemiológicos.

O grupo de pesquisadores que dele participam têm se empenhado em desenvolver novas técnicas de análise, algumas das quais foram incorporadas no presente estudo

Vale ressaltar que o grupo é composto tanto por epidemiologistas como por planejadores e sanitaristas com larga experiência administrativa, o que tem permitido uma troca constante de experiência entre os mesmos.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS

LISTA DE ABREVIATURAS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

ABSTRACT

1 – INTRODUÇÃO	01
1.1. EQUIDADE: UM DESAFIO A SER CONQUISTADO	01
1.1.1. EQUIDADE E IGUALDADE	01
1.1.2. EQUIDADE: A NÃO CONSENSUALIDADE DOS CONCEITOS	03
1.1.3. EQUIDADE DE ACESSO E DE CONDIÇÕES DE VIDA	05
1.2. EQUIDADE EM SAÚDE NO BRASIL – A CONSTRUÇÃO DE UM PRINCÍPIO	10
1.3. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E EQUIDADE	13
1.3.1. O TRATO DA EQUIDADE NA LEGISLAÇÃO DO SUS	15
1.4. CONDIÇÕES DE SAÚDE NO BRASIL: INIQUIDADE CONSENTIDA	19
1.4.1. ACESSO AOS SERVIÇOS: A DESIGUALDADE PREVALECE	25
1.5. SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES: POTENCIALIDADES DE USO	28

2 – JUSTIFICATIVA	32
3 – OBJETIVOS	36
3.1. OBJETIVO GERAL	36
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
4 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	37
4.1. TIPO DE ESTUDO	37
4.2. DEFINIÇÃO DA ÁREA, POPULAÇÃO E PERÍODO DE ESTUDO	38
4.3. DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS DE ESTUDO	39
4.3.1. VARIÁVEL DEPENDENTE	39
4.3.2. VARIÁVEIS INDEPENDENTES	43
4.4. FONTES E PROCEDIMENTOS DE AJUSTAMENTO DOS BANCOS DE DADOS	47
4.4.1. PROCEDIMENTOS DE AJUSTAMENTO DE BANCO DE DADOS	48
4.5. ANÁLISE DOS DADOS	49
5 – RESULTADOS	50
6 – DISCUSSÃO	80
7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, M^a de Fátima Militão Albuquerque pela precisão na orientação, além do estímulo e disponibilidade permanentes;

A Antônio Mendes, co-orientador e amigo, que tem ao longo do meu percurso de sanitarista me proposto desafios, sempre compartilhados;

Ao Núcleo de Saúde Coletiva – NESC, por ter me acolhido no mestrado, e em todo o período em que estive vinculada ao Laboratório de Análise de Sistemas de Informações em Saúde;

A todos os colegas integrantes do Laboratório de Análise de Sistemas de Informações em Saúde, Kátia Medeiros, Sidney Farias, Tereza Campos, Paulette Cavalcanti, Petra Duarte, Domício Sá e Fábio Lessa. A Fábio um agradecimento especial pela inestimável colaboração na sistematização do banco de dados, e sem o qual este trabalho teria enfrentado dificuldades não desprezíveis;

A José Luís Correa de Araújo, Jarbas Barbosa Júnior, e Humberto Costa, pelo desafio lançado em diferentes momentos, aos quais espero ter correspondido, e sobre tudo, a quem desejo corresponder na luta por um Recife melhor;

Aos grandes amigos Crhistine Holmes, Djalma Agripino, Paulo Frias, Bernadete Antunes, Adeílsa Ferraz, Cristina Pinheiros e Conceição Cardoso que em momentos nem sempre fáceis, demonstraram o sentido do companheirismo;

Aos colegas de mestrado, Cristina, Eronildo, Reneide, Edilene, Marina, Petrônio, Gisele, Eduardo, Fernando, Walquíria e Mércia, pelo estímulo da companhia;

A meus irmãos e irmã, grandes incentivadores, pelo apoio constante ao longo de tantos percursos;

Ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de Pernambuco, pelo apoio na viabilização este projeto.

Aos companheiros que comigo dividiram a experiência da Diretoria Executiva de Informações, Socorro Velozo, Bete, Enide, Ilk, Niedja, Andréa, Solange, Suely, Chico, valeu!

A Regina Nascimento e Luci Praciano (e suas dicas inestimáveis), por bons momentos juntas;

A Ana Paula Sóter e Reneide Muniz pelas gratificantes experiências de PPI e outras vivenciadas na DIPLAN;

A Dr^a M^a da Glória Aureliano, Dr. Ricardo Paiva e Dr. Wilson Oliveira pela grande ajuda na definição dos Grupos de complexidade dos procedimentos de alta complexidade para patologias cardíacas, e por suas observações pertinentes, e olhar de especialistas;

A todos que compõem a Diretoria de Epidemiologia e Vigilância da Saúde da Secretaria de Saúde do Recife.

A Sônia Varget pelo apoio com as Referências Bibliográficas, e a Jucelino e Ana Paula com o apoio na formatação final do trabalho.

LISTA DE ABREVIATURAS

CENEPI – Centro Nacional de Epidemiologia.

FIBGE – Fundação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

GM – Gabinete do Ministro.

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano.

IPEA – Instituto de Pesquisas Aplicadas.

MARE – Ministério da Administração e Reforma do Estado.

MS – Ministério da Saúde.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

OPS – Organização Pan Americana de Saúde.

PAC/PC – Procedimentos de Alta Complexidade para Patologias Cardíacas.

SAS – Secretaria de Assistência à Saúde.

SIH – Sistema de Informações Hospitalares.

SUS – Sistema Único de Saúde.

CEC – Circulação Extra – corpórea

CNCPHAC – Câmara Nacional de compensação de Procedimentos

Hospitalares de Alta Complexidade

PCA – Persistência de Canal Arterial

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Frequência de Procedimentos Totais e de PAC/PC e proporção de PAC/PC em relação ao total de procedimentos realizados Brasil, 1993, 1996 e 1999	46
Tabela 2: Número e proporção de municípios que realizam PAC/PC em relação ao total de municípios por regiões e estados, Brasil, 1993, 1996 e 1999	47
Tabela 3: Número e proporção de PAC/PC em relação ao total anual por regiões e estados, Brasil, 1993, 1996 e 1999	49
Tabela 4: Número e proporção de PAC/PC, Total e por Grupos de Complexidade 1, 2, 3 e 4 em relação ao Total, por estados e regiões, Brasil, 1993	52
Tabela 5: Número e proporção de PAC/PC, Total e por Grupos de Complexidade 1, 2, 3 e 4 em relação ao Total, por estados e regiões, Brasil, 1996	53
Tabela 6: Número e proporção de PAC/PC, Total e por Grupos de Complexidade 1, 2, 3 e 4 em relação ao Total, por estados e regiões, Brasil, 1996	54
Tabela 7: Número e proporção de PAC/PC por Grupos de Procedimentos em relação ao Total Brasil, 1993, 1996 e 1999	58
Tabela 8: Número de municípios que realizam PAC/PC por portes populacionais e regiões, Brasil, 1993, 1996 e 1999	60
Tabela 9: Número e Proporção de Municípios e de PAC/PC por Classe de IDH e por Regiões, Brasil, 1993	62
Tabela 10: Número e Proporção de Municípios e de PAC/PC por Classe de IDH e por Regiões, Brasil, 1996	63

Tabela 11: Número e Proporção de Municípios e de PAC/PC por Classe de IDH e por Regiões, Brasil, 1999 64

Tabela 12: Proporções de PAC/PC por Natureza dos Hospitais por Estados e Regiões - Brasil, 1993, 1996 E 1999 67

Tabela 13: Municípios que realizaram PAC/PC classificados segundo os 40 municípios que realizaram as maiores frequências de PAC/PC, por Regiões, Porte populacional e IDH classificados em quartis, Brasil, 1993, 1996, 1999 71

Tabela 14: Municípios que realizaram PAC/PC segundo os 40 municípios que realizaram as maiores proporções de PAC/PC em relação ao total de procedimentos, por Regiões, Porte populacional e IDH classificados em quartis, Brasil, 1993, 1996 e 1999 76

RESUMO

A consolidação do Sistema Único de Saúde passa pela efetivação dos seus princípios básicos: universalidade, integralidade das ações e equidade. Entretanto, poucos estudos têm analisado o SUS a partir deste aspecto.

No presente estudo buscou-se descrever a distribuição e frequência da realização dos procedimentos de alta complexidade para patologias cardíacas e sua evolução no território nacional nos anos de 1993, 1996 e 1999.

O conceito de equidade embora tenha norteado toda a análise, não foi definido como variável em função de dificuldades conceituais para esta operacionalização. Neste sentido, considerou-se equidade como princípio de justiça distributiva, a ser garantido pelo Estado enquanto gestor do SUS, e a ser compreendida a partir da evolução da atenção de alta complexidade para patologias cardíacas no tempo e no espaço.

Utilizou-se o Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS, pois o mesmo permite analisar aspectos considerados essenciais no que se refere a internações hospitalares, disponibilizando informações a cerca de todos os internamentos realizados na rede SUS, que corresponde à cerca de 70% do total nacional, além de ser um sistema de informações comprovadamente ágil.

A opção por procedimentos de alta complexidade para patologias cardíacas (PAC/PC) deveu-se às mesmas serem as principais causas de óbito no país, por necessitarem de ações complexas, por ter existido poucas alterações normativas quanto a estas, além de serem quase que exclusivamente financiados pelo SUS.

Os principais resultados apontam para uma expansão quantitativa da atenção de PAC/PC ao longo do tempo e para as regiões. Mostram ainda que o Ministério da Saúde atuou como regulador da atenção de alta complexidade através da publicação de Portarias.

Entretanto, observou-se que a expansão quantitativa de PAC/PC não se reproduziu ao longo do território nacional.

Verificou-se que nas regiões mais carentes apenas os grandes centros urbanos possuíam serviços que realizaram PAC/PC no período estudado, diferente do encontrado nas regiões Sudeste e Sul do país.

ABSTRACT

The consolidation of the Brazilian Unified Health System (SUS) depends upon the actual implementation of its basic principles: universality, comprehensiveness and equity. However few studies have analysed SUS from this standpoint.

The present study sought to describe the distribution and frequency of the high complexity procedures delivered in favor of cardiac pathologies in Brazil during the years of 1993, 1996 and 1999.

Although the equity concept have guided the whole analysis it was not defined as variable, mainly due to conceptual difficulties for its practical application. Accordingly, equity was taken as a principle of distributive justice to be assured by the state as the manager of SUS, and to be understood by the evolution of the high complexity attention delivered in favor of cardiac pathologies within of time and space.

The study utilised SUS' System of Hospital Information (SIH/SUS) once it allows one to analyse essential aspects in terms of hospital care, publishing information about all hospital admissions made into SUS network, which accounts for circa 70% of all in country, besides being a confirmed agile information system as well.

The option made towards high complexity procedures for cardiac pathologies was due to its importance as the main cause of deaths in country, always requiring high complexity procedures, and also because there have been only few normative changes in the regulation of these procedures, furthermore they are almost exclusively funded by SUS.

The main results indicate a qualitative expansion of high complexity procedures for cardiac pathologies during the years in all regions of the country. Results also suggest that the Ministry of Health have performed as the regulator of the high complex attention by issuing rules and acts on that.

Nevertheless, results also showed that the quantitative expansion of those procedures were not even within the whole country. Evidences indicated that in the most impoverished regions only the majors urban centers had services able to perform high complexity procedures for cardiac pathologies during the studied years, which differs from the findings of the south east regions, the wealthier ones.

A Chico e nossos filhos, Fred, Camila e Matias, por tudo que representam para mim;

A meus pais, Lilá e Décio, pelo amor,dedicação, carinho e apoio que sempre nos dedicaram, além do exemplo de respeito e ética, hoje tão raros;

À memória de meus avós, Didi e Fred, que com doçura deixaram saudades.

1. INTRODUÇÃO

1.1. EQUIDADE: UM DESAFIO A SER CONQUISTADO

1.1.1. EQUIDADE E IGUALDADE

A equidade enquanto princípio básico do Sistema Único de Saúde foi sem dúvida uma das grandes conquistas da carta Constitucional brasileira de 1988 (Brasil, 1989).

No entanto, o que se compreende por equidade?

Como cita Maritain (1952 :09.) "Não há tarefa mais ingrata do que procurar, (...) distinguir e circunscrever, (...) noções correntes (...) carregadas de conotações sociais, culturais e históricas, a um tempo ambíguas e férteis, conotações essas que, no entanto, envolvem um núcleo de significado inteligível. Tais conceitos são incertos, indeterminados, mutáveis e flutuantes. (...) sendo que, embora todo mundo se sinta à vontade ao empregar tais conceitos, começam a surgir dificuldades a partir do momento em que se tenta defini-los e separa-los uns dos outros".

O mesmo autor, ao discutir os Direitos Humanos, salienta que, embora seja normal que "os vários direitos atribuídos ao ser humano sejam limitados uns pelos outros", e que, o convívio social restrinja até certo ponto as liberdades individuais, a diferença e "antagonismo" surge em relação ao grau dessas restrições, que são determinadas em função de "filosofias políticas incompatíveis", pois estariam aí inseridos as dinâmicas e acordos a partir dos quais o reconhecimento do direito passa a ser posto em prática (Maritain, 1952).

Neste sentido, embora o direito a um Sistema de Saúde equânime seja constitucionalmente garantido, caberia a pergunta de como tem sido compreendido esse direito, e fundamentalmente, como tem sido implementadas políticas de saúde que busquem a equanimidade?

Para abordagem do tema consideramos essencial uma discussão anterior acerca de alguns conceitos, hipoteticamente consensuais, na prática, porém, influenciados por concepções de mundo e de justiça social envolvidos.

Não raro, os termos equidade e igualdade são utilizados com um mesmo sentido. Entretanto, existem sutis diferenças entre eles, e que se revestem de importância significativa (Centre for Health Equity, 2000).

Etimologicamente, segundo o Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, igualdade, do latim *aequalitatae*, significa: qualidade ou estado igual; paridade, uniformidade, identidade (Igualdade, 1986).

Para Travassos (1997), o conceito de igualdade deve estar intrinsecamente associado ao conceito da solidariedade. Para a autora, é necessário que aqueles que têm mais, contribuam com mais, para que os que têm menos possam ser beneficiados igualmente.

Em 1948, a III Sessão Ordinária da Assembléia Geral das Nações Unidas aprovou a Declaração Universal dos Direitos Humanos, no momento em que a humanidade saía da II Guerra Mundial, e que diz no seu Artigo Primeiro: “Todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade”. Afirma ainda no Artigo III: “Todo homem tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal” e no seu Artigo XXV. 1. que: “Todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis (...)”, afirmando, portanto, a igualdade inerente de direitos entre os homens (Direitos do Homem, 1998).

Para Vianna, (1989) a definição formal de um direito nem sempre garante seu efetivo exercício, ou mesmo que o exercício deste direito se dê igualmente distribuído. É o que tem demonstrado a história da humanidade, pois embora todos os estados membros das Nações Unidas tenham assinado a Declaração dos Direitos Humanos, a igualdade entre as nações, e mesmo a igualdade intra -nações está ainda muito distante de ser realidade.

Segundo Giovanella et al (1996: 15) haveria uma tensão constante “entre as esferas da economia e da política: entre as desigualdades reais produzidas pelo mercado e a igualdade formal definida pela política”.

Assim como igualdade, a conceituação de equidade tem sido tema de interesse ao longo da história da humanidade. Igualdade traz implícita a noção de uniformidade, a equidade, o sentido de imparcialidade (OPS, 1999b).

1.1.2. EQUIDADE: A NÃO CONSENSUALIDADE DOS CONCEITOS

Diferentes autores assumem a profunda natureza valorativa da equidade. Esta natureza de valor levaria a não consensualidade em torno do tema, pois necessariamente estariam aí incorporados os valores individuais dos que o adotam (Requena, 1997; Giovanella et al, 1996; Giraldes, 1995). Portanto, como ressaltam Jardimovski & Guimarães (1994), a definição de equidade dependeria da importância dada à mesma enquanto princípio de justiça social.

Requena (1997) ressalta que não é rara a equidade ser utilizada como “passaporte ético” de sustentação de discursos, sem que seja em contrapartida, adotada enquanto prática de justiça social.

Haveria distinção para alguns autores, entre equidade horizontal, e equidade vertical (West, 1979; Carr- Hill, 1994, apud Porto, 1995).

A equidade horizontal ofereceria tratamento igual para iguais – princípio da igualdade, e a equidade vertical, ofereceria tratamento desigual para desiguais – princípio da discriminação positiva.

Porto (1995, 1998) ressalta que tratamentos iguais podem não ser equitativos, e que a equidade horizontal perderia aplicabilidade, na medida em que não existem dois indivíduos iguais.

Ao defender o princípio da discriminação positiva Vianna (1989) cita o alforisma “nada é mais desigual do que tratar igualmente pessoas (ou contextos) desiguais”, e citando um conhecido exemplo de Le Grand, onde o mesmo afirma que diante de dois pacientes com diferentes capacidades de resposta ao mesmo tratamento, o mais equânime seria tratar com cuidados diferenciados o paciente com mais precariedade de condições (ou equidade vertical). Para Le Grand apud Vianna (1989), um mesmo tratamento (ou equidade horizontal) neste caso, é apenas igual em aparência.

A equidade vertical, como tratamento “apropriadamente desigual” de distintas necessidades de saúde, incorpora as questões relativas à priorização de ações, sendo

com frequência, sustentáculo das propostas de pacote mínimo e políticas focais, a exemplo do defendido no Caderno 46 ° da OPS/CEPAL (OPS, 1997), onde a interpretação de necessidade tem sido em geral estreita, e excludente, longe, portanto, de favorecer uma política redistributiva e equânime (Porto, 1997); (OPS, 1999b).

Para Montoya Aguilar (1997b: 31) não se corrigem iniquidades através de medidas focais, voltadas aos pobres ou a problemas específicos. Para o mesmo, a equidade só é obtida ao se levar em conta toda a população, e todo um “espectro de causas econômicas, e sociais”, buscando-se melhores informações, planejamento e financiamento.

Segundo Whitehead (1992: 431, 433), equidade em saúde “implica que idealmente todas as pessoas de uma sociedade devem ter igual oportunidade para desenvolver seu pleno potencial de saúde e ninguém deve estar em desvantagem para atingir esse potencial, sempre que evitável”, ou ainda “equidade em saúde se refere a diferenças que são desnecessárias e evitáveis, além de consideradas socialmente injustas”. Ou seja, para a autora, o termo equidade tem uma dimensão moral e ética.

Caberia aqui a distinção entre diferença desnecessária e diversidade. Como ressalta Whitehead (1992) e Almeida (2000), a diversidade é alheia à vontade humana, e até desejável. A diferença desnecessária envolveria questões éticas e de justiça social, e sobre as quais se pode intervir.

Portanto nem toda diferença em saúde é necessariamente inevitável ou inaceitável, não sendo iniquidade as diferenças decorrentes de variações biológicas naturais, idade, sexo ou mesmo comportamentos pessoais danosos (desde que estes sejam assumidos diante de condições iguais de opção). Seriam sim, desnecessárias e injustas, portanto iniquidade, as diferenças determinadas por fatores diversos, quando a liberdade de escolha está limitada (Whitehead, 1992 e Giovannella et al 1996). Ou, citando Boaventura de Souza Santos (Santos, apud Cohn, 1997: 92): “temos o direito de ser iguais sempre que a diferença nos inferioriza; temos o direito de ser diferentes sempre que a igualdade nos descaracteriza”.

Vale salientar que o conceito acima é endossado por George Alleyne, diretor da OPS no XI Congresso Mundial de Psiquiatria, assumindo a iniquidade como diferenças evitáveis e injustas, salientando ainda o papel da OPS em estimular o conhecimento das

iniquidades territoriais por parte dos diferentes países membros, visando contribuir para políticas mais efetivas (Alleyne, 2000).

Requena (1997) aponta para o caráter dialético da equidade: sua existência deve-se a existência do seu contrário, a iniquidade; sua superação significa a superação desse contrário. Ser iníquo significaria ser injusto e parcial, ser equânime, ser justo e imparcial.

A equidade como um conceito de justiça social é também assumida por Porto (1995). Para a autora, a implementação da equidade, assim compreendida, depende como condição necessária, mas não suficiente, da distribuição de recursos financeiros. Neste sentido, Travassos (1997: 328) salienta, que no caso brasileiro, para implementação de políticas equânimes seria necessário “mecanismos distributivos que garantam maior igualdade geográfica nos recursos financeiros disponíveis para o setor saúde entre os estados”.

Para Musgrove (1983), o uso de critérios geográficos, quer na mensuração da equidade, como na definição de políticas equânimes, é útil, pois a imensa maioria dos indicadores necessários (sócio-econômicos, distribuição de recursos financeiros, etc.) referem-se a divisões político-administrativas.

Assumir a equidade como um princípio, significa assumir claramente a adoção de critérios de justiça distributiva na implementação de políticas, na busca da superação das iniquidades.

Compreender a equidade como justiça distributiva, significa afirmar que não é igualdade da distribuição e sim a justiça na distribuição o que importa (OPS, 1999).

1.1.3. EQUIDADE DE ACESSO E DE CONDIÇÕES DE VIDA

A equidade é um valor que pode ser atribuído seja ao processo saúde-doença, como ao sistema de saúde, ou seja, a equidade percebida através do nível de saúde da população e a equidade de acesso aos serviços prestados (Requena, 1997).

Entretanto, essas formas de equidade são distintas, com desenhos de políticas que diferem em função de cada um dos objetivos. As iniquidades no adoecer e morrer são reflexos, prioritariamente, das desigualdades sociais, e em menor monta, da efetividade das ações de saúde. As iniquidades de acesso aos serviços de saúde são

condições importantes, porém insuficientes, para o alcance da redução das desigualdades no adoecer e morrer entre diferentes grupos sociais (Almeida, 2000).

O conceito de equidade inclui a percepção das desigualdades de resultados, ou seja, reconhecer que saúde não é determinada apenas por serviços de qualidade e corretamente distribuídos. Significa reconhecer a complexidade do processo de adoecimento das populações, e que as pessoas não adoecem aleatoriamente, e sim de forma desigual nas diferentes sociedades ou grupos sociais (OPS, 1999).

Para Musgrove (1983: 525), a equidade deve “compreender-se e medir-se quanto ao nível da provisão de serviços de saúde para a população, e não necessariamente ao nível do estado de saúde da população”, visão essa que não incorpora, a nosso ver, aspectos fundamentais referentes ao processo saúde doença.

Para Giovanella et al (1996: 17), no entanto, embora a ação isolada dos serviços de saúde não seja suficiente para resolver o conjunto das iniquidades em saúde, “certamente pode contribuir para reduzi-la”. Um sistema de atenção à saúde deve ser um meio, não o único, para alcançar um fim, “a satisfação de um direito natural”, a saúde (Montoya Aguilar, 1997a: 6).

Portanto o estudo das iniquidades de acesso revestem-se de grande importância, em parte por serem mensuráveis, em parte porque o acesso equânime contribui para a melhoria da qualidade de vida e satisfação da população.

Whitehead (1992) inclui o acesso aos serviços de saúde como condição de justiça social. A autora se estende além de acesso como mera norma processual, assumindo um conceito amplo de equidade, onde se devem levar em conta diferentes condicionantes que podem levar à vantagem de um grupo sobre outro. A autora ressalta ainda, que não basta o acesso equânime, é necessário qualidade igual no atendimento.

Para Whitehead (1992), uma política de saúde que vise à equidade, deve incluir estratégias de melhoria de condições de vida; incentivo a mudanças de “estilo” de vida (visando à redução a exposição a riscos evitáveis); implantação de políticas intersetoriais de forma articulada; tornar acessível a todos os serviços de qualidade e descentralização do poder. A autora reforça mais uma vez, que ser equânime é ser globalmente justo.

Alcançar a equidade no acesso aos serviços de saúde significa, segundo Espejo & Fuentes (1997) alcançar uma distribuição da atenção de acordo com as necessidades de saúde, levando-se em conta as imposições dos recursos existentes.

Entretanto, o conceito de necessidade não é absoluto, não existindo consensualidade a cerca do mesmo (Almeida, 2000).

Para a autora questões metodológicas e percepções de valores (do indivíduo ou do avaliador) sempre estarão limitando a apreensão do perfil de necessidade. Neste mesmo sentido, Giovanella et al (1996) reforçam que a percepção de necessidade é diferente entre indivíduos, em função de suas inserções sociais, dos seus níveis de conhecimento do processo saúde-doença, além de necessidades induzidas pelo próprio complexo médico industrial.

Jardanovisk & Guimarães (1994: 11,12) afirmam que “a oferta de serviços de qualidade ajusta-se mais fortemente às características sócio-culturais da demanda do que às suas reais necessidades”, sendo, portanto, decorrente não só das definições da política de saúde, como também da pressão exercida por grupos de usuários dos serviços de saúde, que “tende a variar inversamente às suas respectivas necessidades, evidenciando uma situação de iniquidade”.

Acrescentaríamos que não apenas os usuários, como também os profissionais envolvidos exercem pressões que influenciam a conformação da rede.

Vianna (1989) definindo as desigualdades sociais no campo da saúde aponta cinco formas de apresentação das mesmas: desigualdade no direito de acesso, na distribuição dos recursos, na utilização dos serviços, nos resultados das ações de saúde e no financiamento.

Por igualdade no direito de acesso compreende-se que todos têm direito igual de acessar qualquer serviço ou ação de saúde, o que embora não garanta uso efetivo dos serviços, é pré-requisito para a equanimidade.

Para a igualdade na distribuição dos recursos o autor chama atenção de dois aspectos: primeiro que o acesso igualitário fica comprometido se não há distribuição de recursos eqüitativamente, pois na ausência de políticas eficazes de redistribuição os recursos tendem a acompanhar a distribuição de renda. Segundo, que há casos em que a concentração pode ser necessária (citando como exemplo a atenção à saúde de alta complexidade) quando não vale a pena dispersar recursos tecnológicos (Vianna, 1989).

A distribuição espacial equilibrada dos serviços de saúde, segundo o autor, nem sempre é suficiente, nem sempre assegurando o uso equitativo dos serviços, pois o uso dos mesmos é influenciado por outros fatores, como educação, renda etc., ou ainda proximidade, disponibilidade de transporte, qualidade, etc.

Em relação ao financiamento do sistema, Vianna (1989) ressalta que o mesmo pode ter características regressivas, em função de como o ônus se distribui na sociedade, e que o gasto pode, e muitas vezes deve, ser desigual, em função da decisão de como utilizar os recursos.

Quanto à igualdade nos resultados, o autor considera que, embora não possam ser atribuídos unicamente aos Serviços de Saúde, os mesmos desempenham papel importante.

No Brasil conviveriam as cinco formas de desigualdade, sendo que para o autor a desigualdade de acesso é institucionalizadora da discriminação (Vianna, 1989).

Para Mooney & McGurire (1987), embora a equidade deva ser a norteadora de políticas de saúde, a implementação das políticas, na realidade, são dominadas por considerações de igualdade. Os autores consideram que o acesso igual para necessidades iguais é a definição preferível para equidade, salientando que em alguns casos, garantir este direito de forma irrestrita pode ser caro e ineficaz, citando por exemplo, a dificuldade de se garantir igualdade de acesso a cirurgias coronarianas, mesmo nos lugares mais remotos.

Almeida (2000) chama atenção de que as variações geográficas no acesso ao consumo de serviços de saúde são reflexo, em grande parte, da diferenciação no volume de recursos financeiros alocados em cada região, pois estes impactariam tanto no tamanho como na qualidade da rede de serviços. As oportunidades de consumo de serviços não apresentariam uniformidade, e a estrutura fragmentada dos mercados de saúde levaria a seletividade social, e conseqüentemente, a padrões desiguais de uso dos serviços. A autora destaca a influencia de opções políticas diferenciadas, ou seja, diferentes definições de modelo de atenção adotadas localmente poderão atenuar, ou acentuar, desigualdades de oportunidade de uso de serviços de saúde.

Para Travassos (1997), o debate a cerca da equidade no Brasil tem se voltado fundamentalmente para discussão sobre mecanismos redistributivos, ou seja, a busca da

garantia de maior igualdade geográfica na distribuição dos recursos financeiros para a saúde.

Giraldes (1995) discute amplamente o princípio da equidade, colocando-o como “objetivo a ser atingido mediante uma intervenção pública na prestação de cuidados de saúde”. Ou como bem salienta Vianna (1989), em uma sociedade onde prevalece o entendimento da saúde como um bem público, haveria um consenso quanto à igualdade no direito de acesso aos serviços médicos-sanitários providos direta ou indiretamente pelo Estado.

Aguilar (1997a: 6) afirma a inexistência de justificativa para que “uma pessoa ou país tenham um maior grau de realização de seu potencial genético, de vida e de saúde do que outro”, e que não existe necessariamente equidade quando os recursos ou ações de atenção à saúde se distribuem a todos por igual.

O autor chileno Requena (1997: 3) ao discutir o tema equidade, afirma que “a equidade nos níveis de saúde dos chilenos é um problema de Estado”.

Fassin (1996) destaca o papel do Estado, afirmando que este além do poder de garantir a ordem social (“pois detém o monopólio da violência legitimada”), e pode, por meio de medidas redistributivas e de proteção social, dar respostas ao estado de iniquidade, ou seja, é impossível pensar em equidade sem que o Estado assuma seu papel de definidor de políticas.

Assumir a equidade como princípio requer uma distribuição dos recursos em função das diferentes necessidades, sejam estas dos indivíduos, das diferentes populações, ou mesmo de diferentes momentos e lugares. Neste sentido, a conquista da equidade é um processo, e por tanto “tem lugar no tempo” (Aguilar, 1997a: 9).

Ou seja, assumir uma política que busque a equidade, significa que a mesma deve ser dinâmica, constantemente revista e adequada, para que não se reverta ao longo do tempo, em uma nova política concentradora de recursos.

Román (1997) ressalta que no campo da saúde, equidade significaria assegurar a atenção integral à saúde, não só em nível básico, porém em todos os níveis, inclusive os de mais elevadas complexidades. A iniquidade, segundo o autor, referir-se-ia não só às diferentes possibilidades de acesso, como a qualidade da atenção e os diferentes resultados obtidos.

A busca da equidade implica redistribuição, seja de serviços, seja de macro determinantes de saúde. No entanto, para tal é essencial que a distribuição atual seja evitável. Neste sentido, uma proposta de construção da equidade deve apontar para a superação do que é tecnicamente, economicamente e moralmente evitável (OPS, 1999).

Discutindo a situação Chilena, Bouésseau (1997) afirma que a busca da equidade de acesso a educação, cultura, a saúde, é uma opção decisiva no processo de democratização daquela sociedade, fato verdadeiro também para o Brasil.

A equidade é, portanto, um princípio norteador indispensável para o desenvolvimento de sociedades mais democráticas, fazendo-se necessário a criação de mecanismos que permitam fomentá-la, mesmo diante de contextos social e econômico desfavoráveis.

Assumir um princípio como o da equidade sem atualizar os mecanismos propícios para o cumprimento desse, não se apoiar no desenvolvimento de mecanismos redistributivos de oportunidades, seria “entrar em um tipo de esquizofrenia que não pode terminar se não em violência” (Bouésseau, 1997: 25).

1.2. EQUIDADE EM SAÚDE NO BRASIL – A CONSTRUÇÃO DE UM PRINCÍPIO

Em 1986 realiza-se em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde, marco no processo de discussão da proposta de reforma sanitária, amadurecida no Brasil ao longo de anos. Seu relatório final lançou os pilares básicos do Sistema Único de Saúde, apontando entre outras propostas a necessidade de criação de um sistema de saúde equânime, universal e que prestasse atenção integral aos cidadãos, propostas que foram incorporadas à Constituição Nacional de 1988 que explicita: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1989).

O Sistema Único de Saúde – SUS é, portanto uma conquista, resultante de um longo processo de elaborações teóricas e de acúmulo político, e em constante luta política para sua real efetivação.

O Sistema de Saúde brasileiro transita neste século do sanitarismo campanhista, para um modelo de assistência à saúde curativo, baseado numa previdência securitária, até o surgimento do Sistema Único de Saúde - SUS.

A breve recuperação deste processo histórico se reveste de importância para a compreensão do significado do SUS como conquista de cidadania, embora ainda muito mais no âmbito legal, do que plenamente de fato.

O sanitarismo campanhista representa uma visão de combate a doenças de massa em função da necessidade de sanear os espaços de circulação de mercadorias. Com decisões centralizadas e repressivas quanto ao modelo de intervenção médica, foi o modelo hegemônico de política de saúde pública até meados da década de sessenta (Mendes, 1993; Luz 1992).

Para Costa (1985: 36) “o objetivo do controle sanitário articulou-se diretamente com as necessidades econômicas das classes dirigentes nacionais e do desenvolvimento do capitalismo internacional”. Portanto, salienta o autor, embora as campanhas tenham se concentrado em áreas mais carentes, na realidade não visaram a manter a saúde do “comum dos habitantes” e sim atuar diretamente em grupos específicos, cuja capacidade de trabalho era fundamental preservar.

A década de 20, quando predomina a economia agroexportadora cria novas demandas, e em 1923 cria-se a primeira Caixa de Aposentadoria e Pensões – CAPs. As CAPs se organizavam por empresas e se incumbiam de prestação de serviços de assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões (Oliveira & Teixeira, 1986; Mendes, 1993).

Mas uma vez, a equidade não foi premissa para a criação das CAPs. As mesmas foram instituídas nas empresas que eram mais relevantes para a economia vigente, tendo sido criadas em função dos diferentes poderes de barganha. Entretanto, vale ressaltar, que a ordem de concessões das CAPs (assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões) é um argumento a favor da abrangência das mesmas.

A década seguinte é marcada pela criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAPs, organizados por categorias profissionais, com fortes características contencionistas, e com a assistência médica secundarizada (Oliveira & Teixeira, 1986; Mendes, 1993).

Os IAPs traziam também características iníquas, concedendo direitos diferenciados conforme as categorias profissionais, e suas inserções econômicas.

As CAPs e IAPs marcam o surgimento de uma medicina previdenciária, que se consolidará nas décadas seguintes, fundamentalmente securitária, destinada a grupos organizados da sociedade, fortemente inseridos na economia vigente e de características crescente de centralização e autoritarismo (Noronha & Levcovitz, 1994).

Nas décadas seguintes, cada vez mais o trabalhador se caracteriza como principal contribuinte para a Previdência, culminando em 1966 com a criação do Instituto de Previdência Social – INPS.

Com o advento do regime militar, ditatorial, consolida-se um modelo de assistência que de um lado expande a cobertura previdenciária, sendo, no entanto excludente com características de seguro, e onde o direito a assistência à saúde fica condicionada a contribuição prévia, ou seja, inserção no mercado de trabalho formal, ou contribuinte autônomo. A prática médica é de cunho predominantemente individual, consolidando-se o complexo médico industrial e privilegiando-se o setor privado (Oliveira & Teixeira, 1986; Mendes, 1993; Giovanella & Fleury, 1996).

Configura-se na década de 70 um modelo onde se sobrepunham sub setores com clientelas e lógicas distintas, e em que se destaca como grande prestador de atenção à saúde o Ministério da Previdência e Assistência Social, diretamente, ou indiretamente, através da compra de serviços ao setor privado. Ao Ministério da Saúde, cada vez com menos recursos, cabiam ações ditas coletivas e a atenção aos desfavorecidos (Mendes, 1993; Fleury & Mandelli, 1994).

Neste período percebe-se diferentes níveis de “cidadania”: os excluídos do mercado de trabalho, não previdenciários; os previdenciários e os que podiam arcar com os custos de saúde.

A equidade, portanto, é um princípio distante, não sendo norteador da política de saúde. A não universalidade da atenção, além de uma organização priorizando o setor privado contratado/conveniado, não configuram política que buscasse a justiça distributiva entre os indivíduos, ou mesmo entre os espaços territoriais brasileiros.

É na década de setenta, que segundo Giovanella & Fleury (1996), inicia-se o movimento de luta pela redemocratização do setor saúde, conhecido como Movimento

Sanitário, que influenciará consideravelmente as conquistas que resultariam na criação de um Sistema Único de Saúde.

Os anos 80 se caracterizam por conquistas importantes da sociedade brasileira no campo da democracia, e especificamente, no campo da saúde (Noronha & Levcovitz, 1994).

É nesta década que surgem as Ações Integradas de Saúde – AIS, com garantias de acesso às ações de saúde independentemente de vínculos previdenciários, e fundamentalmente, é neste período que se realiza a VIIIª Conferência Nacional de Saúde (Noronha & Levcovitz, 1994; Mendes, 1993; Relatório da VIII CNS).

1.3. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E EQUIDADE

Em 1988 realiza-se a Assembléia Nacional Constituinte, que absorveu grande parte das concepções e princípios aprovados na VIIIª CNS. A Constituição brasileira de 1988 expressa em seu texto questões essenciais no campo da conquista formal do reconhecimento da Saúde enquanto direito de cidadania, além de instituir o Sistema Único de Saúde – SUS, e seus princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade (Noronha & Levcovitz, 1994; Mendes, 1993; Brasil, 1989).

Como ressaltam Noronha & Levcovitz (1994) e Fleury & Mandelli (1994), a inclusão da saúde no capítulo da Seguridade Social representou um grande avanço, pois a mesma passou a compor o sistema mais geral de proteção social.

Os princípios básicos do SUS são reconhecidamente pontos essenciais de avanço.

O princípio da universalidade é o princípio da plena cidadania, significando um sistema de saúde em que todo e qualquer cidadão tem direito a acesso, sintetizado no texto Constitucional na garantia da saúde como direito de todos e dever do Estado (Brasil, 1989), porém como, ressaltam alguns autores, é este ainda um “atributo de cidadania sem qualificações” (Faveret Filho & Oliveira, 1990), ou seja, direito não concedido, mas sim garantido.

Faveret Filho & Oliveira (1990) enfatizam que embora tenha seguido uma trajetória universalizante, o sistema de saúde brasileiro é acompanhado de mecanismos de racionamento, o que repercute na exclusão de parcela significativa da população,

principalmente das camadas médias, que buscam nos seguros privados a alternativa para garantia à saúde. Afirmam ainda que, a universalização no caso brasileiro “parece estar assumindo a função, não de incluir efetivamente todos os segmentos sociais na alçada do atendimento público de saúde – mas de garantir o atendimento aos setores mais carentes e resistentes aos mecanismos de racionamento” (universalização excludente).

Não há dúvidas de que a garantia da universalidade de acesso é uma conquista, resultante de longo processo de luta pela quebra de uma atenção diferenciada para a parcela da população previdenciária que, através de sua contribuição mensal “comprava” o direito à atenção à saúde.

Para Travassos (1997) e Silva (1999), a universalidade é condição para a equidade. Entretanto, mais recentemente, uma corrente, não sem importância, afirma que “(...) a universalidade da cobertura dos serviços de saúde nem sempre conduzem a equidade, pois pode ocultar uma situação de acesso estratificado e uma distribuição não eqüitativa dos recursos públicos, que se concentram em grupos de renda média” (OPS, 1997: 22). O referido documento defende pacotes mínimos como estratégia para alcançar a equidade de acesso em países em desenvolvimento, o que consideramos contraditório com a equidade compreendida enquanto princípio de justiça social.

Outro conceito é o da integralidade, relacionado ao conceito de saúde adotado na Constituição de 1988, onde a saúde é reconhecida como tendo por determinantes e condicionantes, múltiplos fatores (Brasil, 1989).

Logo, segundo Silva a integralidade das ações, necessita atingir as condições concretas de vida onde são gerados os determinantes de saúde e doença da população. O princípio da integralidade, neste sentido, romperia com a dicotomia preventivo/curativo.

A integralidade deve ser vista também como a garantia de atenção em todos os níveis, para aqueles que necessitem. Ou como definida na Lei 8.080, a integralidade das ações “deve ser entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Minas Gerais, 1997).

O princípio da equidade, como já discutido anteriormente, reveste-se de grande complexidade, e da não uniformidade na sua concepção.

O avanço representado pela adoção destes princípios pela carta constitucional brasileira é inquestionável. A instituição de um sistema de saúde nos moldes assumidos

rompe com o modelo corporativo histórico, onde benefício era privilégio de parcela da população (Faveret Filho & Oliveira, 1990). A promulgação da Constituição em 1988 representou, portanto, a conquista de “(...) vários pontos no campo da institucionalidade jurídico-constitucional: afinal, o Sistema Único é lei!” (Campos, 1992: 137).

A década de 90 é a década de definição de um projeto neoliberal para o país, com as vitórias nas eleições presidenciais de Fernando Collor de Mello, e posteriormente, e fundamentalmente, as duas eleições de Fernando Henrique Cardoso.

É uma década que representou um período de descompasso entre os fundamentos da política de reformas do Estado, visando a enfrentar a crise econômica, e os princípios norteadores do SUS. Período de nítida falta de consenso na própria esfera de governo, onde se embatem, de um lado, um núcleo de governo próximo aos setores econômicos e o Ministério da Administração e Reforma do Estado - MARE e de outro, um núcleo próprio do Ministério da Saúde: os primeiros na luta pelo desmantelamento do SUS rumo a um Sistema de Saúde voltado para uma parcela da população, com a prestação de serviços mínimos, e calcado em políticas focalizantes e específicas, e em contrapartida, um segundo grupo na luta pela permanência dos princípios e diretrizes do SUS (Silva, 1999; Rezende, 1998).

Embora, apesar de como ressaltam Noronha & Levcovitz (1994: 108) em “(...) situações de crise, mais uma vez, perdem os grupos com menos integração nos setores mais formalizados da economia”, a contradição instaurada com o aumento do desemprego e pauperização da população nesta década, tem mantido o SUS na sua conformação inicial, e em muitos casos, com expansão de sua rede e consolidação de alguns de seus princípios norteadores (Silva, 1999).

1.3.1. O TRATO DA EQUIDADE NA LEGISLAÇÃO DO SUS

A década de 90 para a saúde inicia-se com a publicação em de 1990 da Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080, que incorpora os principais preceitos constitucionais, não conseguindo, porém incluir mecanismos reguladores do setor privado moderno, como salienta Mendes (1993).

No mesmo ano publica-se a Lei 8.142, que estabelece critérios para o repasse dos recursos, estabelecendo ainda um relacionamento mais direto entre governo federal

e municípios. Segundo Noronha & Levcovitz (1994: 107) “estavam (...) estabelecidas as condições e explicitadas as normas e rotinas para a implementação do sistema, consolidadas na Norma Operacional Básica SUS 01/91”.

Durante a década de 90 são publicadas mais duas Normas Operacionais Básicas: A Norma Operacional Básica (NOB) / 1993 e a NOB/ 1996, que normatizaram o processo de descentralização, influenciando a conformação dos modelos de atenção dos estados e municípios.

O conceito de equidade está presente em todo este histórico legislativo e normativo do Sistema Único de Saúde, embora não expresso de modo uniforme, como tentaremos discutir a seguir.

A Constituição Federal de 1988 expressa no seu artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1989).

A equidade enquanto princípio do SUS é, portanto tratada na Constituição de 1988 como “acesso universal e igualitário”.

Para Fleury & Mandelli (1994: 23) equidade na Constituição expressa no acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, aboliria qualquer tipo de discriminação: positiva ou negativa. Haveria um reconhecimento da igualdade como “valor e princípio normativo de acesso ao sistema, sem considerar a diferenciação pré-existente como imperativo para a estruturação do sistema”

Silva (1999: 203) destaca que a combinação dos três princípios doutrinários do SUS: universalidade, integralidade e equidade significam assegurar também o acesso igualitário aos resultados produzidos pelas ações de saúde, pois segundo a autora, só assim se “realizaria a igualdade de condições estabelecidas pela norma constitucional”.

Travassos (1997: 329) coloca a universalidade do acesso como “condição fundamental para a equidade”. A autora salienta que o fundamento ético da igualdade significa que a distribuição de recursos de saúde se dê segundo as diferentes necessidades, destacando que transitoriamente, a definição de prioridades na alocação de recurso, pode ser aceitável, desde que aponte para uma situação de universalidade de acesso baseada em necessidades, esta sim, voltada para a equidade.

Duarte (2000) considera a legislação sanitária brasileira avançada no conceito de equidade, pois incorpora dois eixos: acesso universal e igualitário e ação sobre os determinantes dos níveis de saúde, ambos expressos no texto constitucional.

Para Silva (1999) a Constituição de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080, pecariam por uma certa indefinição do que seja “acesso igualitário”, sendo a NOB/96 a que abordaria com mais profundidade o tema equidade. Constatação esta compartilhada por Duarte (2000).

Porto (1997), ao discorrer sobre o tema, destaca que a palavra *equidade* só aparece no texto constitucional relacionada à participação de custeio nas Disposições Gerais do Capítulo II da Seguridade Social, artigo 194, colocando dentre os objetivos desta, a “equidade na forma de participação no custeio” (Brasil, 1989), não se explicitando “entre quem se espera a mencionada equidade” (entre instâncias governamentais, indivíduos ou se voltada para a justiça social?) (Porto, 1997: 77).

Para a referida autora, ao abordar o tema saúde especificamente, o conceito constitucional estabeleceria a igualdade de oportunidade de acesso, o mesmo se aplicando ao texto da Lei 8.080.

Quanto aos critérios definidos pela Lei 8.080 para transferência de recurso, se em um primeiro momento sugere critérios de justiça, pois preconiza em seu artigo nº 35, entre outros, o perfil demográfico da região e o perfil epidemiológico da população a ser coberta, adota no mesmo artigo outros critérios contraditórios e conflitantes, como: desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior e características da rede. Os primeiros sugerindo critérios redistributivo, os demais, concentradores em áreas onde já existiam recursos disponíveis (Jardonavisk & Guimarães, 1994).

A NOB/96, em relação a adoção do conceito de equidade, explicita já na sua introdução ao renovar os ideais constitucionais: “Esse direito significa, igualmente, o acesso universal (para todos) e equânime (com justa igualdade) a serviços e ações de promoção e recuperação da saúde (atendimento integral)”, ou ainda quando aborda o Sistema de Saúde Municipal: “As tarefas de harmonização, de integração e de modernização dos sistemas municipais, realizadas com a devida equidade (admitindo o princípio da discriminação positiva, no sentido da busca da justiça, quando do exercício do papel distributivo), competem, portanto, por especial, ao poder público estadual. Ao federal, incumbe promovê-las entre as Unidades da Federação”.

Portanto, a NOB/96 incorpora o conceito de equidade, enquanto justiça distributiva, “supera-se, portanto, a abordagem da igualdade individual chegando-se à aceção coletiva dos grupos e setores populacionais e territoriais do país” (Silva, 1999: 215).

Duarte (2000) salienta que para a viabilização de um sistema de saúde equânime, a distribuição de recursos é essencial, destacando que repasses de verbas do nível federal para os demais, que assumam um caráter redistributivo, podem contribuir para a redução das iniquidades no país, seja esta das diferentes formas de adoecimento e morte, seja de disponibilidade de recursos para investimento em saúde.

Porto (1997) e Duarte (2000) analisam as formas de financiamento preconizadas em cada uma das Normas Operacionais Básicas, e concluem que do ponto de vista da equidade, as NOBs 91 e 93 adotaram lógicas de repasse de recursos do nível federal para os demais que não guardam relação com as disposições da Lei 8.080.

A NOB 96 contornaria, segundo Porto (1994) apud Duarte (2000) alguns dos problemas detectados nas NOBs anteriores, embora permaneça como forma de pagamento das internações e procedimentos ambulatoriais de alto custo, a remuneração por serviço produzido, além da não diferenciação por tipo de prestador. Destaca-se na NOB/96 como positivos no sentido da construção de uma maior equidade no SUS, a ampliação da possibilidade de repasse de verba de incentivo, destacando-se como potencial distributivo: o incentivo aos Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde; o Índice de Valorização de Resultados; o Índice de Valorização de Impacto em Vigilância Sanitária; o Custeio das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças.

Para Duarte (2000) a Programação Pactuada Integrada – PPI – instituída na NOB/96, seria o grande instrumento de promoção da equidade, chamando atenção para o texto que reafirma a construção da equidade enquanto meta a ser atingida em diferentes momentos. Chama-se, porém atenção para o não raro conflito político entre instâncias gestoras (estados e municípios), o que pode prejudicar os municípios durante a pactuação.

Segundo Lucchese (2000: 02), apesar das inovações importantes e da pactuação entre esferas de governo (federal, estadual e municipal) a alocação de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde é ainda questionada por “(i) não considerar

especificidades locais; ii) orientar-se pela lógica da oferta e consumo de serviços; iii) adotar metodologias que não consideram as desigualdades existentes entre os municípios, estados e regiões”.

A autora chama atenção para a necessidade de identificação das diferenças desnecessárias e injustas entre municípios, estados e regiões, e da identificação de como superá-las, mediante alocação de recursos setoriais.

Duarte (2000) salienta que cabe ao setor público o duplo desafio: atuar sobre os determinantes das profundas desigualdades em saúde presentes no Brasil, e “prover a toda a população de atenção e serviços que atendam às necessidades de saúde, respeitando as particularidades de cada grupo social, com o mesmo nível de qualidade”, única forma de se alcançar um sistema de saúde equânime.

1.4. CONDIÇÕES DE SAÚDE NO BRASIL: INIQUIDADE CONSENTIDA

Em capítulo anterior discutiu-se amplamente o conceito de equidade, verificando-se que o mesmo está intimamente relacionado ao conceito de justiça social, de justiça redistributiva, além de poder ser atribuída tanto ao processo saúde-doença (resultados), como ao acesso aos serviços de saúde (Whiteread, 1992; Montoya Aguilar, 1997b; Requena, 1997).

No entanto, embora se tenha claro a importância da equidade enquanto princípio, o que na realidade se verifica são fortes disparidades, sejam estas entre continentes, países, entre estados ou mesmo em espaços geográficos menores.

Diferentes estudos têm apontado as fortes iniquidades em saúde na América Latina (OPS, 1997; OPS, 1999a; Kliksberg, 1999). Esses estudos são unânimes em apontar para conquistas nas condições de saúde, com melhoria de diferentes indicadores de saúde. São, no entanto também unânimes em apontar a ainda grande disparidade nas condições de saúde entre este continente e outros mais desenvolvidos, como Europa e América do Norte, entre os países do continente Latino Americano, e internamente em cada um dos seus países.

O Brasil é um país marcado por profundas desigualdades sociais e territoriais, ou seja, além de iníquo entre os seus cidadãos, o Brasil apresenta desigualdades importantes entre regiões e estados (Costa et al, 1986; Duchiate, 1995; Chor et al, 1995; Monteiro, 1997, IPEA, 1996; Brasil, 2000a, Brasil, 2000c, Brasil, 2000d).

Como salienta Cohn (1997), embora não tenha havido aumento da magnitude da pobreza no Brasil nos anos 80, houve um aumento das desigualdades sociais. Reforçando esta observação, constata-se que o Brasil foi considerado na década de 90, um dos países mais desiguais no mundo, no qual a renda média dos 10% mais ricos superava em até 30 (trinta) vezes a dos 40% mais pobres, o que configura uma concentração de renda nos estratos sociais superiores (IPEA, 1996).

A mesma fonte ressalta que a pobreza no Brasil também se reveste de características regionais. Assim, na década de 90 a concentração de pobreza na região Norte era de 43%, no Nordeste é de 46%, enquanto na região Sul, a mais rica, apresentava uma concentração de 20%.

Observa-se um fenômeno de metropolização da pobreza, que aumentou de 26% para 29% da população metropolitana entre 1981 e 1990, embora a pobreza relativa se concentre ainda nas áreas rurais do país (39% da população rural é considerada pobre) (IPEA, 1996).

A taxa proporcional de analfabetismo da população maior de 15 anos em 1991 é 3,1 vezes maior no Nordeste do que no Sul do país, sendo estas as duas regiões em situações extremas (Brasil, 2000d).

Enquanto no Sudeste 89,5% da população tem acesso à água adequadamente, no Nordeste apenas 44,9% da população o tem. A situação de esgotamento não é diferente: apenas 8,0% no Norte tem acesso a esgotamento sanitário adequado, enquanto esta proporção é de 70,6% no Sudeste.

Se observarmos os dados por estados, vamos encontrar disparidades ainda maiores. Apenas cerca de 24% da população dos estados do Piauí e Maranhão têm acesso à água adequada, em São Paulo este percentual é de 95% (Brasil, 2000d).

No Nordeste a renda per capita era de US\$ 958 em 1994 e de US\$ 1.277 no Norte. A mesma era superior a US\$ 2.000 nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, sendo a do Sudeste a mais elevada do país (US\$ 2.631) (IPEA, 1996).

Segundo o Ministério da Saúde, o número de médicos por habitantes varia de apenas 3,9 para cada 10 mil habitantes em Rondônia (menor relação do país), para 29,5 por 10 mil no Distrito Federal, que apresenta a relação mais elevada do país. No Norte do país o número de leitos é de 2,0 por 1.000 habitantes, no Sudeste e Sul a mesma relação é de 3,3 (Brasil, 2000c).

Os dados anteriores demonstram a desigualdade social no território nacional, porém como salienta Duchiate (1995: 34), as diferenças encontradas entre regiões do país, ou entre estados, escondem uma heterogeneidade existente no seio de cada um destes espaços, sendo que, “(...) o que mais chama atenção no panorama social brasileiro é a marca da desigualdade”.

A epidemiologia tem se preocupado, particularmente nos últimos anos, em estudar as iniquidades em saúde, na América Latina e no Brasil. São bons exemplos os estudos de Paim (1995), Castellanos (1997a), Castellanos (1997b) e Goldbaum (1997), onde os autores abordam conceitualmente o tema condições de vida e saúde, na busca da equidade, ou analisam as iniquidades em saúde no continente ou no país.

Barros (1997) argumenta a importância do olhar epidemiológico se voltar para a busca de estratégias de redução das prevalências dos fatores de risco, e que na dependência dos fatores de risco sobre os quais se “debruça”, a epidemiologia pode contribuir efetivamente para redução de iniquidades.

A autora enfatiza a importância da abordagem espacial na busca da identificação de diferenciais intra-urbanos no adoecer e morrer das populações, salientando o papel dos serviços de saúde como essenciais para conquista de melhores condições de vida e saúde, sobretudo se adequados aos diferentes perfis encontrados, ou seja, se “(...) assumirem a incumbência das ações relativas à população social e territorialmente definidas (...)” (Barros, 1997: 168).

Neste sentido, diferentes estudos têm sido realizados com o intuito de mostrar as desigualdades em micro-áreas urbanas, como o de Silva Júnior (1995) em Olinda, em que o mesmo aponta diferenças nos indicadores de condições de vida no espaço territorial urbano do município, coerente com os indicadores epidemiológicos, ou também o trabalho de Guimarães, (1999) onde a autora teve por objetivo caracterizar o perfil da mortalidade infantil no Recife, em 1995, e sua relação com a condição de vida, visando à identificação de desigualdades intra-urbanas.

Em 1986, Costa et al apontavam para as profundas disparidades no adoecer e morrer encontradas no Brasil, onde a população seria atingida tanto por males que assolam os países mais desenvolvidos, como as doenças cardiovasculares e as neoplasias, como por mortes evitáveis, típicas de países extremamente pobres.

Nas últimas décadas o perfil de mortalidade no Brasil sofreu importantes transformações. Houve uma sensível redução da mortalidade infantil, passando de 158,27 por mil nascidos vivos em 1940, para 87,88 em 1980. A esperança de vida ao nascer aumentou, embora permaneçam diferenças significativas entre as regiões, sendo a esperança de vida na região Sul quase dez anos superior a do Nordeste (Duchiade, 1995).

A composição das causas de óbito também sofreu transformações, observando-se o aumento das doenças cardiovasculares, que representaram 32,4% do total dos óbitos ocorridos no país em 1998.

Destacam-se as causas externas, que representam hoje a segunda causa de mortes no Brasil, seguida pelas neoplasias (Brasil, 2000b).

O Coeficiente de Mortalidade por doenças do aparelho circulatório para o ano de 1995 (por 100.000 habitantes) por região, era mais elevado em função do maior desenvolvimento regional, assim, o Sudeste apresentava um coeficiente de 205,7 e o Sul, coeficiente de 200,2, enquanto o Norte apresentava um coeficiente de 65,79/100.000 habitantes (Brasil, 2000b).

Embora em todos os estados presentes no nosso estudo, as patologias cardiovasculares representassem em 1998 a primeira causa de óbito, observa-se comportamentos diferenciados. O estado de Sergipe foi aquele que apresentou menor peso relativo das patologias cardiovasculares no seu total de óbitos (23,8%), enquanto o Paraná foi o que apresentou maiores proporções de óbitos por estas causas, ou seja, 36,0% do seu total de mortes em 1998 (Brasil, 2000b).

Os coeficientes de mortalidade por doenças cardiovasculares por 100.000 habitantes para os estados também apresentam fortes disparidades entre si. O estado do Maranhão é o que apresenta menor coeficiente em todo o país, de apenas 44,9, enquanto o estado do Rio de Janeiro é o que apresenta o maior coeficiente (266,12) para o ano de 1995. Vale destacar que no Maranhão, 42,0% das mortes em indivíduos entre 50 e 64 anos eram por patologias cardiovasculares em 1998 (Brasil, 2000b).

Chor et alii (1995) analisando a evolução das doenças cardiovasculares no Brasil ressalta dois fatos relevantes. Primeiro, a influência do envelhecimento da população, fato também ressaltado por Duchiade (1995) e Monteiro (1997), ou seja, a associação entre transição demográfica e epidemiológica. Segundo, que as mortes por doenças

cardiovasculares no Brasil se apresentam em idade precoce, já sendo a primeira causa de mortes em indivíduos a partir de 40 anos em 1988, fato este que não ocorre em países mais desenvolvidos.

Dados mais recentes do Ministério da Saúde reforçam esta informação. Em 1998 as mortes por doenças cardiovasculares no Brasil respondiam por 38,6% das mortes ocorridas entre 50 e 64 anos, e já respondiam por 17,7% em indivíduos com idade entre 20 e 49 anos (Brasil, 2000b).

A tabela abaixo demonstra o perfil de mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, em 1998.

**Número e proporção de óbitos por doenças do aparelho circulatório
Brasil e Regiões, 1998**

Causas	Regiões											
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Febre reumática	53	0,7	276	0,6	1156	0,8	282	0,6	129	0,9	1896	0,7
Doença hipert.	619	7,8	4855	10,5	11131	8,0	3111	6,2	1159	8,3	20875	8,1
Doença isquêmica	1844	23,4	11170	24,2	42805	30,9	16485	33,0	3441	24,6	75745	30,0
Outras d. cardíacas	2014	25,5	11335	24,6	33802	24,4	11356	22,7	4129	29,5	62636	24,4
D. cerebrovasc.	3137	39,8	16389	35,6	42660	31,0	16707	33,4	4572	32,7	83465	32,6
Aterosclerose	49	0,6	522	1,1	1810	1,3	475	1,0	135	0,9	2991	1,2
Outras do ap. circ.	170	2,0	1548	3,4	5033	3,6	1537	3,1	437	3,1	8725	3,4
Total	7886	100	46065	100	138397	100	49953	100	14002	100	256333	100

Fonte: Brasil 2000

Em 1998 ocorreram 256.333 mortes por Doenças do aparelho circulatório no Brasil, sendo que 30% destas foram causadas por Doenças isquêmicas do coração, e 32,6% por Doenças cerebrovasculares (Brasil, 2001a).

Na região Norte, observa-se que dos 7.886 óbitos por Doenças do aparelho circulatório 23,4% foram por Doenças isquêmicas do coração, e 39,8% por Doenças cerebrovasculares, que também prevalecem no Nordeste, com 35,6% do total de mortes por Doenças do aparelho circulatório (Brasil, 2001g).

O Sudeste e o Sul, por sua vez, apresentam um perfil diferente, com equilíbrio no peso relativo de mortes por Doenças isquêmicas do coração e Doenças

cerebrovasculares (30 e 31% do total, respectivamente para o Sudeste e de 33% para ambas no Sul) (Brasil, 2001h, Brasil, 2001i) .

A região Centro-Oeste apresenta um perfil mais próximo da região Nordeste, com as Doenças isquêmicas do coração representando 24% do total de mortes por Doenças do aparelho circulatório, e as Doenças cerebrovasculares 33% (Brasil, 2001j).

Destaca-se a baixa frequência de óbitos por Febre reumática, em todas as regiões do país.

Como se pode observar, o padrão de óbitos apresentado pelas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste se caracteriza por um predomínio de mortes por Doenças cerebrovasculares, com destaque para a região Norte. Este perfil prepondera em regiões mais carentes, pois os óbitos por Doenças cerebrovasculares estão relacionados às doenças hipertensivas não controladas. Já as regiões Sul e Sudeste, mais desenvolvidas, apresentam um equilíbrio entre os pesos relativos dos dois grupos ressaltados.

A análise dos estados em 1998, mostra que os mesmos reproduzem de modo geral, o padrão regional, embora com especificidades. Assim sendo, na região Norte, o Amazonas apresenta 45% de seus óbitos por Doenças do aparelho circulatório, causadas por Doenças cerebrovasculares. Na região Nordeste se destaca o estado do Rio Grande do Norte, que apresenta uma preponderância de mortes por Doenças isquêmicas do coração, e o de Alagoas, onde estas mesmas causas respondem por apenas 18% do total de óbitos por Doenças cardiovasculares (Brasil, 2001a).

Na região Sudeste o estado de São Paulo é o que apresenta o maior peso relativo de óbitos por Doenças isquêmicas do coração, dentro do total de óbitos cardiovasculares (34%), e na região Sul esta fato ocorre no Rio Grande do Sul, onde 37% dos óbitos são por esta causa. Já no Centro-Oeste o comportamento é bastante uniforme entre as duas causas.

1.4.1. ACESSO AOS SERVIÇOS: A DESIGUALDADE PREVALECE

Como salienta Barros (1997: 167), “(...) os serviços de saúde exercem papel privilegiado de intervenção para a promoção e proteção da saúde e para o diagnóstico, controle, cura e reabilitação de doentes, com impactos historicamente comprovados sobre os eventos de saúde (...)”. Para a autora, é reconhecida a tendência da distribuição dos serviços de saúde de forma diferenciada, tendendo a reproduzir e reforçar as desigualdades sociais já existentes. Barros (1997: 168) reforça que, ao assumirem a atenção à saúde de populações social e territorialmente definidas, “(...) a lógica concentradora do sistema tenderia a alterar-se e reverter”.

Em seu estudo, Barros (1997) descreve um projeto desenvolvido conjuntamente pela Secretaria Municipal de Saúde e Universidade na cidade paulista de Campinas, cujo objetivo maior é de gerar e disponibilizar rapidamente informações aos gestores da saúde, no qual salienta que se identificou ampla desigualdade no adoecer e morrer no espaço urbano da cidade. Entretanto, ao se analisarem os indicadores em relação às áreas de cobertura das Unidades Básicas dos Serviços de Saúde, as diferenciações mostraram-se ainda maiores que entre os conglomerados previamente estudados, o que significa diferentes necessidades de adequação desses serviços às realidades encontradas.

Silva et al (2000) em estudo realizado em cidade paulista, objetivaram identificar os grupos populacionais não alcançados pelo programa local de saúde materno-infantil, visando a perceber a existência de pontos de exclusão, propondo estratégias de superação dos problemas identificados.

A população foi dividida em quatro estratos sociais, e a hipótese norteadora do trabalho era de que haveria concentração de crianças não alcançadas pelo programa de saúde infantil nos estratos com melhores condições de vida, que teriam como opção os convênios de saúde.

Os resultados apontaram para uma cobertura importante do programa de saúde infantil local (90%), entretanto, enquanto as famílias do estrato 4 (favelas) usam apenas o sistema local como alternativa, os demais contavam também com recursos particulares ou de convênios. No entanto, o estrato 3 (de condições mais precárias que os 1 e 2) foi identificado como o que tem maiores proporções de crianças não cobertas pelo

programa de saúde infantil. Observou-se também, a inexistência de diferenças na chance de adoecer em função do acesso à assistência médica (Silva et al, 2000).

Travassos et al (2000) estudaram as desigualdades no uso dos serviços de saúde a partir das dimensões geográfica e social. A dimensão geográfica concerne a variação entre áreas quanto ao consumo de serviços, enquanto a social refere-se às variações entre grupos sociais intra-áreas. Os autores estudaram duas regiões socialmente polares no país: o Nordeste e o Sudeste, encontrando-se no referido estudo uma multiplicidade de fatores interveniente no padrão de consumo dos serviços de saúde, imbricados entre si, e que resultam em um quadro de “desigualdades cumulativas”, geográficas e sociais. Os mesmos destacam a distância ainda existente entre o texto legal, de universalidade e equidade, da realidade encontrada.

Analisando as desigualdades nas hospitalizações por doenças cardiovasculares em Ribeirão Preto, em 1986, Yazlle et al (1989) encontraram diferentes perfis de patologias que geraram as internações entre os diferentes grupos sociais analisados. Os autores levantam a possibilidade das influências exercidas pelos diferentes sistemas assistenciais (na época: previdenciários - INAMPS, indigentes, particulares e outros) que voltar-se-iam seletivamente para diferentes problemas de saúde, em função de interesses próprios.

Buss (1993) analisando a assistência hospitalar no Brasil, baseado no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) identificou que as concentrações de unidades hospitalares eram desigualmente distribuídas entre regiões, áreas urbanas e rurais e entre cidades mais ricas e pobres do país, sempre em favor das regiões e estados mais desenvolvidos. O autor ressalta também os diferenciais encontrados em relação ao gasto com internações, sensivelmente superiores nas regiões Sul e Sudeste do país.

Viacava e Bahia, em Dados (1996), analisaram os dados da AMS (Assistência Médico-Sanitária) 1992, pesquisa realizada pelo IBGE.

O estudo analisa a rede de saúde, incluindo Empregos Médicos, Postos de Saúde, Centros de Saúde, Unidades de Complementação Diagnóstica e Terapêutica, e Hospitais e Unidades Mistas. Em função de nosso objeto de estudo serem patologias cardíacas de alta complexidade, logo realizadas no âmbito hospitalar, nos deteremos em algumas observações dos referidos autores relativas a estas.

Os autores destacam a existência de maior número de hospitais nas regiões Sudeste e Nordeste do que nas demais, e que, 80% da rede hospitalar nacional estabelecia, no período estudado, vínculos com o SUS.

A distribuição de leitos se concentra no Sudeste, com 44,7% do total. Entretanto, quando se analisa a proporção de leitos por habitantes, a situação de desigualdade se atenua, já que esta relação varia de 2,2 na região Norte, para 3,9 na região Centro-Oeste. Vale salientar a forte concentração de leitos em alguns municípios na região Nordeste, em particular no Maranhão, Pernambuco e Paraíba, circundados por outros municípios com enormes carências. Nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, esta distribuição é mais equilibrada entre municípios. Quanto aos portes hospitalares, verifica-se uma concentração de hospitais de grande porte na região Sudeste (Dados, 1996).

Yazlle et al (1997) analisando a assistência hospitalar como indicador de desigualdades sociais em Ribeirão Preto (SP) encontraram uma polarização entre dois sub-conjuntos sociais: um pólo dominante, constituído por pacientes mais diferenciados socialmente e que fizeram uso preponderantemente do sistema privado de assistência médica, e um segundo pólo, o “subalterno”, clientela do SUS, além de um grupo composto pela justaposição de pacientes qualificados que usam o SUS e de pacientes menos qualificados que fazem uso da medicina suplementar.

Os autores encontraram diferenças nos óbitos, que ocorriam dez anos antes em média em pacientes que utilizavam o SUS, além de diferenciais no perfil de mortes entre os pólos dominantes encontrados.

Como se observou nos exemplos citados acima, as desigualdades no país evidenciam-se tanto no adoecer e morrer, como nas oportunidades de acesso aos serviços de saúde, sempre desfavorável à parcela mais carente da população, seja esta identificada a partir do espaço geográfico que ocupa (micro-áreas, municípios, estados ou regiões do país), ou de outros indicadores, como serviços utilizados, etc.

1.5. SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES: POTENCIALIDADES DE USO

O SIH tem suas origens na década de 70, sendo implantado com o propósito de controlar o pagamento dos serviços prestados pelos hospitais contratados, e caracterizava-se pelo “(...) ressarcimento de despesas ato a ato” (Levcovitz & Pereira, 1993: 04).

A operacionalização do Sistema Nacional de Controle de Pagamento de Contas Hospitalares – SNCPCH possibilitava muitas distorções, como o registro de pacientes inexistentes, as falsificações de diagnósticos, a excessiva cobrança de diárias, exames e medicamentos, etc. (Travassos, 1996).

A informação hospitalar assim concebida era facilmente passível de fraudes, levando a necessidade de mudanças (OPS, 1995). Assim, em 1981 inicia-se a implantação gradativa do Sistema de Assistência Médica Hospitalar – SAMHPS, ou Sistema de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), como é conhecida até então, e que finaliza em 1984 seu processo de implantação.

Em 1991, com vistas à implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, o sistema de informações assistencial hospitalar foi renomeado Sistema de Informações Hospitalares – SIH (Levcovitz & Pereira, 1993). Todo o acervo de informações e valores do SAMHPS passou a compor a base do SIH/SUS.

O SIH/SUS é um sistema de remuneração fixa por procedimento, do tipo prospectivo, “(...) baseado no conceito de valores médios globais atribuídos, mediante tabela (...) aos procedimentos (...) realizáveis pela rede de assistência hospitalar” (Levcovitz & Pereira, 1993: 20).

Esse modelo parte do princípio de que os pacientes apresentam características homogêneas e tem como vantagem o caráter de previsibilidade de gastos e o possível incentivo a um melhor desempenho hospitalar, além do controle de variáveis relacionadas à eficiência (produção de exames, tempo médio de permanência) (Levcovitz & Pereira, 1993).

O SIH tem-se constituído, a partir de 1992, numa importante fonte de informação, sobretudo na lógica da produção de serviços, pois como ressalta Carvalho (1997) e Travassos (1996) o seu banco de dados contém informações sobre cerca de 70% do total de internações ocorridas no país, ou mesmo percentual maior, dependendo

da região ou estado do país, o que faz com que, mesmo não sendo um sistema de informação universal (como os sistemas epidemiológicos), permita uma análise consistente da rede SUS de atendimento hospitalar.

Com a implantação do DATASUS, investimentos foram realizados buscando a informatização plena do sistema. A partir de 1994, a autorização de internação hospitalar (AIH) foi implantada em disquete, sendo eliminado o formulário impresso pré-numerado (Carvalho, 1997), o que ampliou de tal forma sua utilização, enquanto sistema de informação, que desencadeou um processo de recuperação de utilização do método epidemiológico como um dos fundamentos do planejamento, em confronto com a forte conotação de sistema de pagamento. O meio magnético muito contribuiu para a qualidade dos dados, como ressalta Lessa (2000).

A utilização de parâmetros de aceitação na digitação do código de diagnóstico reduziu o número de inconsistências. Essa avaliação tem levado ao estabelecimento de rotinas que permitam identificar as AIHs com problemas de preenchimento ou consistência e providenciar sua correção antes do encaminhamento para processamento, garantindo maior confiabilidade das informações geradas a partir dessa base de dados (Lessa, 2000).

No Brasil, cerca de 9% da população total tem se internado durante o ano, o que levou ao estabelecimento desse percentual como teto para a distribuição das internações hospitalares (Carvalho, 1997).

Segundo Travassos (1996), os maiores problemas identificados no SIH/SUS continuam sendo aqueles relacionados ao registro da morbidade, decorrente da precariedade das informações anotadas nos prontuários, e ao processo de codificação ou ainda a não identificação de reinternações e transferências de outros hospitais, o que possibilita a contagem dupla de um mesmo paciente.

As estatísticas de morbidade hospitalar apresentam ainda restrições seletivas, por fornecerem informações apenas a respeito das doenças que exigiram hospitalização, e parciais, porque, mesmo as pessoas que precisam de hospitalizações, por alguns motivos podem não se internar (Carvalho, 1997).

Mesmo apresentando esses problemas, o SIH continua sendo um sistema de grande importância para se estudar o perfil das internações hospitalares e contribuir como fonte notificadora para a vigilância epidemiológica, principalmente pela sua

agilidade. Os dados desse sistema encontram-se disponíveis para o gestor em menos de um mês e para a população em dois meses, quando já aparecem na Internet.

Poucos estudos sobre a confiabilidade dos dados foram realizados no país. Os poucos estudos divulgados nacionalmente foram os de Lebrão (1978) que estudou a variável diagnóstico principal nas informações hospitalares do estado de São Paulo e o trabalho de Veras e Martins (1996), que investigou a confiabilidade dos dados da AIH no estado do Rio de Janeiro. Vale ressaltar que esses estudos se referem a um período anterior ao SUS e à unificação do sistema de cobrança único através da AIH, ou seja, no período estudado a rede pública não a utilizava como sistema de ressarcimento pela produção de serviços, foram na realidade, avaliações da rede contratada pela Previdência Social.

Buss (1993) também utiliza o SIH/SUS na identificação de desigualdades na concentração de unidades hospitalares entre regiões e cidades do país.

Mais recentemente, estudos têm buscado recuperar o potencial do SIH/SUS na análise das internações. Assim, Lessa (2000) analisou o perfil de mortalidade hospitalar no Recife/PE com base tanto no SIH/SUS como no SIM, buscando identificar o grau de concordância quanto ao preenchimento de variáveis entre os dois sistemas, tendo encontrado diferenças de perfil de mortalidade entre os mesmos para algumas variáveis.

Mendes et al (2000) estudaram as potencialidades do SIH/SUS como fonte complementar na vigilância e monitoramento das doenças de notificação compulsória. Lyra et al (2000), como parte do mesmo estudo, buscaram analisar o SIH/SUS como fonte complementar na vigilância e monitoramento das doenças imunopreveníveis. Lessa et al (2000) também objetivaram a adequação do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, através de novas metodologias, para a vigilância epidemiológica, explorando as potencialidades do SIH/SUS neste sentido. Os resultados apontados pelos autores evidenciam o enorme potencial de uso do SIH/SUS como sistema adjuvante da vigilância de doenças de notificação compulsória, estimulando seu uso em diversos níveis, já que o SIH/SUS, da forma como concebido, permite desagregação dos dados até a unidade hospitalar, geradora da internação.

Duarte et al (2000) analisam a partir do SIH/SUS, a prática asilar no país, buscando evidenciar distorções, e concluindo pela viabilidade do uso desse sistema no

monitoramento desta prática, ainda tão difundida e excludente de idosos e doentes mentais.

Entretanto, pouco se tem avançado no estudo a cerca da disponibilidade e acesso a internações hospitalares no território nacional, explorando-se pouco o potencial de informações existentes no Sistema de Informações Hospitalares para este objetivo, embora indiscutivelmente exista um imenso potencial de uso do SIH/SUS com tal finalidade.

É importante por fim, refutar uma crítica constante feita ao SIH/SUS, de que o mesmo seria fraudulento, pois como ressalta Carvalho (1997:38) “(...) mais do que um problema relacionado ao sistema de informação pode-se dizer que este é um problema do nosso sistema de saúde”.

Não restam dúvidas de que a incorporação pelos serviços e instituições de saúde do uso do SIH/SUS de forma sistemática, muito contribuirá para o aperfeiçoamento do mesmo, fornecendo informações essenciais para a compreensão do perfil da rede, da distribuição da mesma, das causas de internações, etc., permitindo aos gestores um maior conhecimento da rede hospitalar SUS.

2. JUSTIFICATIVA

Compreende-se no presente trabalho que garantir a equidade em saúde é garantir justiça social alcançada através da justiça distributiva, e que equidade em saúde deve ser discutida tanto em relação aos indicadores de saúde quanto de acessibilidade aos serviços, garantida, entre outros, mediante uma conformação de rede que favoreça o acesso a todos os níveis de atenção. No entanto, resta saber se é orientado por esses preceitos que o Sistema Único de Saúde tem consolidando sua estruturação ao longo dos anos.

Partindo-se do pressuposto de que houve uma expansão da rede de saúde, inclusive a de Alta Complexidade no Sistema Único de Saúde – SUS em todo território nacional, pergunta-se se a expansão tem perpetuado desigualdades já existentes, ou tem buscado, através de políticas redistributivas, superá-las.

Entretanto, algumas premissas básicas são necessárias para analisar a expansão do SUS na atenção de alta complexidade para patologias cardíacas à luz do conceito de equidade de acesso.

Para tanto, seriam necessárias informações de diferentes ordens, tais como acesso aos serviços de alta complexidade para patologias cardíacas, perfil de morbidade e mortalidade por estas, nos grupos populacionais envolvidos, disponibilidade e capacitação de recursos humanos habilitados a desenvolver as ações de alta complexidade, distribuição de incentivos financeiros no tempo e no espaço, etc.

Diante do exposto e por optarmos por utilizar os dados do Sistema de Informações Hospitalares para operacionalização da análise que pretendemos, ou seja, a análise da expansão, distribuição e caracterização dos procedimentos de alta complexidade para patologias cardíacas à luz do conceito de equidade de acesso, identificam-se algumas dificuldades difíceis de serem contornadas no contexto desta abordagem.

Primeiramente, a fonte dos dados sobre morbidade, que seria a mesma fonte de informações da realização dos procedimentos de alta complexidade para patologias cardíacas, criando um viés metodológico.

Os dados de mortalidade, se analisados isoladamente, sem se levar em conta a evolução da morbidade, não são suficientes para inferir necessidades, nem tão pouco

para identificar impactos das ações, pois de um lado poderíamos equivocadamente considerar que dado perfil de mortalidade é resultado, ou pelo menos, influenciado, pelo perfil de rede, ou por outro, que dado perfil, isoladamente, pode ser tomado como indicativo de necessidades.

Além disso, por trabalharmos com dados secundários, originários do SIH, o estudo de acesso fica também comprometido.

Acesso, como definido por Frenk (1985), se refere a uma característica da população usuária, potencial ou real dos serviços de saúde. Em outras palavras, compreende-se por acesso a capacidade de um usuário ou grupo de usuários de buscar e obter atenção, ou seja, acesso é o poder de utilização do usuário a partir de suas necessidades.

Neste sentido, a utilização de dados secundários não permitiria identificar o “poder de utilização”, o que só seria possível mediante inquérito junto à população usuária.

Por outro lado, a disponibilidade dos recursos, se compreendida conforme definido pelo mesmo autor, também estaria comprometido, pois o conceito de disponibilidade, se de um lado se refere à presença física de serviços, por outro, deve-se ter em conta a produtividade, ou capacidade real de produzir serviços.

Como nossa análise centrou-se nos dados fornecidos pelo SIH/SUS, a disponibilidade, compreendida como presença física aliada à capacidade de produção, não poderia ser mensurada na sua totalidade, pois o SIH/SUS trabalha na lógica financeiro-contábil, com tetos pré-definidos no momento da creditação da unidade de saúde como apta a realizar procedimentos de alta complexidade, em função do seu potencial resolutivo.

Portanto, diante da constatação da necessidade de compreender o processo de expansão do SUS ao longo do tempo, e por dispormos de um Sistema de Informações que permite apontar dados essenciais para esta compreensão, é que se decidiu-se estudar a expansão desta rede, tendo como exemplo a Atenção de Alta Complexidade para Patologias Cardíacas entre 1993 e 1999. Busca-se assim identificar se a mesma ocorreu de forma a promover a redução de desigualdades na sua distribuição no território nacional, ou ao contrário, a perpetuá-la.

Portanto, assumindo as dificuldades conceituais de estudar a equidade mediante seu contrário, iniquidade, optamos por problematizar a partir do conceito de desigualdade, que trás implícito, como afirma a OPS/OMS (1999), a noção de uniformidade, e não de imparcialidade ou discriminação positiva.

O conceito de equidade, essencial na nossa compreensão de Sistema Único de Saúde, permeará a análise, não como variável a ser analisada, porém como princípio a ser garantido pelo Estado enquanto gestor do SUS, a ser compreendida a partir da evolução da atenção de alta complexidade para patologias cardíacas no tempo e no espaço.

A opção pela atenção de Alta Complexidade para Patologias Cardíacas deu-se em função de algumas constatações:

- Por serem as patologias cardíacas a principal causa de morte no Brasil;
- Por necessitarem de ações de alta complexidade, que podem ser impactantes na mortalidade da população;
- A normatização da Alta Complexidade para Patologias Cardíacas sofreu poucas modificações no período escolhido do ponto de vista legislativo e de financiamento;
- A Atenção Básica tem sido estudada mais sistematicamente do que os demais níveis de atenção, embora os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, que regem o SUS, exijam para sua plena incorporação, o acesso a todos os níveis de atenção, para todos os cidadãos, mesmo que para isso seja necessária a adoção de políticas redistributivas no território nacional;
- A disponibilidade de um sistema de informação em saúde – o SIH/SUS, ágil, que embora não universal, tem cobertura total para a atenção hospitalar do SUS, e de mais de 70% de todas as internações nacionais;
- O fato de que, para os atendimentos de alta complexidade esta cobertura seja ainda superior, estimada em 90% do total (Carvalho, 1997), pois os seguros privados, até recentemente, não cobriam estes procedimentos;

- A pouca exploração do SIH/SUS em estudos que busquem identificar diferentes conformações de rede no país, utilizando os procedimentos realizados como fonte de informação, em função do tempo e do espaço territorial do país.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL: Descrever a distribuição de frequência da realização e caracterização dos procedimentos de alta complexidade para patologias cardíacas (PAC/PC), e sua evolução no Sistema Único de Saúde no território nacional, nos anos 1993, 1996 e 1999, identificando possíveis relações com localização geográfica, IDH, população e tipo de prestador.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Descrever a distribuição da frequência e tipologia dos PAC/PC e sua evolução no período definido, para o país, regiões, estados e municípios;
2. Caracterizar os estados e municípios que realizaram PAC/PC, segundo Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, porte populacional, e tipo de prestador;
3. Verificar a existência de homogeneidades no perfil apresentado pelas regiões, estados e municípios, quanto aos procedimentos realizados;
4. Identificar fatores que podem ter exercido influências de maior ou menor importância para distribuição e frequência de realização e caracterização dos PAC/PC no território nacional entre os anos de 1993, 1996 e 1999.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1. TIPO DE ESTUDO

O desenho do presente estudo é descritivo do tipo corte transversal em três momentos evolutivos. A opção por um estudo descritivo fundamentou-se no próprio objeto do trabalho, a distribuição e caracterização da atenção de alta complexidade para patologias cardíacas, ainda pouco estudado no país, o que faz com que seja necessário uma primeira abordagem descritiva da distribuição espacial, e da evolução temporal dos mesmos.

Para Samaja (1997, 147), o pressuposto de toda investigação científica é que o “objeto seja inteligível”. Para o autor, a “inteligibilidade” contém ao menos dois momentos básicos: o primeiro seria a possibilidade de descrevê-lo, ou seja, “identificar seus elementos componentes e caracterizá-los”, e segundo, deve ser possível reelaborá-lo de acordo com algum padrão de assimilação compatível com a razão humana. O autor diz ainda, que o ato de descrever uma realidade cientificamente é na realidade “um ato de re-descrição”, e conseqüentemente, um modo de modificar o conhecimento prévio existente.

Em epidemiologia, para o estudo da ocorrência de eventos em populações, é fundamental inicialmente descrever seu comportamento no tempo e no espaço. (Jenicek & Cléroux, 1987). Uma descrição adequada a partir destes atributos permite a elaboração de hipóteses explicativas.

Em recente artigo, Barata (1999) aborda a importância da descrição adequada e precisa dos eventos como etapa essencial para sua compreensão.

Um estudo descritivo, neste sentido, pode assumir um papel de importância no desenvolvimento de pesquisas que tenham os serviços de saúde como objeto.

Portanto, no presente estudo, serão utilizados métodos e técnicas dos estudos descritivos tipo corte transversal para descrição da frequência e tipologia da atenção de alta complexidade para patologias cardíacas.

Para isto, inicialmente, analisaram-se os conceitos visando a sua transformação de conceitos e constructos, em indicadores e variáveis. Uma variável é a parte

operacional do conceito que pode ser mensurada através de valores quantitativos, qualitativos, magnitudes etc (Lakatos & Marconi, 1992).

As relações entre variáveis podem ser de naturezas diversas. Uma variável pode influenciar a outra. Podem ainda se influenciar mutuamente, ou mesmo não exercer qualquer influência sobre a outra. No primeiro exemplo se estabelece uma relação chamada assimétrica. No segundo caso, a relação é de reciprocidade. E por fim, na ausência de influências de qualquer ordem, a relação estabelecida é dita simétrica (Gil, 1995; Lakatos & Marconi, 1992).

No estudo aqui proposto, considera-se existir uma relação assimétrica, não causal, entre as variáveis, com as variáveis independentes definidas no estudo exercendo influências sobre as variáveis dependentes. Ou seja, a partir da descrição da frequência, tipologia e evolução dos PAC/PC realizados no país no período de estudo, e a sua variação no espaço geográfico, objetiva-se identificar os processos que podem ter um papel de maior ou menor importância na frequência de realização dos referidos procedimentos no território nacional entre os anos de 1993, 1996 e 1999.

4.2. DEFINIÇÃO DA ÁREA, POPULAÇÃO E PERÍODO DE ESTUDO

O estudo abrange dados referentes ao Brasil, a partir dos municípios, estados e regiões do país que realizaram procedimentos de alta complexidade para patologias cardíacas (PAC/PC) nos anos de 1993, 1996 e 1999.

A população de estudo é a população do país, residente nos municípios, estados e regiões do país, e que tiveram acesso a algum tipo de PAC/PC no período de 1993, 1996 e 1999.

A escolha do período justifica-se por ser 1993 o primeiro ano para o qual se conta com banco de dados completo do Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS, o que permite a extração de informações relativas aos procedimentos realizados provenientes da rede pública e da privada contratada.

O ano de 1996 foi adotado por ser um ano intermediário entre 1993 e 1999, o que permite ter uma visão mais clara do comportamento evolutivo do acesso PAC/PC.

Por fim, o ano de 1999 é o ano mais recente, para o qual, em função da agilidade do SIH/SUS, se dispõe das informações necessárias para o estudo proposto.

4.3. DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS DE ESTUDO

4.3.1. Variável dependente

Será adotado como variável dependente os procedimentos de alta complexidade para patologias cardíacas (PAC/PC), qualquer deles ou agrupados.

Os PAC/PC foram definidos conforme as Portarias Ministeriais abaixo enumeradas:

- Portaria nº 065/SAS de 06/05/93, que define as áreas que compõem as redes integradas de procedimentos de alta complexidade, entre estas, a de Cardiologia, composta por cirurgias cardíacas, implante de marca-passo definitivo e estudos eletrofisiológicos, além de transplante de órgãos (Brasil, 1993a);
- Portaria nº 66 de 06/05/93, que estabelece as normas para credenciamento de hospitais e serviços que realizam procedimentos de alta complexidade para patologias cardíacas, definindo os Centro de Referência I, II e os serviços exclusivos para implante de marca-passo, com exigências específicas, quanto a recursos tecnológicos, humanos, e população a ser coberta (Brasil, 1993b);
- Portaria da SAS/MS Nº 33 de 01/03/94, que reagrupa procedimentos, modificando sua forma de constar na tabela do SIH/SUS (Brasil, 1994);
- Portaria da SAS/MS nº 35 de 11/05/95, que normatiza a indicação para implante de marca-passos definitivos (Brasil, 1995);
- Portaria nº3.409/GM de 05/08/98, que institui a Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade (CNPHAC) para tratamento de pacientes que requerem assistência de serviços cadastrados no SUS para alta complexidade não ofertados (ou ofertados com restrição) em seus municípios de residência, além de listar os procedimentos de alta complexidade para patologias cardíacas que constarão da mesma, baseado na premissa de que nem sempre a expansão quantitativa significa qualidade adequada dos serviços prestados (Brasil, 1998a);
- Portaria nº 3.825/GM de 03/11/98, que estabelece o limite de 25% da frequência total de procedimentos do Grupo de Cirurgia Cardíaca para os

procedimentos: Marca Passo (troca de gerador e intracavitário); Cirurgia Coronária com extracorpórea; Valvoplastias; Implante de Prótese Valvular; Coronarioplastia; Correção de Cardiopatia Congênita com uso de CEC (Brasil, 1998b);

- Portaria N° 3.982 do /gabinete do Ministro, de 01/12/98, que redefine as diretrizes e os critérios para pagamento da Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade, listando em anexo os procedimentos constantes da CNCPHAC, normatizando fluxos etc (Brasil, 1998c);
- Portaria N°217 da SAS, que define os procedimentos integrantes do Sistema Nacional de Transplante, entre estes, o Transplante e o Retransplante de Coração (Brasil, 1999a).

Em função das portarias anteriores, foram considerados PAC/PC:

- 32.013.01.9 – Marca Passo (troca de gerador de estímulo);
- 32.014.01.5 – Marca Passo Cardíaco (epicárdico);
- 32.015.01.1 – Marca Passo Cardíaco (intracavitário);
- 32.016.01.8 – Pericardiectomia;
- 32.018.01.0 – Valvotomia Cardíaca Sem Uso de Extra Corpórea;
- 32.011.01.6 – Cirurgia de Coronária com Extra Corpórea;
- 32.019.01.7 – Valvoplastia;
- 32.020.01.5 – Implante de Prótese Valvular;
- 32.031.02.5 – Ventriculosseptoplastia (pós infarto do miocárdio);
- 32.023.01.4 – Coronarioplastia;
- 32.024.01.0 – Valvoplastia Pulmonar;
- 32.025.01.7 – Valvoplastia Aórtica;
- 32.026.01.3 – Valvoplastia Mitral;
- 32.027.01.0 – Aortoplastia de Coarctação;
- 32.030.01.0 – Estudo Eletrofisiológico I;
- 32.003.04.8 – Anastomose Sistêmico-Pulmonar;
- 32.021.04.6 – Cura Cirúrgica da PCA;

- 32.021.01.1 – Correção de Cardiopatia Congênita com Uso de Extra Corpórea;
- 32.031.01.7 – Estudo Eletrofisiológico Diagnóstico e Terapêutico;
- 46.800.01.8 – Transplante de Coração;
- 47.800.01.1 – Retransplante de Coração;

Visando a identificar mais claramente os diferentes perfis municipais, estaduais e regionais em relação à frequência e tipologia dos PAC/PC realizados, estes foram ainda agregados em quatro grupos de complexidade: Grupo 1, Grupo 2, Grupo 3 e Grupo 4. A definição dos grupos e sua composição foi gerada por critérios relacionados ao desenvolvimento e execução dos PAC/PC e para tanto, contou-se com o auxílio de especialistas em cardiologia.

Foram adotados como critérios de agregação dos mesmos:

- Risco cirúrgico;
- Tempo cirúrgico;
- Suporte de UTI;
- Necessidade de equipamentos especializados;
- Tipo de anestesia envolvida;
- Investigação pré-operatória.

Neste sentido, foram definidos os procedimentos que compõem cada grupo, sendo estes as categorizações da variável dependente (PAC/PC) do estudo:

- **Grupo 1** - Compõem o Grupo 1, todos os procedimentos de marca passo e estudos eletrofisiológicos:
 - 32013019 – Marca passo – troca de gerador;
 - 32014015 – Marca passo cardíaco epicárdico;
 - 32015011 – Marca passo cardíaco intracavitário;
 - 32030010 – Estudo eletrofisiológico I;
 - 32031017 – Estudo eletrofisiológico diagnóstico e terapêutico;

- **Grupo 2** - Fazem parte deste grupo, todos os procedimentos de cirurgia sem extracorpórea, com menor tempo de UTI pós-operatória, e na qual, em geral, o paciente não necessita de suporte ventilatório por mais de 6 horas. Estão incluídos neste grupo os procedimentos:
 - 32016018 – Pericardiectomia;
 - 32018010 – Valvotomia cardíaca sem uso de extracorpórea;
 - 32019017 – Valvoplastia;
 - 32024010 – Valvoplastia pulmonar;
 - 32025017 – Valvoplastia aórtica;
 - 32026013 – Valvoplastia mitral;
 - 32021046 – Cura cirúrgica da PCA;

- **Grupo 3** - Este é o grupo de maior risco cirúrgico e que necessita de investigação pré-operatória mais completa, maior tempo de permanência em UTI e suporte ventilatório, tem maior risco anestésico, e envolve procedimentos de maior complexidade tecnológica. Estão incluídos neste grupo:
 - 32011016 – Cirurgia de coronária com uso de extra corpórea;
 - 32020015 – Implante de prótese valvular;
 - 32031025 – Ventriculoseptoplastia – pós infarto do miocárdio;
 - 32023014 – Coronarioplastia;
 - 32027010 – Aortoplastia de coarctação;
 - 32003048 – Anastomose sistêmico pulmonar;
 - 32021011 – Correção de cardiopatia congênita com uso de extra corpórea;

- **Grupo 4** - O Grupo 4 é o grupo que requer para sua realização a mais alta tecnologia logística, de equipamentos, e recursos humanos. Estão incluídos neste grupo:
 - 46800018 – Transplante de coração;
 - 47800011 – Retransplante do coração;

4.3.2. Variáveis independentes

Visando identificar fatores que influenciaram a distribuição dos PAC/PC, foram definidas como variáveis explicativas:

- Regiões do país;
- Portes populacionais dos municípios;
- Índice de Desenvolvimento Humano (IDH);
- Natureza das Unidades Prestadoras que realizaram procedimentos de alta complexidade para patologias cardíacas;

Regiões do país:

Foram consideradas as cinco regiões político administrativas adotadas no país: Norte; Nordeste; Sudeste; Sul e Centro – Oeste, os estados e municípios que as compõem, buscando através destas, identificar a influência da localização geográfica na distribuição dos PAC/PC. A distribuição dos eventos no espaço, particularmente em um país com as desigualdades apresentadas pelo Brasil, pode evidenciar distorções influenciadas pela localização espacial.

Portes Populacionais:

Os portes populacionais foram definidos em função do objeto de estudo, visando identificar se o número de habitantes dos municípios influenciou a distribuição de frequência dos PAC/PC ao longo do território nacional.

Neste sentido, tendo por parâmetro os padrões populacionais classicamente utilizados pela FIBGE utilizando-se como base o Anuário Estatístico do Brasil de 1997 (Divisão, 1997), classificaram-se os municípios que realizam PAC/PC em sete classes populacionais.

Em análise preliminar, identificou-se que os municípios que executaram algum PAC/PC eram sempre mais populosos que a maior parte dos municípios brasileiros. Neste sentido, agregaram-se as populações adotadas pela FIBGE de pequeno porte (até 5.000, de 5.000 a 10.000, de 10.000 a 20.000, de 20.000 a 50.000) em um só grupo.

Já para algumas faixas maiores, adotaram-se critérios inversos, ou seja, enquanto a FIBGE agrega os municípios mais populosos em uma classe de 100.000 habitantes a 500.000 e os de mais de 1.000.000 de habitantes, para fins do presente trabalho, estas

classes foram desagregadas da seguinte forma: municípios entre 100.000 e 29.999; municípios entre 250.000 e 499.999, em seguida, os municípios entre 500.000 e 999.999, os entre 1.000.000 e 2.499.999, e por fim, os com populações superiores a 2.500.000.

Vale salientar que as divisões foram realizadas de modo a permitir a agregação, ou desagregação compatível com os critérios da FIBGE.

São, portanto, sete, os portes populacionais adotados no presente estudo:

- Porte 1 - Municípios com menos de 50.000 habitantes;
- Porte 2 - Municípios com população igual a 50.000 até menos de 100.000 habitantes;
- Porte 3 - Municípios com população de 100.000 a menos de 250.000 habitantes;
- Porte 4 - Municípios com população de 250.000 a menos de 500.000 habitantes;
- Porte 5 - Municípios com população de 500.000 a menos de 1.000.000 habitantes;
- Porte 6 - Municípios com população de 1.000.000 a menos de 2.500.000 habitantes;
- Porte 7 - Municípios com população a partir de 2.500.000.

Índice de Desenvolvimento Humano:

Como no presente estudo pretende-se identificar fatores que exerceram influências na frequência, distribuição e características dos PAC/PC, considerou-se importante caracterizar sócio-economicamente os municípios que realizaram em algum momento estudado, PAC/PC. Para tanto, elegeu-se o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH por ser um indicador sintético, amplamente aceito mundialmente. Além disso, por ser aceito internacionalmente, permite comparações de experiências entre outros países.

O IDH é composto de três componentes básicos: longevidade, mensurada pela esperança de vida ao nascer; conhecimento, medido pela média entre taxa de alfabetização dos adultos e taxa combinada de matrículas nos ensinos fundamental, médio e superior, com pesos 2 e 1 respectivamente; padrão de vida, medido pelo poder

de compra baseado no PIB per capita, ajustado ao custo de vida local – paridade do poder de compra (IPEA, 1996).

O ano base para análise do Índice de Desenvolvimento Humano foi o de 1991, o mais recente para o qual se dispõe de informações. O critério adotado foi o do Banco Mundial (IPEA, 1996), que caracteriza o IDH em:

- Baixo Desenvolvimento Humano ($IDH < 0,7$).
- Médio Desenvolvimento Humano ($IDH > 0,7$ e $< 0,8$);
- Elevado Desenvolvimento Humano ($IDH > 0,8$);

Natureza das Unidades:

A natureza das unidades onde foram executados PAC/PC foi definida como variável explicativa na medida em que através destas pode-se identificar o perfil dos prestadores envolvidos com a execução de PAC/PC ao longo do território nacional.

As unidades de saúde que realizaram algum tipo de procedimento de alta complexidade para patologias cardíacas foram agregadas em três naturezas: públicos; complementares e universitários, considerando-se que esta classificação sintetiza as naturezas prestadoras de serviços de saúde ao Sistema Único de Saúde.

Os banco de dados foram analisados para cada ano de estudo, criando a necessidade de para cada um dos anos estudados agregar um conjunto de naturezas em uma só.

Assim sendo, compõem a natureza **Pública**:

Para o ano de 1993:

- Hospitais Federais;
- Hospitais próprios do Ministério da Saúde;
- Hospitais Estaduais;
- Hospitais Municipais.

Para o ano de 1996:

- Hospitais Federais;
- Hospitais Federais VP;
- Hospitais Estaduais;
- Hospitais Municipais.

Para o ano de 1999:

- Hospitais Federais;
- Hospitais Federais VP;
- Hospitais Estaduais;
- Hospitais Municipais.

Como de natureza **Complementar**, considerou-se:

Para o ano de 1993:

- Hospitais Contratados;
- Hospitais Filantrópicos.

Para o ano de 1996:

- Hospitais Contratados;
- Hospitais Filantrópicos.

Para o ano de 1999:

- Hospitais Contratados;
- Hospitais Contratados isentos;
- Hospitais Filantrópicos;
- Hospitais Filantrópicos isentos totais;
- Hospitais Filantrópicos isentos de IR;

Como natureza **Universitária**, considerou-se:

Para o ano de 1993:

- Hospitais Universitários;
- Hospitais de Pesquisa;

Para o ano de 1996:

- Hospitais Universitários;
- Hospitais de Pesquisa;

Para o ano de 1999:

- Hospitais Universitários;
- Hospitais de Pesquisa;
- Hospitais de Pesquisa isentos totais.

4.4. FONTES E PROCEDIMENTOS DE AJUSTAMENTO DOS BANCOS DE DADOS

Como fonte de dados para análise dos PAC/PC utilizou-se as informações contidas no Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS, disponível em CD-ROM para os anos de 1993 e 1996, e captado através da INTERNET para o ano de 1999, disponibilizados pelo DATASUS.

Para definição dos portes municipais foi utilizada a estimativa populacional do FIBGE disponível na Home Page do DATASUS (www.datasus.gov.br) relativa aos anos de 1993, 1996 e 1999. A transferência do arquivo com dados das populações municipais ocorreu em formato CSV disponível no Módulo Arquivos da Homepage.

O Índice de Desenvolvimento Humano utilizado é o disponibilizado em CDR-Rom em formato EXCEL, e impresso em relatório Sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil do IPEA/PNUD em 1996.

O banco de dados para análise dos procedimentos de alta complexidade foi constituído por arquivos de produção (RDUFMMAA.DBC) e arquivos de cadastro (PROC.DBF, NATUREZA.DEF, UF.DEF, MUNIC.DEF, REGIAO.DEF). Os arquivos reduzidos de produção de internações hospitalares são apresentados segundo estado, de forma mensal. Desta forma, cada estado dispõe de 12 arquivos, totalizando 324 arquivos RDUFMMAA.DBC quando se analisa o país.

A exploração para este banco de dados não necessitou manipulação para criação de variável secundária, pois todas as variáveis contidas nos arquivos de produção estavam adequadas para atender os objetivos específicos deste estudo.

Contudo, para realizar as tabulações, se fez necessário ajustar alguns arquivos de cadastro, criando arquivos secundários como PROC1.DBF (descreve procedimentos de alta complexidade para patologias cardíacas), IDH1.DBF, IDH2.DBF e IDH3.DBF (descreve municípios por porte de escore do IDH), POP991.DBF, POP992.DBF, POP993.DBF, POP94.DBF, POP995.DBF, POP996.DBF, POP997.DBF, (descreve

municípios com porte populacional) e NATUREZA.DEF (descreve hospitais por categorias de mantenedores).

Os recursos utilizados para ajustar estes arquivos de cadastro foram os módulos Analyses e EXPORT do Programa EPI-INFO, Versão 6.04B; e o módulo avançado do programa TABWIN.

O uso do primeiro programa consistiu em selecionar apenas os registros adequados aos objetivos específicos, agrupando-os em arquivos isolados.

Quanto ao segundo, fez-se a alteração da linguagem de programação para permitir inserir as variáveis secundárias (porte de IDH, porte de Municípios, natureza de hospital e procedimento de alta complexidade de patologia cardíaca).

4.4.1 PROCEDIMENTOS DE AJUSTAMENTO DE BANCO DE DADOS:

Uso de Epi-info:

ARQUIVO PROC

1. Ler arquivo PROC.DBF pelo Módulo Analyses
2. Selecionar procedimentos de alta complexidade de patologias cardíacas;
3. Criar arquivo PROC1.REC, contendo apenas os registros selecionados;
4. Exportar arquivo PROC1.REC para criar PROC1.DBF

ARQUIVOS IDH

1. Ler arquivo no Excel;
2. Salvar como IDH.DBF (DBASE 3);
3. Ler arquivo IDH.DBF pelo Módulo Analyses;
4. Selecionar escore de IDH nos portes definidos;
5. Criar arquivos IDH1.REC, IDH2.REC e IDH3.REC
6. Exportar arquivos acima para criar IDH1.DBF IDH2.DBF E IDH3.DBF

ARQUIVOS PORTEMUNIC

1. Ler arquivo POP.CSV no Excel
2. Salvar arquivo POP.CSV como POP.DBF (dbase 3)
3. Ler arquivo POP.DBF no módulo Analyses
4. Selecionar municípios nos portes definidos

5. Criar arquivos POP991.REC, POP992.REC, POP993.REC, POP994.REC, POP995.REC, POP996.REC, POP997.REC;
6. Exportar arquivos acima para criar POP991.DBF, POP992.DBF, POP993.DBF, POP994.DBF, POP995.DBF, POP996.DBF, POP997.DBF;

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados, como acima descritos, foram tabulados em planilhas excel, e posteriormente, em função dos objetivos propostos, foram sistematizados em tabelas.

Os dados são apresentados por distribuição de frequência simples, e proporções, em função do tempo e do espaço.

Assim, foram analisados:

- Dados totais de PAC/PC por ano, e seu peso relativo ao total de procedimentos realizados nos anos de estudo e quantitativo de municípios que realizam PAC/PC, totais, por regiões e estados, para cada ano de estudo;
- Total e proporção de PAC/PC realizados por ano de estudo, para o país, regiões e estados;
- Total e proporção de PAC/PC realizados por ano de estudo, para o país, regiões e estados, por grupos de complexidade 1, 2 3 e 4;
- Total de municípios que realizam PAC/PC por porte populacional, por ano de estudo;
- Total e proporção de municípios que realizam PAC/PC por Classe de IDH, por ano de estudo, por regiões e estados;
- Natureza dos hospitais que realizaram PAC/PC por ano de estudo, regiões e estados;
- Municípios que apresentaram as 40 maiores frequências e proporções de PAC/PC nos anos de estudo, por regiões e estados.

5. RESULTADOS

Nos três anos estudados foram realizados um total de 165.870 procedimentos de alta complexidade para patologias cardíacas (PAC/PC) e um total de 40.586.338 procedimentos totais no Brasil.

Observa-se na Tabela 1 um aumento progressivo do número de PAC/PC realizados no período de estudo. Entre os anos de 1993 e 1999 este aumento foi de 26,2%.

No mesmo período houve uma redução no total de procedimentos gerais realizados, na ordem de 20,4%.

Este padrão de comportamento resultou em um crescimento relativo dos PAC/PC de 56,3%.

Tabela 1

Frequência de Procedimentos Totais e de PAC/PC e proporção de PAC/PC em relação ao total de procedimentos realizados Brasil, 1993, 1996 e 1999

Ano	PAC/PC.	Proc Totais	% PAC/PC.
1993	49.601	15.617.080	0,32
1996	53.675	12.530.882	0,43
1999	62.594	12.438.376	0,50

Fonte: SIH/SUS

Na Tabela 2, por sua vez, observa-se que nos três anos estudados houve uma redução do número de municípios que realizaram algum tipo de PAC/PC.

Entre 1993 e 1999 esta redução foi de 28,8% no número total de municípios que realizaram PAC/PC, queda mais acentuada entre os anos de 1993 e 1996, quando a mesma foi de 27%.

Tabela 2

Número e proporção de municípios que realizam PAC/PC em relação ao total de municípios por regiões e estados, Brasil, 1993, 1996 e 1999

Estados/Regiões	1993		1996		1999	
	Municípios		Municípios		Municípios	
	N °	%	N °	%	N °	%
Acre	1	0,90	0	-	0	-
Amazonas	1	0,90	1	1,24	1	1,27
Pará	1	0,90	1	1,24	1	1,27
Total Norte	3	2,70	2	2,47	2	2,53
Maranhão	1	0,90	1	1,24	1	1,27
Piauí	1	0,90	1	1,24	1	1,27
Ceará	3	2,70	1	1,24	2	2,53
Rio Grande do Norte	1	0,90	1	1,24	1	1,27
Paraíba	2	1,80	2	2,47	2	2,53
Pernambuco	1	0,90	1	1,24	1	1,27
Alagoas	1	0,90	1	1,24	1	1,27
Sergipe	1	0,90	1	1,24	1	1,27
Bahia	5	4,50	1	1,24	1	1,27
Total Nordeste	16	14,41	10	12,35	11	13,92
Minas Gerais	19	17,12	11	13,58	11	13,92
Espírito Santo	2	1,80	3	3,70	2	2,53
Rio de Janeiro	6	5,41	5	6,17	5	6,33
São Paulo	28	25,23	26	32,10	26	32,91
Total Sudeste	55	49,55	45	55,56	44	55,70
Paraná	10	9,01	7	8,64	8	10,13
Santa Catarina	9	8,11	5	6,17	4	5,06
Rio Grande do Sul	13	11,71	7	8,64	5	6,33
Total Sul	32	28,83	19	23,46	17	21,52
Mato Grosso do Sul	1	0,90	2	2,47	2	2,53
Mato Grosso	1	0,90	1	1,24	1	1,27
Goiás	2	1,80	1	1,24	1	1,27
Distrituo Federal	1	0,90	1	1,24	1	1,27
Total Centro-Oeste	5	4,50	5	6,17	5	6,33
TOTAL	111	100,00	81	100,00	79	100,00

Fonte: SIH/SUS

Quanto ao comportamento por regiões, foi na região Sul onde ocorreram as maiores modificações quantitativas no número de municípios que realizaram algum tipo de PAC/PC, com uma redução do número dos mesmos na ordem de 46,9% no período de 1993 a 1999, sempre com redução mais acentuada entre 1993 e 1996. Esse fenômeno repete-se também nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste e em um número significativo de estados.

O Centro-Oeste mantém em cinco o número de municípios que realizaram algum tipo de PAC/PC, sendo a região mais estável em número de municípios em todo o período estudado.

Quanto ao peso relativo das regiões, é a região Sudeste a que apresenta maior número e proporção de municípios que realizaram algum PAC/PC em todos os três anos de estudo, pois 49,5% do total de municípios em 1993 e 55,7% em 1999 encontravam-se nesta região. Seguem-se a esta, o Sul e o Nordeste, que concentravam respectivamente 21,5% e 13,9% dos municípios em 1999.

Quando se observam os dados por estados, destacam-se os de São Paulo, Minas Gerais, Paraná e Rio Grande do Sul. São Paulo concentrava sozinho em 1999, 32,9% do total de municípios que realizaram algum PAC/PC.

O estado de Minas Gerais, apesar da redução do número de municípios entre 1993 e 1996, também apresenta uma concentração significativa (13,9%) do total de municípios que realizavam PAC/PC em 1999, tendo sozinho o mesmo peso de toda a região Nordeste.

Os estados do Paraná e Rio Grande do Sul também concentravam municípios que realizavam PAC/PC, respectivamente 10% e 6% do total em 1999.

Vale salientar que à semelhança do que se observou em relação às regiões como um todo, os estados referidos acima apresentaram redução no número de municípios que realizavam PAC/PC, destacando-se o Rio Grande do Sul, que caiu de 13 para 5 municípios entre 1993 e 1999.

Como já apresentado na Tabela 1 houve um aumento do número total de PAC/PC realizados no país, que segundo se observa na Tabela 3, ocorreu em todas as regiões, embora de forma variável ao longo do período estudado.

Tabela 3

Número e proporção de PAC/PC em relação ao total anual por regiões e estados, Brasil, 1993, 1996 e 1999

Estados/Regiões	1993		1996		1999	
	PAC/PC		PAC/PC		PAC/PC	
	N °	%	N °	%	N °	%
Acre	1	0,00	0	-	0	-
Amazonas	19	0,04	87	0,16	30	0,05
Pará	296	0,60	304	0,57	564	0,90
Total Norte	316	0,64	391	0,73	594	0,95
Maranhão	130	0,26	223	0,42	231	0,37
Piauí	525	1,06	585	1,09	618	0,99
Ceará	1.073	2,16	1.124	2,09	1.959	3,13
Rio Grande do Norte	154	0,31	432	0,80	770	1,23
Paraíba	611	1,23	346	0,64	437	0,70
Pernambuco	1.559	3,14	1.755	3,27	2.113	3,38
Alagoas	744	1,50	810	1,51	1.052	1,68
Sergipe	330	0,67	258	0,48	293	0,47
Bahia	953	1,92	1.688	3,14	1.343	2,15
Total Nordeste	6.079	12,26	7.221	13,45	8.816	14,08
Minas Gerais	5.640	11,37	4.988	9,29	5.825	9,31
Espírito Santo	718	1,45	661	1,23	719	1,15
Rio de Janeiro	2.848	5,74	2.972	5,54	3.908	6,24
São Paulo	20.537	41,40	21.989	40,97	23.778	37,99
Total Sudeste	29.743	59,96	30.610	57,03	34.230	54,69
Paraná	5.066	10,21	5.633	10,49	7.388	11,80
Santa Catarina	806	1,62	1.042	1,94	1.345	2,15
Rio Grande do Sul	4.043	8,15	4.678	8,72	5.475	8,75
Total Sul	9.915	19,99	11.353	21,15	14.208	22,70
Mato Grosso do Sul	702	1,42	970	1,81	1.238	1,98
Mato Grosso	144	0,29	199	0,37	302	0,48
Goiás	1.902	3,83	2.316	4,31	2.253	3,60
Distrituo Federal	800	1,61	615	1,15	953	1,52
Total Centro-Oeste	3.548	7,15	4.100	7,64	4.746	7,58
TOTAL	49.601	100,00	53.675	100,00	62.594	100,00

Fonte: SIH/SUS

Embora o Sudeste seja a região que mais realizou PAC/PC em todo o período, observa-se uma redução da sua participação relativa de 59,9% para 54,7% entre 1993 e 1999. Esta queda relativa deveu-se a um aumento proporcionalmente maior de PAC/PC realizados em outras regiões do país.

Em relação ao Sul, a segunda região onde mais se executou PAC/PC no período, o aumento da frequência relativa destes passou de 19,9% para 22,7% do total nacional entre 1993 e 1999, um incremento de 43,3% no total de PAC/PC realizados no mesmo período.

A terceira região que mais realizou PAC/PC foi a Nordeste, que apresentou um incremento no número de PAC/PC realizados de 45% entre 1993 e 1999, o segundo maior incremento do país no período. Observou-se também, um crescimento da participação da região no total de procedimentos de alta complexidade para patologias cardíacas realizados no país no mesmo período, de 12,3% em 1993, para 14,1% do total do país em 1999.

A região Centro-Oeste aumentou de 33,8% o número de PAC/PC que realizou entre 1993 e 1999, no entanto, mantém estável a proporção de PAC/PC realizados em relação ao conjunto do país.

O Norte foi a região que apresentou o maior crescimento relativo no número de procedimentos realizados no período 1993 a 1999, na ordem de 88%. Entretanto, esta região continua a executar um número muito baixo de PAC/PC, representando apenas 0,9% do total de procedimentos realizados no Brasil em 1999.

Quanto à realização de PAC/PC por estados, destaca-se na região Norte, o estado do Pará, que aumentou em 90,5% o número de procedimentos entre 1993 e 1999.

No Nordeste, destacam-se o Ceará, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Alagoas e Bahia, chamando atenção, porém o Rio Grande do Norte, estado que apresentou no país o maior aumento proporcional de PAC/PC, passando de 154 procedimentos em 1993, para 770 em 1999, ou seja, um incremento de 400% no número de procedimentos realizados. O Rio Grande do Norte passou de representar em 1993 apenas 0,3% do total de PAC/PC realizados no Brasil, para 1,2% do total em 1999.

O Ceará apresentou um aumento de 82,6% no número de procedimentos realizados no período de 1993 a 1999. Pernambuco, Alagoas e Bahia também tiveram aumentos significativos. Pernambuco em torno de 35%, e os demais, em torno de 40%. O estado da Paraíba apresentou uma queda significativa entre 1993 e 1996 no número de PAC/PC realizados, diminuindo de 611 procedimentos em 1993, para 346 em 1996, voltando a aumentar para 437 em 1999, inferior a seu patamar inicial.

O estado de São Paulo é sem dúvidas o que mais realizou PAC/PC em todo o período do estudo, sendo responsável sozinho por em média 40% do total de PAC/PC realizado no país, além de aumentar em 15,8% o total de procedimentos que realizou no período 1993/1999.

Minas Gerais e Espírito Santo apresentaram uma flutuação no número de procedimentos realizados no período 1993 a 1999, reduzindo entre 1993 e 1996, voltando a subir entre 1996 e 1999.

Na região Sul, os estados do Paraná e Rio Grande do Sul tiveram um incremento de 45,8% e 35,4% respectivamente, entre 1993 e 1999.

No Centro-Oeste, destaca-se o desempenho do Mato Grosso do Sul, que apresenta um aumento de 76,4% entre 1993 e 1999 no número de PAC/PC realizados.

Quanto à participação relativa dos estados no território nacional, além de São Paulo, destacam-se Minas Gerais, Paraná e Rio Grande do Sul, que respondem conjuntamente por cerca de 30% do total de procedimentos realizados no país, em 1999.

As Tabelas 4, 5 e 6, apresentam os PAC/PC desagregados em sub-grupos de complexidade G1 (Grupo 1), G2 (Grupo 2), G3 (Grupo 3) e G4 (Grupo 4), para os anos de 1993, 1996 e 1999, e apresentam padrões de frequência distintos por regiões, estados e por anos analisados.

Para o ano de 1993, dos 49.601 PAC/PC realizados no país, 20,4% pertenciam ao G1 de procedimentos, 9,3% ao G2. O G3 foi o que apresentou maior frequência de execução, 70,3% do total, e o G4, como esperado diante de suas características, o menos executado, apenas 0,02%.

Em 1996 observa-se uma alteração quanto aos pesos relativos dos Grupos de complexidade 1, 2, 3 e 4. Para o Brasil como um todo, verifica-se um aumento da frequência relativa dos procedimentos do G1, queda relativa dos G2 e G3, e aumento considerável da participação relativa do G4. No ano de 1999 (Tabela 6) o G3 se

mantém como o de maior frequência relativa, tendo inclusive ampliado sua vantagem e observa-se nova redução da participação proporcional do G 2 bem como do G 1, e mais uma vez, o Grupo 4 apresenta aumento da sua frequência de realização.

Tabela 4

Número e proporção de PAC/PC, Total e por Grupos de Complexidade 1, 2, 3 e 4 em relação ao Total, por estados e regiões, Brasil, 1993

Estados/Regiões	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Grupo 4		PAC/PC	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Acre	-	-	1	100,00	-	-	-	-	1	100,00
Amazonas	19	100,00	-	-	-	-	-	-	19	100,00
Para	100	33,78	38	12,84	158	53,38	-	-	296	100,00
Total Norte	119	37,66	39	12,34	158	50,00	-	-	316	100,00
Maranhao	20	15,38	42	32,31	68	52,31	-	-	130	100,00
Piauí	74	14,10	76	14,48	375	71,43	-	-	525	100,00
Ceara	140	13,05	191	17,80	742	69,15	-	-	1.073	100,00
Rio G. do Norte	31	20,13	27	17,53	96	62,34	-	-	154	100,00
Paraíba	239	39,12	58	9,49	314	51,39	-	-	611	100,00
Pernambuco	301	19,31	212	13,60	1.046	67,09	-	-	1.559	100,00
Alagoas	155	20,83	39	5,24	550	73,92	-	-	744	100,00
Sergipe	61	18,48	64	19,39	205	62,12	-	-	330	100,00
Bahia	395	41,45	160	16,79	398	41,76	-	-	953	100,00
Total Nordeste	1.416	23,29	869	14,30	3.794	62,41	-	-	6.079	100,00
Minas Gerais	1.651	29,27	514	9,11	3.472	61,56	3	0,05	5.640	100,00
Espirito Santo	93	12,95	54	7,52	571	79,53	-	-	718	100,00
Rio de Janeiro	565	19,84	306	10,74	1.977	69,42	-	-	2.848	100,00
São Paulo	3.773	18,37	1.695	8,25	15.061	73,34	8	0,04	20.537	100,00
Total Sudeste	6.082	20,45	2.569	8,64	21.081	70,88	11	0,04	29.743	100,00
Parana	642	12,67	443	8,74	3.981	78,58	-	-	5.066	100,00
Santa Catarina	211	26,18	34	4,22	561	69,60	-	-	806	100,00
Rio G. do Sul	613	15,16	310	7,67	77,17	-	-	4.043	100,00	
Total Sul	1.466	14,79	787	7,94	7.662	77,28	-	-	9.915	100,00
Mato G. do Sul	114	16,24	35	4,99	553	78,77	-	-	702	100,00
Mato Grosso	47	32,64	21	14,58	76	52,78	-	-	144	100,00
Goiás	573	30,13	226	11,88	1.103	57,99	-	-	1.902	100,00
Distrito Federal	287	35,88	84	10,50	429	53,63	-	-	800	100,00
Total C. Oeste	1.021	28,78	366	10,32	2.161	60,91	-	-	3.548	100,00
Total Geral	10.104	20,37	4.630	9,33	34.856	70,27	11	0,02	49.601	100,00

Fonte: SIH/SUS

Nota:

Grupo 1: Marca passo (troca de gerador, epicárdico e intracavitário); Estudo eletrofisiológico (I e diag. e terapêutico)

Grupo 2: Pericardiectomia; Valvoplastia; Valvoplastia (pulmonar, aórtica e mitral); Cura cirurgica da PCA;

Grupo 3: Cirurg. de coron. com extracorp.; Implante de prótese valv.; Ventriculoseptoplastia; Coronarioplastia; Aortoplastia de coarctação; Anastomose sist. pulm.; Cardop. Cong. C/ extracorp.

Grupo 4: Transplante e Retransplante do coração.

Tabela 5

Número e proporção de PAC/PC, Total e por Grupos de Complexidade 1, 2, 3 e 4 em relação ao Total, por estados e regiões, Brasil, 1996

Estados/Regiões	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Grupo 4		PAC/PC	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Acre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Amazonas	44	50,57	13	14,94	30	34,48	-	-	87	100,00
Para	132	43,42	36	11,84	136	44,74	-	-	304	100,00
Total Norte	176	45,01	49	12,53	166	42,46	-	-	391	100,00
Maranhão	34	15,25	38	17,04	151	67,71	-	-	223	100,00
Piauí	79	13,50	70	11,97	436	74,53	-	-	585	100,00
Ceara	231	20,55	127	11,30	766	68,15	-	-	1.124	100,00
Rio G. do Norte	105	24,31	37	8,56	290	67,13	-	-	432	100,00
Paraíba	55	15,90	43	12,43	248	71,68	-	-	346	100,00
Pernambuco	477	27,18	258	14,70	1.015	57,83	5	0,28	1.755	100,00
Alagoas	185	22,84	38	4,69	587	72,47	-	-	810	100,00
Sergipe	36	13,95	49	18,99	173	67,05	-	-	258	100,00
Bahia	605	35,84	422	25,00	661	39,16	-	-	1.688	100,00
Total Nordeste	1.807	25,02	1.082	14,98	4.327	59,92	5	0,07	7.221	100,00
Minas Gerais	1.649	33,06	268	5,37	3.068	61,51	3	0,06	4.988	100,00
Espirito Santo	119	18,00	36	5,45	506	76,55	-	-	661	100,00
Rio de Janeiro	799	26,88	215	7,23	1.958	65,88	-	-	2.972	100,00
São Paulo	5.320	24,19	1.660	7,55	14.955	68,01	54	0,25	21.989	100,00
Total Sudeste	7.887	25,77	2.179	7,12	20.487	66,93	57	0,19	30.610	100,00
Paraná	857	15,21	407	7,23	4.369	77,56	-	-	5.633	100,00
Santa Catarina	254	24,38	45	4,32	743	71,31	-	-	1.042	100,00
Rio G. do Sul	864	18,47	269	5,75	3.535	75,57	10	0,21	4.678	100,00
Total Sul	1.975	17,40	721	6,35	8.647	76,16	10	0,09	11.353	100,00
Mato G. do Sul	171	17,63	64	6,60	735	75,77	-	-	970	100,00
Mato Grosso	62	31,16	41	20,60	96	48,24	-	-	199	100,00
Goiás	730	31,52	191	8,25	1.395	60,23	-	-	2.316	100,00
Distrito Federal	358	58,21	40	6,50	217	35,28	-	-	615	100,00
Total C. Oeste	1.321	32,22	336	8,20	2.443	59,59	-	-	4.100	100,00
Total Geral	13.166	24,53	4.367	8,14	36.070	67,20	72	0,13	53.675	100,00

Fonte: SIH/SUS

Nota:

Grupo 1: Marca passo (troca de gerador, epicárdico e intracavitário); Estudo eletrofisiológico (I e diag. e terapêutico)

Grupo 2: Pericardiectomia; Valvoplastia; Valvoplastia (pulmonar, aórtica e mitral); Cura cirurgica da PCA;

Grupo 3: Cirurg. de coron. com extracorp.; Implante de prótese valv.; Ventriculoseptoplastia; Coronarioplastia;

Aortoplastia de coarctação; Anastomose sist. pulm.; Cardop. Cong. C/ extracorp.

Grupo 4: Transplante e Retransplante do coração.

Tabela 6

Número e proporção de PAC/PC, Total e por Grupos de Complexidade 1, 2, 3 e 4 em relação ao Total, por estados e regiões, Brasil, 1999

Estados/Regiões	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Grupo 4		PAC/PC	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Acre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Amazonas	28	93,33	2	6,67	0	0,00	-	-	30	100,00
Para	140	24,82	35	6,21	389	68,97	-	-	564	100,00
Total Norte	168	28,28	37	6,23	389	65,49	-	-	594	100,00
Maranhão	26	11,26	31	13,42	174	75,32	-	-	231	100,00
Piauí	79	12,78	52	8,41	487	78,80	-	-	618	100,00
Ceara	277	14,14	136	6,94	1.537	78,46	9	0,46	1.959	100,00
Rio G. do Norte	170	22,08	72	9,35	528	68,57	-	-	770	100,00
Paraíba	133	30,43	24	5,49	280	64,07	-	-	437	100,00
Pernambuco	571	27,02	214	10,13	1.324	62,66	4	0,19	2.113	100,00
Alagoas	301	28,61	49	4,66	700	66,54	2	0,19	1.052	100,00
Sergipe	45	15,36	48	16,38	200	68,26	-	-	293	100,00
Bahia	538	40,06	208	15,49	597	44,45	-	-	1.343	100,00
Total Nordeste	2.140	24,27	834	9,46	5.827	66,10	15	0,17	8.816	100,00
Minas Gerais	1837	31,54	301	5,17	3.687	63,30	-	-	5.825	100,00
Espirito Santo	126	17,52	23	3,20	570	79,28	-	-	719	100,00
Rio de Janeiro	821	21,01	171	4,38	2.916	74,62	-	-	3.908	100,00
São Paulo	5140	21,62	1.414	5,95	17.167	72,20	57	0,24	23.778	100,00
Total Sudeste	7.924	23,15	1.909	5,58	24.340	71,11	57	0,17	34.230	100,00
Paraná	1.182	16,00	372	5,04	5.832	78,94	2	0,03	7.388	100,00
Santa Catarina	228	16,95	45	3,35	1.072	79,70	-	-	1.345	100,00
Rio G. do Sul	1.016	18,56	267	4,88	4.178	76,31	14	0,26	5.475	100,00
Total Sul	2.426	17,07	684	4,81	11.082	78,00	16	0,11	14.208	100,00
Mato G. do Sul	212	17,12	40	3,23	982	79,32	4	0,32	1.238	100,00
Mato Grosso	67	22,19	28	9,27	207	68,54	-	-	302	100,00
Goiás	579	25,70	204	9,05	1.468	65,16	2	0,09	2.253	100,00
Distrito Federal	578	60,65	43	4,51	332	34,84	-	-	953	100,00
Total C. Oeste	1.436	30,26	315	6,64	2.989	62,98	6	0,13	4.746	100,00
Total Geral	14.094	22,52	3.779	6,04	44.627	71,30	94	0,15	62.594	100,00

Fonte: SIH/SUS

Nota:

Grupo 1: Marca passo (troca de gerador, epicárdico e intracavitário); Estudo eletrofisiológico (I e diag. e terapêutico)

Grupo 2: Pericardiectomia; Valvoplastia; Valvoplastia (pulmonar, aórtica e mitral); Cura cirurgica da PCA;

Grupo 3: Cirurg. de coron. com extracorp.; Implante de prótese valv.; Ventriculoseptoplastia; Coronarioplastia;

Aortoplastia de coarctação; Anastomose sist. pulm.; Cardop. Cong. C/ extracorp.

Grupo 4: Transplante e Retransplante do coração.

A análise comparativa das Tabelas 4, 5 e 6 mostra modificações na frequência relativa de realização dos grupos de PAC/PC, que aparentemente não seguem um gradiente evolutivo linear ao longo dos três anos de estudo.

Entre 1993 e 1996, o peso relativo do G 1 de complexidade aumenta de cerca de quatro pontos percentuais, o inverso do que acontece nos G 2 e G 3. Os procedimentos do G 2 caem de 9,3% do total nacional, para 8,1% e os do G 3 caem de 70,3% para 67,2% do total.

No período de 1996 a 1999, observa-se uma queda do peso relativo do G 1, e mais uma vez, também do G 2. Esse último passando a representar apenas 6% do total de procedimentos de alta complexidade para patologias cardíacas no país.

O peso relativo dos procedimentos do G 3 volta a aumentar, passando a representar 71,3% do total de procedimentos de alta complexidade nacionalmente.

Observando-se a evolução do comportamento relativo dos grupos PAC/PC ao longo dos anos de estudo, nas regiões do país, percebe-se a ausência de uniformidade no comportamento entre as mesmas.

A região Norte caracteriza-se por realizar frequência importante de procedimentos dos Grupos 1 e 2, e apresentar baixo peso relativo de procedimentos do G 3. Esse comportamento é mais marcante no ano de 1996, onde os procedimentos do Grupo de complexidade 1 representaram 45% do total regional, e apenas 42,5% pertenceram ao G 3 (embora a diferença numérica seja reduzida, o dado deve ser percebido em relação às demais regiões, onde o peso relativo dos dois grupos de procedimentos em questão são bem diferentes, conforme Tabela 5).

Em 1999, porém, observa-se uma mudança no padrão de atendimentos da região, de acordo com a Tabela 6. A frequência relativa do G 1 cai para 28,3% do total e a do G 3 aumenta para 65,5%. Também em 1999, os procedimentos do G 2 reduzem seu peso relativo, caindo de cerca de 12% nos anos anteriores, para um pouco mais de 6%.

O Nordeste se caracteriza por apresentar em todo o período estudado as maiores frequências relativas de procedimentos do G 2 de complexidade, embora em 1999 se tenha observado queda considerável da importância relativa deste grupo, que cai de uma média de 14% nos anos anteriores para 9,5% do seu total. Na região Nordeste a frequência relativa dos procedimentos do G 3 são inferiores a média nacional em todo o

período estudado, embora sempre com médias superiores às regiões Norte e Centro-Oeste.

Destaca-se no Nordeste o crescimento da execução de procedimentos do G 4 de complexidade. Enquanto em 1993 nenhum procedimento deste grupo era realizado, em 1999 do seu total, 0,17% eram de transplantes e retransplantes do coração, sendo a região, ao lado do Sudeste, que proporcionalmente mais executou procedimentos deste grupo.

Quanto aos estados, observa-se na região Nordeste, que os mesmos não apresentam nenhuma uniformidade de comportamento. O estado do Maranhão apresenta um incremento significativo do peso relativo dos procedimentos do G 3, que passam de 52,3% do seu total em 1993, para 75,3% em 1999. O Ceará apresenta fenômeno semelhante. Pernambuco têm por característica apresentar ao longo do tempo um aumento relativo dos procedimentos do G 1, e peso relativo baixo do G 3 (tomando-se por parâmetro a média nacional), é no entanto, o estado em toda a região que mais executou PAC/PC em todo o período estudado. Alagoas apresentou no período muito baixo peso relativo de procedimentos do G 2, sempre uma das mais baixas frequências relativas do Grupo no país. Já a Bahia chama atenção por sua excessiva concentração de procedimentos pertencentes ao G 1 de complexidade, entre 35 e 40% no período estudado.

Quanto aos estados do Sudeste, destaca-se o do Espírito Santo, por apresentar em todo o período muito baixa execução relativa de procedimentos dos G 1 e G 2 e uma das mais elevadas frequências de procedimentos do G 3, e o estado de Minas Gerais, por ter sido na região aquele com maior frequência relativa de procedimentos do G 1 de complexidade, e mais baixa do G 3.

No Sul do país encontra-se o padrão mais definido de Grupos de PAC/PC realizados, embora o estado de Santa Catarina só apresenta este padrão em 1999, pois nos anos anteriores apresentava uma concentração de procedimentos no G 1 superior, e no G 3 inferior, à média regional.

No Centro-Oeste destacam-se dois estados, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal. O Mato Grosso do Sul apresenta comportamento mais semelhante ao das regiões Sudeste e Sul, com baixa concentração de procedimentos dos Grupos 1 e 2, e elevada concentração de procedimentos realizados do G 3. Já o Distrito Federal é

destaque na região, e mesmo em todo o país, por concentrar ao longo dos três anos de estudo os PAC/PC que realiza, no G 1, além de apresentar queda sistemática do peso relativo dos procedimentos pertencentes ao Grupo de complexidade 3, que passam de representar 53,6% do total estadual em 1993, para apenas 34,8% do seu total em 1999.

A Tabela 7 apresenta os dados referentes aos PAC/PC, por grupos de procedimentos 1, 2, 3 e 4, por ano, para o país, classificados em ordem decrescente de frequência para cada grupo, tendo por base o ano de 1999.

Observando-se os dados referentes ao Grupo 1 de complexidade, destaca-se como o procedimento mais executado no grupo, o procedimento “Marca passo intracavitário”, que em 1999 representava 15,8% do total de procedimentos realizados no Brasil, tendo mantido uma frequência com pouca variabilidade ao longo dos três anos de estudo. Este foi o terceiro procedimento mais executado em todos os anos estudados.

Entre os procedimentos do Grupo de complexidade 1, chama atenção a variabilidade apresentada pela frequência do procedimento “Estudo eletrofisiológico diagnóstico e terapêutico”, que não era realizado em 1993 e passa a representar 2,24% do total nacional já em 1999. O procedimento “Estudo eletrofisiológico I” teve também um comportamento singular ao longo dos anos estudados. Foi pouco executado em 1993, passa a ser mais executado em 1996, e volta a cair relativamente em 1999.

No Grupo 2 de procedimentos, destaca-se o fato de todos os procedimentos serem executados em baixo número e frequência. No grupo destaca-se a “Valvoplastia” como o mais frequentemente realizado. O mesmo, porém, vem caindo ao longo do tempo, pois representava 4,7% do total de procedimentos do país em 1993, e passa a representar 2,6% do total em 1999. Este padrão de comportamento é compatível com os dados anteriormente apresentados por estados e regiões.

No Grupo 3, por outro lado, encontra-se o procedimento mais frequentemente executado no país: a “Cirurgia coronária com uso de extra-corpórea”, que permanece em torno de 25% em todo o período estudado. Chama atenção ainda, a “Coronarioplastia” que passa de cerca de 19% nos anos de 1993 e 1996 para um pouco mais de 22% em 1999.

No Grupo 4, de Transplante e Retransplante do coração, encontram-se, como esperado, as mais baixas frequências de procedimentos realizados. Destaca-se, porém, o

importante crescimento apresentado ao longo dos três anos estudados: enquanto em 1993 apenas 11 “Transplante de coração” foram realizados, em 1999 os mesmos foram realizados 88 vezes, e os “Retransplantes de coração” que não eram executados em 1993, passam a ser realizados já em 1996.

Tabela 7

Número e proporção de PAC/PC por Grupos de Procedimentos em relação ao Total, Brasil, 1993, 1996 e 1999

Procedimentos	1993		1996		1999	
	N°	%	N°	%	N°	%
Marca passo intracavitário	8.014	16,16	9.073	16,90	9.900	15,82
Marca passo - troca de gerador	1.634	3,29	2.395	4,46	2.560	4,09
Estudo eletrofisiológico diag. e terapêutico	0	0,00	508	0,95	1.401	2,24
Marca passo epicárdico	455	0,92	199	0,37	133	0,21
Estudo eletrofisiológico I	1	0,00	394	0,73	100	0,16
Total Grupo 1	10.104	20,37	12.569	23,42	14.094	22,52
Valvoplastia	2.334	4,71	1.994	3,71	1.615	2,58
Cura cirurgica da PCA	818	1,65	723	1,35	766	1,22
Valvoplastia mitral	619	1,25	974	1,81	750	1,20
Valvoplastia pulmonar	344	0,69	377	0,70	349	0,56
Pericardiectomia	327	0,66	242	0,45	200	0,32
Valvoplastia aórtica	61	0,12	40	0,07	52	0,08
Valvotomia sem uso de extra-corpórea	32	0,06	17	0,03	47	0,08
Total Grupo 2	4.535	9,14	4.367	8,14	3.779	6,04
Cirurgia coronária c/ extra-corpórea	12.737	25,68	13.680	25,49	16.060	25,66
Coronarioplastia	9.776	19,71	10.281	19,15	14.001	22,37
Implante de prótese valvular	7.590	15,30	7.571	14,11	8.824	14,10
Correção de cardiopatia congênita c/ extra-corpórea	4.279	8,63	4.439	8,27	4.927	7,87
Anastomose sistêmico pulmonar	474	0,96	597	1,11	622	0,99
Aortoplastia de coarctação	95	0,19	96	0,18	150	0,24
Ventriculoseptoplastia pós infarto	0	0,00	3	0,01	43	0,07
Total Grupo 3	34.951	70,46	36.667	68,31	44.627	71,30
Transplante de coração	11	0,02	65	0,12	88	0,14
Retransplante de coração	0	0,00	7	0,01	6	0,01
Total Grupo 4	11	0,02	72	0,13	94	0,15
Total Geral	49.601	100,00	53.675	100,00	62.594	100,0

Fonte: SIH/SUS

Na Tabela 8 descreve-se o número e proporção de municípios que realizaram PAC/PC por portes populacionais, para os anos de 1993, 1996 e 1999.

Conforme já descrito, houve uma redução do número de municípios do país que realizaram algum tipo de PAC/PC entre os anos de 1993 e 1999.

Quando se observa a divisão dos municípios que realizam PAC/PC por porte populacional, destaca-se a concentração de número de municípios de porte 3 e 4, ou seja, entre 100.000 e 500.000 habitantes.

Em 1993 encontrava-se uma concentração importante no número de municípios de porte populacional 2, sendo este o porte onde houve a maior redução do número de municípios realizando PAC/PC ao longo do período de estudo (de 81,8%). Há também uma redução de 50% no número de municípios de porte 1, entre 1993 e 1999.

Em 1993, dos 111 municípios, 84 tinham porte populacional entre 2 e 4, dos quais 74 encontravam-se no Sudeste e Sul do país. Nos anos seguintes a concentração de municípios passa a ser nos portes 3 e 4, sempre nas regiões Sudeste e Sul.

Na região Sul houve uma grande redução no número de municípios dos portes populacionais 2 e 3, e entre 1993 e 1996.

A região Nordeste também apresenta mudança no total de municípios que realizam PAC/PC pertencentes ao porte populacional 3, que eram 4 em 1993, passam a zero em 1996 e a apenas um, em 1999.

No Nordeste há uma nítida concentração de municípios de porte populacional elevado, ou seja, portes 5 e 6, característica que se repete no Norte, onde os dois únicos municípios que realizaram PAC/PC em 1996 e 1999 pertenciam ao porte populacional 6.

Salienta-se que os dois únicos municípios de porte populacional 7 localizam-se no Sudeste (Rio de Janeiro e São Paulo), que são os únicos deste porte em todo o país.

Tabela 8
Número de municípios que realizam PAC/PC por portes populacionais e regiões
Brasil, 1993, 1996 e 1999

Portes Populacionais (por mil habitantes)	Norte			Nordeste			Sudeste			Sul			Centro-Oeste			BRASIL		
	1993	1996	1999	1993	1996	1999	1993	1996	1999	1993	1996	1999	1993	1996	1999	1993	1996	1999
1 - < 50	-	-	-	1	-	-	3	1	1	3	2	1	-	-	-	7	3	2
2 - >= 50 a < 100	-	-	-	1	-	-	13	3	3	8	1	1	-	-	-	22	4	4
3 - >= 100 a < 250	1	-	-	4	-	1	16	17	16	12	7	6	1	1	1	34	25	24
4 - >= 250 a < 500	-	-	-	2	2	2	18	19	18	7	7	7	1	1	1	28	29	28
5 - >= 500 a < 1.000	-	-	-	5	5	5	2	2	3	-	-	-	2	1	1	9	8	9
6 - >= 1.000 a < 2.500	2	2	2	3	3	3	1	1	1	2	2	2	1	2	2	9	10	10
7 - >= 2.500	-	-	-	-	-	-	2	2	2	-	-	-	-	-	-	2	2	2
TOTAL	3	2	2	16	10	11	55	45	44	32	19	17	5	5	5	111	81	79

Fonte: SIH/SUS e FIBGE

Nas Tabelas 9, 10 e 11 encontram-se os dados referentes à distribuição dos municípios e dos PAC/PC por classes de IDH baixo, médio e elevado, por regiões do país, nos anos de 1993, 1996 e 1999.

Ao se observar o número de municípios por classe de IDH, verifica-se que há uma concentração dos mesmos na classe de IDH médio, em todo o período, porém significativamente superior em 1993, quando dos 111 municípios do país que realizaram algum PAC/PC, 67, ou seja, 60,4% tinham Índice de Desenvolvimento Humano médio. Em 1996 o número dos municípios de IDH médio cai, porém mantêm seu peso relativo em torno de 60%, com discreta redução em 1999 (57%).

Os municípios de IDH elevado vêm a seguir em frequência, representado em 1993, 26,1% do total de municípios que realizaram algum tipo de PAC/PC, passando a representar 32,1% em 1996 e 35,4% em 1999, além disso, foi a classe de IDH onde houve a menor redução no número de municípios que realizaram algum tipo de PAC/PC no período estudado.

Nos municípios de IDH baixo, houve aumento absoluto e relativo dos procedimentos realizados nos mesmos, que passam de 1.317 procedimentos em 1993 para 2.774 em 1999, e de representarem 2,7% do total em 1993 para representarem 4,4% em 1999, embora tenha havido uma redução entre 1993 e 1996, provavelmente pela maior dificuldade de adequação as normatizações.

Os municípios que realizaram PAC/PC nos anos estudados que pertenciam à classe de IDH médio, concentraram-se em todo período nas regiões Sul e Sudeste, em particular nesta última, o que não surpreendente em função de ser a região mais representada em número de municípios que realizam PAC/PC.

Os municípios com IDH elevado também se concentram nas regiões Sul e Sudeste, a exceção de um município localizado na região Centro-Oeste.

Quanto à classe de IDH baixo, observa-se que é a menos representada em número de municípios aptos a realizarem PAC/PC no período de estudo. Observa-se ainda que os mesmos concentram-se na região Nordeste, a exceção do ano de 1996, onde dos 6 municípios desta classe, 2 estão no Nordeste, 2 no Sudeste e 2 no Sul do país.

Tabela 9

Número e Proporção de Municípios e de PAC/PC por Classe de IDH e por Regiões, Brasil, 1993

Regiões	Classe de IDH												Total			
	Baixo				Médio				Elevado							
	Municípios		PAC/PC		Municípios		PAC/PC		Municípios		PAC/PC		Municípios		PAC/PC	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Norte	0	-	-	-	3	2,70	316	0,64	0	-	-	-	3	2,70	316	0,64
Nordeste	8	7,21	683	1,38	8	7,21	5.396	10,88	0	-	-	-	16	14,41	6.079	12,26
Sudeste	5	4,50	319	0,64	33	29,73	7.150	14,42	17	15,32	22.274	44,91	55	49,55	29.743	59,96
Sul	2	1,80	315	0,64	19	17,12	2.198	4,43	11	9,91	7.402	14,92	32	28,83	9.915	19,99
Centro -Oeste	0	-	-	-	4	3,60	2.748	5,54	1	0,90	800	1,61	5	4,50	3.548	7,15
BRASIL	15	13,51	1.317	2,66	67	60,36	17.808	35,90	29	26,13	30.476	61,44	111	100,00	49.601	100,00

Fonte: SIH/SUS e IPEA

Tabela 10

Número e Proporção de Municípios e de PAC/PC por Classe de IDH e por Regiões, Brasil, 1996

Regiões	Classe de IDH												Total			
	Baixo				Médio				Elevado							
	Municípios		PAC/PC		Municípios		PAC/PC		Municípios		PAC/PC		Municípios		PAC/PC	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Norte	-	-	-	-	2	2,47	391	0,73	-	-	-	-	2	2,47	391	0,73
Nordeste	2	2,47	672	1,25	8	9,88	6.549	12,20	-	-	-	-	10	12,35	7.221	13,45
Sudeste	2	2,47	149	0,28	26	32,10	7.016	13,07	17	20,99	2.3445	43,68	45	55,56	30.610	57,03
Sul	2	2,47	451	0,84	9	11,11	2.999	5,59	8	9,88	7.903	14,72	19	23,46	11.353	21,15
Centro -Oeste	-	-	-	-	4	4,94	3.485	6,49	1	1,23	615	1,15	5	6,17	4.100	7,64
BRASIL	6	7,41	1272	2,37	49	60,49	20.440	38,08	26	32,10	31.963	59,55	81	100,00	53.675	100,00

Fonte: SIH/SUS e IPEA

Tabela 11

Número e Proporção de Municípios e de PAC/PC por Classe de IDH e por Regiões, Brasil, 1999

Regiões	Classe de IDH												Total			
	Baixo				Médio				Elevado							
	Municípios		PAC/PC		Municípios		PAC/PC		Municípios		PAC/PC		Municípios		PAC/PC	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Norte	-	-	-	-	2	2,53	594	0,95	-	-	-	-	2	2,53	594	0,95
Nordeste	3	3,80	1.349	2,16	8	10,13	7.467	11,93	-	-	-	-	11	13,92	8.816	14,08
Sudeste	2	2,53	577	0,92	23	29,11	8.633	13,79	19	24,05	25.020	39,97	44	55,70	34.230	54,69
Sul	1	1,27	848	1,35	8	10,13	3.752	5,99	8	10,13	9.608	15,35	17	21,52	14.515	22,70
Centro -Oeste	-	-	-	-	4	5,06	3.793	6,06	1	1,27	953	1,52	5	6,33	4.746	7,58
BRASIL	6	7,59	2.774	4,43	45	56,96	24.239	38,72	28	35,44	35.581	56,84	79	100,00	62.594	100,00

Fonte: SIH/SUS e IPEA

Os dados apresentados na Tabela 12 dizem respeito à evolução da realização de PAC/PC no país, regiões e estados nos anos de 1993, 1996 e 1999, no que diz respeito a natureza do prestador. Observa-se no período uma modificação importante deste padrão.

Em 1993 para o Brasil como um todo, 69,1% do total de PAC/PC foram realizados na rede complementar. Na rede hospitalar universitária realizaram-se 26,7% dos PAC/PC naquele ano.

No ano de 1996, a rede hospitalar universitária passa a responder por 42,9% do total de PAC/PC realizados no país e a rede complementar por 56% do total.

Em 1999 a rede hospitalar universitária apresenta uma discreta redução na frequência relativa de PAC/PC realizados em relação a 1996, quando 42% do total de PAC/PC ocorrem nesta rede hospitalar. A rede complementar também apresenta redução relativa, passando a executar 55,8% do total de procedimentos.

Em 1993 a rede pública executava 4% do total de PAC/PC no país, caindo para 1% em 1996 e subindo um pouco para 1,9% em 1999, o que justifica a discreta queda relativa da execução de procedimentos de alta complexidade nas redes hospitalar universitária e complementar em 1999.

No Nordeste, em 1993, a rede complementar era responsável por mais de 70% dos PAC/PC realizados. No ano de 1996 a região Nordeste apresenta um novo perfil hospitalar executor de PAC/PC, observando-se um aumento em favor da rede hospitalar universitária, que passa de executar 17,9% para 40,5% dos PAC/PC executados na região, a custo da redução da execução de PAC/PC na rede complementar, que passa de 74% em 1993 para realizar 59% dos PAC/PC em 1996.

Em 1999 observa-se queda do percentual de PAC/PC realizados na rede universitária, e aumento relativo do papel da rede complementar privada como realizador de PAC/PC. Entre 1993 e 1999 a rede pública passa a não executar mais nenhum PAC/PC no Nordeste.

A região Sul apresenta um comportamento particular. A rede complementar era preponderantemente executora de PAC/PC em 1993, seguida da rede universitária, situação que se inverte em 1996 com predomínio da rede universitária.

Em 1999 observa-se um incremento discreto da execução de procedimentos na rede complementar, e redução proporcional de execução de procedimentos na rede

universitária, que, no entanto, continua a responder pela maioria dos PAC/PC executados no Sul.

A região Centro-Oeste foi a região onde proporcionalmente a rede universitária mais cresceu, passando de realizar apenas 2,9% para 40,3% do total de PAC/PC em 1999. A rede hospitalar complementar que respondia pela quase totalidade dos PAC/PC realizados na região reduz significativamente seu peso relativo na produção de PAC/PC, embora seja ainda a principal rede executora de PAC/PC na região em 1999. No Centro-Oeste destaca-se também a rede pública que cai de 8,4% em 1993 do total de procedimentos realizados, para zero, já em 1996.

Quando se observam os dados por estado, percebe-se uma concentração de procedimentos de alta complexidade realizados na rede complementar.

A rede universitária destacou-se em todo o período nos estados da Bahia e no Rio Grande do Sul. Os estados do Rio Grande do Norte, Pernambuco, Rio de Janeiro e São Paulo também já tinham uma presença importante da rede universitária como executora de PAC/PC.

Os estados do Piauí, Alagoas, Sergipe, Santa Catarina, e Mato Grosso não realizaram nenhum PAC/PC na rede universitária em 1993, e a exceção do estado de Santa Catarina, continuam a não executar PAC/PC na rede universitária nos demais períodos estudados. Em Santa Catarina, no entanto, a rede universitária apresenta comportamento surpreendente, passando de não realizar procedimentos em 1993 e 1996, para responder por 77% dos mesmos no ano de 1999.

O estado do Pará chama atenção no período estudado por ser o único onde a rede pública destaca-se como executora de PAC/PC.

Tabela 12

**Proporções de PAC/PC por Natureza dos Hospitais por Estados e Regiões -
Brasil, 1993, 1996 E 1999**

Estados/Regiões	Natureza								
	Público			Complementar			Universitário		
	1993	1996	1999	1993	1996	1999	1993	1996	1999
Acre	100,00	-	-	-	-	-	-	-	-
Amazonas	-	-	-	84,21	97,70	33,33	15,79	2,30	66,67
Para	17,57	36,18	36,88	72,30	63,82	63,12	10,14	-	-
Total Norte	16,77	28,13	35,02	72,78	71,36	61,62	10,44	0,51	3,37
Maranhao	-	-	-	93,85	100,00	100,00	6,15	0,00	0,00
Piaui	-	-	-	100,00	100,00	100,00	-	-	-
Ceara	43,43	-	-	50,98	49,91	67,23	5,59	50,09	32,77
Rio G. do Norte	-	0,46	-	72,08	97,45	99,61	27,92	2,08	0,39
Paraiba	0,16	-	-	99,84	99,71	100,00	-	0,29	-
Pernambuco	0,58	-	-	68,51	55,44	50,88	30,92	44,56	49,12
Alagoas	-	-	-	100,00	100,00	100,00	-	-	-
Sergipe	0,00	0,39	-	100,00	99,61	100,00	-	-	-
Bahia	0,84	-	-	46,69	7,05	4,47	52,47	92,95	95,53
Total Nordeste	7,96	0,04	-	74,06	59,47	66,36	17,98	40,49	33,64
Minas Gerais	0,04	-	-	87,93	69,83	77,22	12,04	30,17	22,78
Espirito Santo	1,81	5,90	0,14	81,34	75,95	70,10	16,85	18,15	29,76
Rio de Janeiro	20,05	14,70	24,85	49,75	34,66	38,28	30,20	50,64	36,87
Sao Paulo	3,17	0,06	-	66,88	57,72	54,20	29,96	42,23	45,80
Total Sudeste	4,16	1,60	2,84	69,58	57,84	56,63	26,27	40,56	40,53
Parana	-	-	-	81,66	70,80	70,63	18,34	29,20	29,37
Santa Catarina	-	-	-	100,00	100,00	29,00	-	-	71,00
Rio G. do Sul	1,01	-	-	18,18	1,62	16,80	80,81	98,38	83,20
Total Sul	0,41	0,00	0,00	57,27	44,97	45,95	42,32	55,03	54,05
Mato G. do Sul	-	-	-	87,04	13,40	15,35	12,96	86,60	84,65
Mato Grosso	-	-	-	100,00	100,00	100,00	-	-	-
Goiias	-	-	-	99,89	98,36	95,21	0,11	1,64	4,79
Distrito Federal	37,25	-	-	61,25	12,52	20,46	1,50	87,48	79,54
Total C. Oeste	8,40	-	-	88,64	65,46	59,67	2,96	34,54	40,33
Total Geral	4,26	1,12	1,89	69,05	56,02	55,86	26,69	42,86	42,26

Fonte: SIH/SUS

A Tabela 13 apresenta os dados referentes aos 40 municípios que realizaram as maiores frequências de PAC/PC classificados em quartis.

Os dados encontrados mostram 80% de coincidência de municípios nos três anos estudados, embora muitos destes flutuem entre os quartis, a exceção dos que compõem o quarto quartil, onde o índice de coincidência é quase absoluto.

Verifica-se também que, em 1999 todos os municípios de porte populacional 6 aptos a realizarem PAC/PC se faziam presentes entre os 40 com maiores frequências de PAC/PC, e que foram tornando sua presença cada vez mais importante, pois em 1993 eram 9 os municípios de porte 6 e em 1996 já eram 10. O mesmo se aplica para os municípios de porte 7, ambos presentes entre os de maior execução de PAC/PC no país.

Quanto aos demais portes, vale destacar que um dos dois municípios que realizaram PAC/PC de porte 1 em 1999 encontravam-se entre os 40 com maiores frequências, ou seja, mesmo pequeno, o mesmo deve possuir um centro de importância e capacidade de produzir PAC/PC significativa.

O quarto quartil, o de maiores frequências de PAC/PC realizados, concentra municípios de grande porte populacional em todo o período.

Dentre os municípios de IDH elevado representados entre os 40 classificados, encontra-se uma concentração dos mesmos entre os que realizam as maiores frequências, pois dos 15 municípios de IDH elevado representados entre os 40 em 1993, 6 encontravam-se no quarto quartil e 9 encontravam-se nos terceiros e quarto quartil.

Em 1996 o quarto quartil concentra ainda mais municípios de maior porte, sendo seis de porte 6, os dois de porte 7 e dois de porte populacional 4, ambos localizados no estado de São Paulo, de IDH elevado. Chama-se atenção para o fato de um dos municípios da amostra de 1993, o de Goiânia, ter mudado de porte populacional em 1996, passando do porte 5 para o 6. Quanto ao perfil de IDH, o mesmo é semelhante ao de 1993.

Para o ano de 1999, também se mantém o quadro anterior. Destaca-se o fato de que, a exceção de um único município que compõe o quartil, os demais são os mesmos ao longo do tempo. Em 1993 fazia parte do quartil quatro o município de Nova Lima, substituído em 1996 pelo de Salvador e em 1999 por Fortaleza.

A exceção do município de Belém, todos os demais municípios de porte populacional 6 estão representados nos quartis três e quatro.

Quanto à composição regional, destaca-se claramente a presença predominante das regiões Sudeste e Sul, pois dos 10 municípios do quarto quartil em 1993, 6 são do Sudeste, 2 do Sul, um único do Nordeste (Recife) e um do Centro-Oeste (Goiânia). Nos dois anos subsequentes o Nordeste passa a ser representado por dois municípios: Recife e o de Salvador em 1996 e Recife e Fortaleza em 1999. Os demais se mantêm sem modificações.

Os dois municípios do estado de São Paulo, Ribeirão Preto e São José do Rio Preto, que sendo de médio porte populacional (porte 4), têm IDH elevado, fazem parte do grupo de municípios com as maiores frequências de PAC/PC realizados, e devem portanto concentrar serviços de referência nas suas áreas de abrangência.

Os demais quartis não apresentam um perfil característico, embora concentrem municípios de menor porte populacional e de IDH médio.

Vale destacar que, do total de 6 municípios com IDH baixo que realizavam PAC/PC em 1999 (ver Tabela 9), 4 encontravam-se representados entre os municípios com as 40 maiores frequências de PAC/PC realizados no ano, sendo esta a classe de IDH proporcionalmente mais representada na amostra nesse ano, o que não deixa de ser surpreendente. No entanto, vale destacar que 92% dos municípios de IDH elevado presentes entre os 40 com maiores frequências de PAC/PC, se repetiram nos três anos estudados, sugerindo uma maior capacidade dos mesmos em realizar número significativo de procedimentos.

O perfil por região dos municípios que executaram as quarenta maiores frequências de PAC/PC nos três anos de estudo mostra que em 1999, 7 municípios eram do Nordeste, 19 do Sudeste, 10 do Sul e 3 eram do Centro-Oeste, e um do Norte. Isso significa que, dos totais de municípios de cada região que realizam PAC/PC (ver Tabela), 63,6% de municípios do Nordeste, 43,2% de municípios do Sudeste, 58% do Sul, 60% do Centro-Oeste e 50% de municípios do Norte (onde apenas dois municípios realizam PAC/PC) estavam representados entre os 40 com maiores frequências de PAC/PC realizados.

Os dados mencionados evidenciam que é a região Sudeste a menos representada na amostra, pois a mesma era responsável por 55,7% do total de municípios que realizavam PAC/PC em 1999, ou seja, grande parte dos municípios da região realizam número mais reduzido de PAC/PC.

Tabela 13
Municípios que realizaram PAC/PC classificados segundo os 40 municípios que realizaram as maiores frequências de PAC/PC, por
Regiões, Porte populacional e IDH classificados em quartis, Brasil, 1993, 1996, 1999

Quartil	UF Municípios 1993	Reg.	Porte	IDH	Nº PAC	UF Municípios 1996	Reg.	Porte	IDH	Nº PAC	UF Municípios 1999	Reg.	Porte	IDH	Nº PAC
1	SP Franca	SE	3	E	184	SP Araraquara	SE	3	M	254	SP Botucatu	SE	3	M	342
	SP Sorocaba	SE	4	M	193	ES Vitória	SE	4	E	258	MG Contagem	SE	5	M	349
	MG Contagem	SE	4	M	193	SE Aracaju	NE	4	M	258	RJ Camp. Goytacazes	SE	4	B	358
	RJ Camp. Goytacazes	SE	4	B	201	PB João Pessoa	NE	5	M	259	ES Vitória	SE	4	E	384
	RS Passo Fundo	S	3	M	240	SC Florianópolis	S	4	E	269	SP Araraquara	SE	3	M	385
	ES Vila Velha	S	4	E	246	MG Uberaba	SE	3	M	270	PR Cascavel	S	3	M	390
	SP Presid. Prudente	SE	3	M	251	PA Belém	N	6	M	304	PR Ponta Grossa	S	4	M	424
	RS Pelotas	S	4	M	281	SP Sorocaba	SE	4	M	311	RJ Itaperuna	SE	2	M	479
	PA Belém	N	6	M	296	RS Passo Fundo	S	3	M	312	PR Maringá	S	4	M	480
	PR Campina G. Sul	S	1	B	314	SP Bauru	SE	4	E	318	MG Uberaba	SE	3	M	515
2	SP Santos	SE	4	E	315	SP Franca	SE	4	E	331	SP Campinas	SE	5	E	536
	MG Uberaba	SE	3	M	318	RJ Itaperuna	SE	2	M	344	SP Marília	SE	3	M	558
	SE Aracaju	NE	4	M	330	ES Vila Velha	SE	4	E	402	PA Belém	N	6	M	564
	PR Maringá	S	4	M	398	PR Campina G. Sul	S	1	B	422	RS Pelotas	S	4	M	573
	SP Campinas	SE	5	E	414	RN Natal	NE	5	M	432	CE Sobral	NE	3	B	585
	PB João Pessoa	NE	5	M	460	RS Pelotas	S	4	M	435	SP Sorocaba	SE	4	M	588
	RJ Itaperuna	SE	2	M	462	PR Maringá	S	4	M	439	PI Teresina	NE	5	B	618
	ES Vitória	SE	4	E	472	SP Campinas	SE	5	E	488	RS Passo Fundo	S	3	M	636
	SP Guarulhos	SE	5	M	478	PI Teresina	NE	5	B	585	SP Piracicaba	SE	4	E	657
	SP Piracicaba	SE	4	E	491	SP Marília	SE	3	M	601	MG Juiz de Fora	SE	4	E	701
3	PI Teresina	NE	5	B	525	DF Brasília	CO	6	E	615	SP Guarulhos	SE	6	M	719
	SP Marília	SE	3	M	571	SC São José	S	3	E	665	RN Natal	NE	5	M	770
	SC São José	S	3	E	578	MG Juiz de Fora	SE	4	E	670	PR Campina G. Sul	S	1	B	848
	MS Campo Grande	CO	5	M	702	SP Guarulhos	SE	5	M	802	SC São José	S	3	E	903
	AL Maceió	NE	5	M	744	AL Maceió	NE	5	M	810	DF Brasília	CO	6	E	953
	MG Juiz de Fora	SE	4	E	764	MS Campo Grande	CO	5	M	840	MS Campo Grande	CO	5	M	1048
	DF Brasília	CO	6	E	800	MG Nova Lima	SE	2	M	1.085	AL Maceió	NE	5	M	1052
	BA Salvador	NE	6	M	949	SP Piracicaba	SE	4	E	1.093	MG Nova Lima	SE	2	M	1054
	PR Londrina	S	4	M	1.050	CE Fortaleza	NE	6	M	1.124	PR Londrina	S	4	M	1134
	CE Fortaleza	NE	6	M	1.070	PR Londrina	S	4	M	1.336	BA Salvador	NE	6	M	1343
4	MG Nova Lima	SE	2	M	1.108	SP Ribeirão Preto	SE	4	E	1.422	CE Fortaleza	NE	6	M	1374
	PE Recife	NE	6	M	1.559	BA Salvador	NE	6	M	1.688	SP Ribeirão Preto	SE	4	E	1421
	SP São J. Rio Preto	SE	4	E	1.888	PE Recife	NE	6	M	1.755	SP São J. Rio Preto	SE	4	E	1476
	GO Goiânia	CO	5	M	1.901	SP São J. Rio Preto	SE	4	E	1.819	PE Recife	NE	6	M	2113
	SP Ribeirão Preto	SE	4	E	2.028	MG Belo Horizonte	SE	6	M	2.266	GO Goiânia	CO	6	M	2253
	RJ Rio de Janeiro	SE	7	E	2.116	GO Goiânia	CO	6	M	2.316	MG Belo Horizonte	SE	6	M	2301
	MG Belo Horizonte	SE	6	M	2.871	RJ Rio de Janeiro	SE	7	E	2.482	RJ Rio de Janeiro	SE	7	E	2766
	PR Curitiba	S	6	E	3.092	PR Curitiba	S	6	E	2.961	RS Porto Alegre	S	6	E	3906

RS Porto Alegre	S	6	E	3.473	RS Porto Alegre	S	6	E	3.820	PR Curitiba	S	6	E	3997
SP São Paulo	SE	7	E	12.859	SP São Paulo	SE	7	E	13.551	SP São Paulo	SE	7	E	15153

Fontes: SIH/SUS; IBGE e IPEA Nota: Porte = Porte populacional do município

Quando os municípios foram classificados segundo os que apresentaram os quarenta maiores pesos relativos dos PAC/PC, em relação ao total de procedimentos realizados pelos mesmos (Tabela 14), observa-se uma situação distinta da tabela anterior, no que diz respeito à composição dos quartis.

Neste caso, o índice de coincidência cai para 67,5% entre os três anos. Também difere da composição anterior os portes populacionais, pois na análise de frequência relativa ao total de procedimentos observa-se que os portes menores passam a ser relativamente mais representados que na análise por frequência absoluta.

Em 1993, apenas 4 municípios que se encontravam no quarto quartil com as maiores frequências de procedimentos, também apresentavam as maiores proporções de PAC/PC em relação ao total de procedimentos que produziram. Este número de municípios cai para 3 em 1996, e para 2 em 1999.

Quanto à composição regional, destaca-se a evolução da mesma ao longo dos três anos de estudo.

Em 1993, 25% dos municípios do Nordeste que realizaram algum tipo de PAC/PC compunham o grupo das quarenta maiores pesos relativos, 45,5% dos municípios do Sudeste, 25% do Sul e 60% do Centro-Oeste.

Em 1999 dos 11 municípios do Nordeste que executaram algum tipo de PAC/PC, 36% encontravam-se entre os quarenta com maiores frequências relativas, 45,5% do Sudeste, 70,6% do Sul e os mesmos 60% do Centro-Oeste.

A região Centro-Oeste se mantém nos mesmos patamares, tanto de municípios que realizam algum PAC/PC, como na representação entre os que têm maiores pesos relativos destes procedimentos na sua rede.

A região Norte não se faz representar na amostra, sugerindo fortemente a escassez de serviços aptos a realizarem PAC/PC.

O Nordeste se encontra em uma situação intermediária. Embora possua um número menor de municípios com capacidade de executarem PAC/PC que o Sudeste e Sul, quando têm esta capacidade, têm em quantidade significativa, e com pesos importantes dentro de sua composição de atendimento.

Ainda quanto à composição municipal, destacam-se os municípios do Rio de Janeiro, que em 1999 deixa de se fazer representar entre os quarenta municípios com maiores frequências relativas, e o do Recife, que migra do 2º quartil para o primeiro entre 1993 e 1996.

Tabela 14
Municípios que realizaram PAC/PC classificados segundo os 40 municípios que realizaram as maiores proporções de PAC/PC, por
Regiões, Porte populacional e IDH classificados em quartis, Brasil, 1993, 1996, 1999

Quartil	UF Munic. 1993	Reg.	Porte	IDH	% PAC/PC	UF Munic. 1996	Reg.	Porte	IDH	% PAC/PC	UF Munic. 1999	Reg.	Porte	IDH	% PAC/PC
1	BA Salvador	NE	6	M	0,44	RJ Rio de Janeiro	SE	7	E	0,65	SC Florianópolis	S	4	E	0,92
	CE Fortaleza	NE	6	M	0,44	PI Teresina	NE	5	B	0,69	PE Recife	NE	6	M	0,96
	SP Bauru	SE	4	E	0,45	SP São J. Campos	SE	4	E	0,70	MG Uberlândia	SE	4	M	0,97
	PR Cascavel	S	3	M	0,46	SP Campinas	SE	5	E	0,71	RJ Camp.Goytacazes	SE	4	B	0,99
	RJ Rio de Janeiro	SE	7	E	0,46	RN Natal	NE	5	M	0,71	SP Sorocaba	SE	4	M	1,07
	MG Contagem	SE	4	M	0,49	SP Bauru	SE	4	E	0,74	AL Maceió	NE	5	M	1,07
	SP Barretos	SE	2	M	0,50	AL Maceió	NE	5	M	0,74	MS Dourados	CO	3	M	1,22
	SP Campinas	SE	5	E	0,50	SP Botucatu	SE	3	M	0,76	RN Natal	NE	5	M	1,22
	SP Franca	SE	3	E	0,51	MS Dourados	CO	3	M	0,79	SP Guarulhos	SE	6	M	1,22
	AL Maceió	NE	5	M	0,52	PE Recife	NE	6	M	0,81	MG Contagem	SE	5	M	1,36
2	SP São J. Campos	SE	4	E	0,53	PR Ponta Grossa	S	4	M	0,83	PR Cascavel	S	3	M	1,38
	DF Brasília	CO	6	E	0,57	MG Contagem	SE	4	M	0,83	PR Ponta Grossa	S	4	M	1,50
	PE Recife	NE	6	M	0,64	PR Cascavel	S	3	M	0,83	GO Goiânia	CO	6	M	1,54
	SP Santos	SE	4	E	0,68	MG Uberlândia	SE	4	M	0,86	MG Juiz de Fora	SE	4	E	1,54
	SP Botucatu	SE	2	M	0,70	MG Belo Horizonte	SE	6	M	0,87	RS Caxias do Sul	S	4	E	1,56
	RS Pelotas	S	4	M	0,71	BA Salvador	NE	6	M	0,87	RS Pelotas	S	4	M	1,58
	SP Presid. Prudente	SE	3	M	0,73	SC Florianópolis	S	4	E	0,98	SP Franca	SE	4	E	1,69
	ES Vitória	SE	4	E	0,79	MG Uberaba	SE	3	M	1,13	PR Pato Branco	S	2	M	1,70
	MG Belo Horizonte	SE	6	M	0,89	SP Franca	SE	4	E	1,15	SP Botucatu	SE	3	M	1,73
	SP Taubaté	SE	3	E	0,89	MG Juiz de Fora	SE	4	E	1,17	SP Araraquara	SE	3	M	1,98
3	MG Uberaba	SE	3	M	0,89	SP Araraquara	SE	3	M	1,18	MG Divinópolis	SE	3	M	2,06
	SP Guarulhos	SE	5	M	0,92	RS Pelotas	S	4	M	1,26	MG Uberaba	SE	3	M	2,07
	RS Passo Fundo	S	3	M	0,92	RS Passo Fundo	S	3	M	1,41	CE Sobral	NE	3	B	2,14
	GO Goiânia	CO	5	M	1,08	SP Guarulhos	SE	5	M	1,43	RS Porto Alegre	S	6	E	2,20
	MG Juiz de Fora	SE	4	E	1,10	MS Campo Grande	CO	5	M	1,74	MS Campo Grande	CO	5	M	2,22
	PR Maringá	S	4	M	1,13	GO Goiânia	CO	6	M	1,76	PR Londrina	S	4	M	2,31
	SP Marília	SE	3	M	1,39	PR Curitiba	S	6	E	1,94	PR Curitiba	S	6	E	2,31
	MS Campo Grande	CO	5	M	1,45	RS Porto Alegre	S	6	E	2,01	ES Vila Velha	SE	4	E	2,34
	RS Porto Alegre	S	6	E	1,50	PR Maringá	S	4	M	2,03	SP Ribeirão Preto	SE	4	E	2,43
	RJ Itaperuna	SE	2	M	1,63	SP Marília	SE	3	M	2,05	PR Maringá	S	4	M	2,47
4	PR Curitiba	S	6	E	1,72	RJ Itaperuna	SE	2	M	2,17	SP Marília	SE	3	M	2,52
	SP Piracicaba	SE	4	E	1,90	SP São Paulo	SE	7	E	2,50	RJ Cabo Frio	SE	3	M	2,68
	ES Vila Velha	SE	4	E	1,90	SP Ribeirão Preto	SE	4	E	2,54	RS Passo Fundo	S	3	M	2,69
	SP São Paulo	SE	7	E	2,00	SC São José	S	3	E	2,62	SP São Paulo	SE	7	E	2,90
	PR Londrina	SE	4	M	2,36	ES Vila Velha	SE	4	E	2,76	SP São J. Rio Preto	SE	4	E	3,18
	PR Campina G. Sul	S	1	B	2,54	PR Londrina	S	4	M	3,11	SP Piracicaba	SE	4	E	3,35
	SP São J. Rio Preto	SE	4	E	2,78	PR Campina G. Sul	S	1	B	3,37	SC São José	S	3	E	3,35
	SP Ribeirão Preto	SE	4	E	3,13	SP São J. Rio Preto	SE	4	E	3,53	RJ Itaperuna	SE	2	M	4,12

SC São José	S	3	E	3,81	SP Piracicaba	SE	4	E	5,57	PR Campina G. Sul	S	1	B	5,31
MG Nova Lima	SE	2	M	11,55	MG Nova Lima	SE	2	M	17,26	MG Nova Lima	SE	2	M	18,60

Fontes: SIH/SUS; IBGE e IPEA

Nota: Porte = Porte populacional do município

6. DISCUSSÃO

A análise dos dados dos resultados anteriormente apresentados acerca da distribuição, frequência e características dos PAC/PC, nos permite tecer algumas considerações de grande importância.

Em primeiro lugar, a redução no número de procedimentos totais realizados. Essa redução foi consequência dos efeitos da Portaria nº 015 da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde de 02 de março de 1995 que estabelece no seu Artigo 2º: “Os quantitativos de Autorizações de Internação Hospitalar – AIH’s serão encaminhados mensalmente pela SAS a cada Estado obedecendo aos seguintes parâmetros de cobertura populacional aplicados sobre projeção do IBGE atualizada para 1995: a) para os Estados cujas séries históricas de internações não ultrapassaram 9% (...) será mantido o parâmetro observado; b) para os Estados (...) ultrapassaram 9% (...) serão progressivamente adotados limites mensais de: 0,8 (...); 0,775 (...) e 0,75; c) para os Estados que receberam excedentes de AIH’s em relação ao programado para 1994 serão debitados mensalmente até 10% (...) do quantitativo a ser enviado” (Brasil, 1995).

A limitação imposta pelo Ministério da Saúde através dessa Portaria, repercutiu na redução do total de procedimentos realizados entre 1993 e 1999, tendo provavelmente incidido prioritariamente sobre as internações mais supérfluas ou evitáveis do que sobre as internações mais necessárias ou complexas, ou poderia se supor ainda, sobre as de menor custo do que sobre as de alto custo.

No bojo das limitações impostas observou-se que os PAC/PC aumentaram tanto absoluta como relativamente, ou seja, os PAC/PC, procedimentos que necessitam de insumos tecnológicos e humanos importantes, não foram influenciados negativamente em sua frequência pela referida Portaria.

Chama a atenção ainda no estudo efetuado, a redução do número de municípios realizando PAC/PC entre 1993 e 1999, que não ocorreu uniformemente nem no tempo nem no espaço, tendo sido a mesma mais acentuada entre 1993 e 1996 e na região Sul, conforme Tabela 2.

O peso relativo das regiões quanto à representação de municípios no estudo é bastante diferente, destacando-se sempre o maior quantitativo de municípios e procedimentos realizados nas regiões Sudeste e Sul do país.

Segundo dados do FIBGE (Divisão, 1997) ver referência do anuário), em média no período 1993/1999, o Sudeste possuía cerca de 30% do total de municípios no país, o Nordeste cerca de 33%, o Sul 21%, enquanto as regiões Norte e a Centro-Oeste representavam cerca de 8% cada uma. Ou seja, a região Sudeste, responsável por cerca de 50% dos municípios que realizaram PAC/PC no período está super-representada no universo estudado, a região Sul mantém-se numa média próxima a seu peso relativo de municípios no país, pois nela se localizam em torno de 20% dos municípios que realizam PAC/PC, enquanto as demais, estão sub-representadas dentro do universo de estudo, em particular a região Nordeste.

Chama atenção ainda na Tabela 2, o fato, de que apenas nas regiões Sudeste e Sul os estados apresentaram um número significativo de municípios que realizaram PAC/PC. Nas demais regiões, a exceção dos estados do Ceará, Paraíba e Mato Grosso do Sul, apenas um município de cada estado realizou tais procedimentos, o que faz com que, embora tendo apresentado redução importante no número de municípios que realizavam PAC/PC, as regiões Sul e Sudeste, as mais desenvolvidas do país, continuem a se destacar garantindo maior acesso da população a PAC/PC, em termos de distribuição espacial.

A redução do número de municípios que realizaram PAC/PC no período deveu-se provavelmente a Portaria da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde de número 66, de 06 de maio de 1993 (Brasil, 1993b).

A referida portaria estabelece normas tais de credenciamento para hospitais e serviços de saúde que realizam PAC/PC, que apenas os serviços que preencham uma série de requisitos, tanto relativos a sua estrutura de recursos tecnológicos e de capacidade mínima de realização de cirurgias, quanto em relação a recursos humanos, sejam considerados aptos a realizarem PAC/PC.

Os serviços e hospitais podem ser credenciados como: Centro de Referência I, Centro de Referência II e Centros Credenciados Exclusivamente para Implante de Marcapasso Cardíaco Definitivo.

Os Centros de Referência I devem cumprir o maior e mais rigoroso número de normas, tais como realizar no mínimo 20 (vinte) cirurgias cardíacas mensalmente, excluindo implante de marcapasso, possuir infraestrutura de apoio diagnóstico adequado, laboratório de hemodinâmica que realize no mínimo 60 exames diagnósticos

por mês, dispor de recursos humanos altamente qualificados e em quantidade adequada, além de possuir centros de treinamento e dar cobertura a uma população mínima de 500.000 habitantes.

Os Centros de Referência II, menos complexos que os anteriores, devem realizar no mínimo 10 cirurgias mensais, excetuando-se implante de marcapasso, também devem possuir serviços de apoio diagnóstico e laboratório de hemodinâmica e recursos humanos adequados e devem assistir uma população mínima de 100.000 habitantes.

Os Centros Credenciados Exclusivamente para Implante de Marcapasso Cardíaco Definitivo por sua vez, devem localizar-se em áreas que não possuam Centros de Referência para cirurgias cardíacas (Brasil, 1993b).

Em função dessa Portaria, é válido supor, que a significativa redução do número de municípios (de 111 em 1993 para 79 em 1999), acompanhada do aumento importante do número total de PAC/PC realizados no mesmo período, como mostra a Tabela 1, ocorreu provavelmente por exclusão daqueles municípios que realizavam número insignificante de PAC/PC, e que não se mostraram aptos a cumprir as exigências legais impostas na referida Portaria Ministerial, ou seja, municípios com serviços sem capacidade resolutiva, e cujo fechamento não causou impacto, ao menos quantitativo, na atenção de alta complexidade prestada à população.

Destaca-se a redução mais acentuada no número de municípios entre 1993 e 1996, devido provavelmente ao efeito mais imediato da Portaria da SAS/MS acima referida.

Paradoxalmente, se de um lado a redução do número de municípios aparentemente significou um retrocesso do ponto de vista de uma política descentralizadora, na realidade representou avanço em relação a um aspecto: garantir que apenas serviços realmente capacitados realizem PAC/PC.

No entanto, a redução do número de municípios em todo o período estudado evidencia também a ausência de uma política nacional de incentivo a criação de novos serviços, ou de capacitação daqueles em que já se realizavam algum PAC/PC. Fundamentalmente, evidencia a falta de uma política mais equânime, de incentivo a uma maior distribuição espacial dentro do território nacional de serviços habilitados a realizarem PAC/PC, e criação de novos pólos tecnológicos em saúde, principalmente

naqueles estados de razoável extensão geográfica, onde apenas um município preencheu os critérios normatizados.

É importante ressaltar que o Ministério da Saúde, na Portaria N° 3.409/GM, de 05 de agosto de 1998, que institui a Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade (CNCPHAC), para tratamento de pacientes que requerem assistência de alta complexidade não ofertados, ou insuficientemente ofertados, em seu município de origem, afirma nos seus considerandos que: “nem sempre é desejável a expansão numérica dos serviços de alta complexidade” quando se busca a qualidade (Brasil, 1998a).

A argumentação do Ministério da Saúde é correta, pois não existem justificativas para uma ampliação desordenada de serviços aptos a realizar PAC/PC. Entretanto, cabe ao Ministério, como gestor da política de saúde no país, e tendo por base para tal, os princípios e diretrizes do SUS, dos quais destacamos a equidade e a descentralização, promover política distributiva, desconcentrando também em outras regiões a oferta de serviços de alta complexidade cardiológica.

É importante ressaltar mais uma vez que, mesmo tendo ocorrido redução no número de municípios que realizavam PAC/PC ao longo dos anos em estudo, não se observou em nenhuma região queda no número de procedimentos realizados.

Na realidade, houve um incremento na realização de PAC/PC em todas as regiões, embora como mostrado na Tabela 3, de forma não uniforme.

A região Nordeste foi a que apresentou o maior incremento proporcional de PAC/PC, seguida da região Sul, justamente a região onde ocorreu a maior redução no número de municípios que realizaram PAC/PC no período estudado.

Portanto, os dados apresentados tornam plausível a hipótese de que, foram serviços sem capacidade resolutive, com reduzido peso quantitativo de procedimentos realizados os que não se adaptaram aos requisitos preconizados na Portaria Ministerial de N° 66.

Ao se analisarem os dados referentes à realização de PAC/PC por Grupos de Complexidade 1, 2, 3 e 4, alguns pontos merecem destaque: como por exemplo o aumento relativo de procedimentos realizados do G 1 entre 1993 e 1996, e a liderança permanente de PAC/PC pertencentes ao G 3 de complexidade.

Como o G 1 de complexidade concentra os procedimentos relativos à colocação de marca-passos e estudos eletrofisiológicos, é possível que o crescimento da frequência relativa deste grupo em 1996 tenha se dado por uma maior facilidade dos serviços se adaptarem mais às exigências contidas na Portaria da SAS/MS de nº 66, de maio de 1993 (Brasil, 1993b) em relação a habilitação dos Centros Credenciados Exclusivamente para Implante de Marcapasso Cardíacos Definitivos, do que às exigências feitas para credenciamento aos demais serviços.

Quanto à liderança permanente do G 3, algumas hipóteses podem ser aventadas no sentido de explicá-la. É o G 3 o que concentra procedimentos de maior complexidade (excetuando-se os transplantes cardíacos), é portanto também o grupo que concentra procedimentos mais bem remunerados, além de mais adequados ao perfil epidemiológico nacional, onde se concentram as doenças isquêmicas do coração.

Duas tendências se destacam no período, a tendência a redução do peso relativo dos procedimentos do Grupo de complexidade 2, que concentra as valvoplastias, e o crescimento dos procedimentos do G 4, o de transplantes e retransplantes, que foi o que mais se destacou em todo o período, comportamento provavelmente mais influenciado por desenvolvimento e superação de técnicas cirúrgicas do que por mudanças significativas de padrões epidemiológicos.

O Grupo 4, que foi executado apenas 11 vezes em 1993, passou a ser executado 94 vezes em 1999. Este aumento sugere fortemente um aumento da complexidade da rede, ou seja, maiores condições tecnológicas, além de uma política nacional de incentivo à doação de órgãos e estruturação das Centrais de Transplantes nacionalmente.

Algumas particularidades regionais merecem ser postas em evidência, como a flutuação dos pesos relativos dos diferentes Grupos na região Norte, a alta frequência, em relação às demais regiões de PAC/PC do G 2 no Nordeste, ou o Sudeste que tem por sua vez, como marca característica, a discreta tendência a aumento relativo dos procedimentos do G 1 dentro do total regional e queda dos procedimentos do G 2 de complexidade.

A região Sul é a que mais se aproxima de um padrão de comportamento regional: baixa frequência relativa de procedimentos do G 1, muito baixa frequência

relativa de procedimentos do G 2, e os mais altos percentuais de procedimentos realizados pertencentes ao G 3 de complexidade do país.

Já a região Centro-Oeste é a que apresenta os maiores pesos relativos de procedimentos realizados pertencentes ao G 1 de complexidade, bem como os menores pesos relativos dos pertencentes ao G 3.

O comportamento apresentado pela região Norte provavelmente provém de uma menor capacidade tecnológica em 1993 e 1996, e melhoria da mesma em 1999, quando houve aumento importante da frequência relativa dos procedimentos do G 3 podendo ter sido ainda uma região que apresentou maiores dificuldades de adaptação a normatização ministerial.

Quanto aos estados da região Norte, observa-se que apenas o Pará executa número considerável de PAC/PC, portanto, o padrão de procedimentos realizados na região é na realidade reflexo do perfil de procedimentos executados por esse estado.

É plausível a hipótese de que a alta frequência de procedimentos do G 2 no Nordeste seja consequência de padrões epidemiológicos regionais, embora os dados de mortalidade para 1998, já descritos, não deixem vislumbrar nenhuma particularidade, por exemplo, quanto a frequência elevada de febre reumática. Entretanto, os dados disponíveis referem-se a óbito, não existindo estudos sobre morbidade, que daria provavelmente uma maior especificidade acerca das demandas potenciais para PAC/PC no Grupo 2 de complexidade.

É provável que o padrão de procedimentos realizados pelo Nordeste dependa essencialmente a um perfil próprio de rede, ou de profissionais de saúde aptos a realizarem os referidos procedimentos, a exemplo do que se observa em Pernambuco, Alagoas e Bahia.

Em Pernambuco o G 3 apresenta um peso relativo inferior à média nacional. Alagoas por sua vez se destaca pela frequência baixa (uma das menores do país) de procedimentos pertencentes ao G 2.

Já a Bahia chama atenção pelos percentuais elevados de PAC/PC pertencentes ao G 1 e ao G 2. Os procedimentos do Grupo 1 são apenas ligeiramente inferiores aos do G 3, em 1999, padrão só superado pelo Distrito Federal. O peso relativo dos PAC/PC pertencentes ao G 2 da Bahia são também o segundo do Brasil em 1999.

Como não se encontra explicação em indicadores de mortalidade que possa ser responsável pelos dados apresentados, é plausível a hipótese de que o perfil de profissionais existentes influencie os padrões de PAC/PC realizados nas regiões e particularmente nos estados, havendo uma tendência a formação de equipes altamente qualificadas a realizarem um dos Grupos de procedimentos analisados, em detrimento de outros Grupos, influenciando assim a conformação de rede.

O comportamento da região Sudeste foi semelhante ao ocorrido no país, e em grande parte dos estados. No Sudeste destacam-se Minas Gerais e São Paulo, que eram os únicos estados do país a realizarem procedimentos do G 4 em 1993.

O estado de São Paulo é ainda o que mais realiza PAC/PC em todo o território nacional, tendo provavelmente por este motivo, padrões de comportamento relativo dos sub-grupos, semelhante à média nacional, que na realidade é definido em grande parte por influência dos padrões daquele estado.

A região Sul é marcada desde o primeiro ano de estudo, por apresentar as menores proporções de PAC/PC pertencentes ao G 2, e as mais elevadas de PAC/PC do Grupo 3, provavelmente por particularidades da morbidade da região, ou perfil da sua rede de atenção.

Quanto ao Centro-Oeste, chama atenção a influencia do Distrito Federal para o comportamento regional apresentado.

Aí se observa uma frequência exacerbada de PAC/PC pertencentes ao G 2, totalmente diferente dos demais estados do país. Este fato mereceria um estudo mais detalhado para ser compreendido, pois aparentemente, nem situação epidemiológica nem perfil social do Distrito Federal justificam esta comportamento. Na realidade, possivelmente o mesmo é relacionado a um fenômeno muito particular da rede de atenção a PAC/PC do mesmo, provavelmente refletindo o perfil dos profissionais envolvidos.

Quando se observa o comportamento dos diferentes procedimentos de alta complexidade, por Grupos, ao longo do tempo (Tabela 7), salienta-se a tendência de aumento absoluto e relativo de procedimentos de alta tecnologia, como estudo eletrofisiológico diagnóstico e terapêutico, cirurgias com uso de extracorpórea, coronarioplastia, transplantes e retransplantes do coração, e que esta concentração prepondera nas regiões mais ricas do país, sugerindo um relação entre complexidade de

procedimentos e desenvolvimento sócio-econômico, dados corroborados pelos apresentados, e já discutidos, nas Tabelas 4, 5 e 6.

A Tabela 8 descreve o número e proporção de municípios que realizam PAC/PC por portes populacionais nos anos em estudo, chamando atenção para a redução tanto do número de municípios que realizavam PAC/PC no período estudado, fato já discutido anteriormente, como de que esta redução preponderou nos portes populacionais menores.

É importante salientar que esta redução se deu provavelmente em função da Portaria da SAS/MS nº 66 de maio de 1993, pois ao se observar em estudo complementar em detalhe os municípios que realizaram algum tipo de PAC/PC em cada ano de estudo, verifica-se que os de menor porte realizavam número reduzido do PAC/PC, provavelmente por apresentar menor complexidade de rede, não estando aptos a cumprirem as determinações ministeriais preconizadas.

Em 1993, por exemplo, dos 7 municípios de porte populacional 1, 6 realizaram menos de 10 PAC/PC em todo o ano, dos 22 municípios de porte populacional 2, 18 realizaram menos de 10 PAC/PC e 26 dos 34 municípios de porte populacional 3 realizaram menos de 100 PAC/PC naquele ano. Quanto aos municípios de maior porte, estes realizavam sempre um maior número de PAC/PC, pois apenas 9 municípios dos 46 pertencentes aos portes 4, 5 e 6 realizaram menos de 100 procedimentos por ano.

Quanto à composição dos municípios por portes e por regiões, observa-se que em todo o período existe uma concentração de municípios no Sudeste e Sul do país, e ainda que são nestas regiões onde se concentram municípios de pequeno e médio porte.

Os dados acima corroboram com dados já apresentados que apontam para uma maior desconcentração na realização de PAC/PC nas regiões Sudeste e Sul do país, e uma elevada concentração na realização destes procedimentos em grandes municípios dos estados nas regiões Norte e Nordeste, e mesmo no Centro-Oeste, onde dos 5 municípios envolvidos com a realização de procedimentos de alta complexidade, 3 pertenciam aos portes populacionais 5 e 6. Na realidade, nas regiões menos desenvolvidas observa-se o fenômeno de concentração de PAC/PC que são realizados nas capitais dos estados.

O acesso a PAC/PC na região Sudeste e no Sul, portanto, é certamente mais fácil que no Norte e Nordeste, sendo, portanto pertinente uma referência ao Ministério da

Saúde, a quem caberia o papel de redefinição de políticas onde o espaço fosse levado em conta para de criação de novos pólos de alta complexidade.

Diante do já exposto, gostaríamos de reforçar alguns aspectos considerados relevantes.

Primeiramente, a queda observada no total de procedimentos no período, que não se fez acompanhar de queda nos PAC/PC realizados. Ao contrário, os mesmos aumentaram de forma significativa ao longo do tempo, e também do espaço, pois se observa incremento de PAC/PC realizados em todas as regiões do país. Por fim, a importante queda no quantitativo de municípios que realizaram PAC/PC nos anos estudados.

Ora, como já salientado, houve uma regulamentação Ministerial, que causa impacto tanto sobre os quantitativos gerais de procedimentos, como sobre o quantitativo de municípios que realizavam PAC/PC, o que representa um cumprimento da sua atribuição dentro da concepção do Sistema Único de Saúde.

No entanto, este mesmo Estado não cumpre plenamente sua atribuição no sentido de desencadear políticas equânimes, pois como bem ressaltam Fassin (1997) e Requena (1997), é impossível pensar em equidade sem que o Estado cumpra seu papel de definidor de políticas públicas guiados por este princípio, e que na ausência do cumprimento desta prerrogativa, os recursos tendem a acompanhar a distribuição de renda (Vianna, 1989).

Esses dados são corroborados pela Tabela 8, que mostra a distribuição dos municípios por portes, e onde se percebe que nas regiões Sudeste e Sul, as mais ricas do país, encontram-se cidades de porte populacional pequeno e médio funcionando provavelmente como pólos setoriais, o que permite sem dúvida, uma maior facilidade de acesso aos serviços por parte da população.

Quando se analisam os municípios por seu perfil de desenvolvimento, no nosso estudo representado pelo Índice de Desenvolvimento Humano, percebe-se uma maior concentração de municípios de IDH médio, embora em 1991, 80% dos municípios brasileiros tinham IDH baixo, 18,3% IDH médio e apenas 1,7% tinham IDH elevado. Embora não seja demais destacar que, enquanto no país como um todo apenas 1,7% dos municípios têm IDH elevado, no nosso estudo entre 26% (1993) e 35% (1999) dentre aqueles que realizam PAC/PC, pertencem esta classe de IDH (Tabelas 9, 10 e 11).

Quando se analisam o número e proporções de procedimentos realizados por classe de IDH, observa-se que os mesmos se concentram nos municípios de IDH elevado, embora tenha se observado uma redução da frequência relativa dos procedimentos realizados nesta classe de IDH ao longo dos três anos estudados, passando de 61,4% em 1993 para 57% em 1999.

Mais uma vez chama atenção os municípios do Sudeste pertencentes a esta classe de IDH, que foram responsáveis por 44,9% do total de procedimentos em 1993 e 40% do total nacional em 1999.

Observa-se um discreto aumento do peso relativo dos procedimentos realizados em municípios de IDH médio no período estudado, influenciado pelo perfil dos municípios onde houve incremento de PAC/PC.

Como afirma Whitehead (1992), a equidade é um conceito que envolve concepções éticas e de justiça distributiva, e que só pode ser plenamente alcançado mediante políticas públicas redistributivas, como, aliás, preconiza o texto constitucional brasileiro de 1988, quando diz explicitamente: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

Autores como Bouèsseau (1997) afirmam que políticas equânimes são fundamentais no processo de consolidação de Estados democráticos, devendo para tanto ser encarada como uma política abrangente e totalizadora.

Vianna (1989), salienta que a desigualdade de acesso assume proporções relevantes, pois essa desigualdade de acesso institucionalizaria a discriminação, afirmação com a qual concordamos. Portanto, a não implementação de políticas incentivadoras de redistribuição de recursos de alta tecnologia médica, por exemplo, para alta complexidade para patologias cardíacas, faz com que os mesmos tendam a acompanhar o perfil sócio-econômico brasileiro, concentrando recursos em centros mais desenvolvidos, como demonstram os dados encontrados no nosso estudo, onde os padrões de distribuição de municípios nas regiões mostra que há uma distribuição geográfica mais equilibrada nas regiões mais desenvolvidas do país.

Vale ressaltar ainda que provavelmente a distribuição espacial dentro do território nacional sofreu influências do complexo médico-industrial, como ressaltam

Jardanovisk e Guimarães (1994) e Almeida (2000), quando reforçam a influência exercida pelas características sócio-culturais da demanda sobre a oferta de serviços, em função de suas possibilidades de exercerem pressões, e onde incluímos até as pressões exercidas pelos profissionais, e cujo reflexo já tivemos a oportunidade de discutir ao exemplificarmos os perfis por Grupos de alguns estados.

Quando se discriminam os PAC/CP por natureza das unidades executoras, chama atenção em todo o período o pouco significado da rede pública como executora de PAC/PC, apresentando inclusive uma importante queda do seu peso relativo entre 1993 e 1996 (Tabela 12).

A análise da composição da rede hospitalar que executou algum PAC/PC no período estudado nas regiões mostra um comportamento específico para cada uma delas. No ano de 1993, observa-se que na região Norte a execução dos PAC/PC concentrou-se na rede complementar, seguida da rede pública estadual. Nos dois períodos seguintes chama atenção o aumento constante do peso relativo da rede pública como executora de PAC/PC, sendo o Norte a única região do país onde a realização dos PAC/PC ocorre na rede pública com um peso significativo. Nessa região, a rede hospitalar universitária assiste a uma queda importante como executora de PAC/PC em 1996.

Portanto o aumento relativo da execução de PAC/PC na rede pública ocorreu em função da queda na execução de procedimentos de alta complexidade nas redes hospitalar complementar e na universitária. No entanto, a discussão dos dados referentes à região Norte, está até certo ponto comprometida em função do pequeno número de procedimentos realizados na mesma.

A região Sudeste apresenta um comportamento ao longo dos três períodos estudados muito semelhante ao perfil nacional, provavelmente por ser a região que mais executou PAC/PC em todo o período, influenciando o comportamento médio do país, como já ressaltado anteriormente.

Nela observa-se também uma redução constante da rede complementar como executora de PAC/PC, entre 1993 e 1999, e um aumento relativo entre 1993 e 1996 do papel da rede universitária como executora de PAC/PC.

Em 1999 há uma discreta redução do peso da rede universitária como executora de PAC/PC. Este comportamento pode-se explicar em função da rede pública, que havia

reduzido significativamente seu papel como realizador de procedimentos de alta complexidade entre 1993 e 1996, e embora discretamente, volta a aumentar percentualmente seu papel como realizador de PAC/PC em 1999.

A Tabela 12 salienta dois aspectos importantes: o aumento do peso relativo da rede hospitalar universitária como executora de PAC/PC no período de estudo, e a concentração durante todo o período da realização de PAC/PC na rede complementar de saúde.

O incremento importante da realização de PAC/PC na rede hospitalar universitária sugere à primeira vista, um aumento de complexidade desta.

No entanto, em estudo complementar, onde se enumeraram todas as unidades de saúde do país que realizaram estes procedimentos em todo o período de estudo, percebeu-se que 72,7% das unidades que em 1999 executaram PAC/PC já o faziam desde 1993, e que apenas 15% das unidades passaram a executar algum procedimento exclusivamente a partir do ano de 1999.

Observou-se ainda que, das 120 Unidades de Saúde que realizaram PAC/PC em todos os anos estudados, 9 (10,8%), mudaram de natureza, passando de natureza complementar para universitário e 4 que em 1993 dividiam sua natureza em complementar e universitário, passaram a concentrar apenas a natureza universitário no ano de 1999.

Vale ainda destacar o fato de que, entre as 10 Unidades que mais realizaram PAC/PC em 1993, apenas 3 eram de natureza universitária, enquanto que em 1999, 5 eram de natureza exclusivamente universitária e 1 era de natureza mista. Entretanto, nenhum desses mudou de natureza entre 1993 e 1999, sugerindo um aumento da capacidade de realizar PAC/PC por parte de unidades de natureza universitária.

O predomínio da rede complementar por sua vez deve ser observado à luz de todo histórico das políticas de saúde no Brasil, onde a compra de serviços ao setor privado, particularmente os de alta complexidade preponderou (Mendes, 1993; Fleury & Mandelli, 1994).

Por ter apresentado um comportamento particular, o estado de Santa Catarina foi alvo de estudo mais detalhado. No referido estado, as cinco unidades que executaram procedimentos de alta complexidade em 1999, já o faziam desde 1993.

Na realidade, os dados apresentados devem ser analisados tendo por base a Portaria Conjunta da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e Cultura e da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, nº 001 de 16 de agosto de 1994 (Brasil, 1994b).

A referida portaria, considerando a necessidade de incentivar o ensino e a pesquisa nos Hospitais de Ensino, considerando ainda a importância da incorporação de novas tecnologias e que o acréscimo na remuneração de serviços incentiva procedimentos diferenciados e permite o aprimoramento e consolidação do SUS, institui incentivo adicional na ordem de 25%, 50% ou 75% sobre a receita das internações para os Hospitais de Ensino, em função do cumprimento de uma série de normas. O maior incentivo é para os serviços que além de função de ensino de graduação e pós-graduação está credenciado a pelo menos um serviço de alta complexidade.

Assim, o crescimento importante do papel da rede hospitalar universitária como executora de PAC/PC em quase todo o território nacional deve-se provavelmente, de um lado a um significativo empenho dos prestadores de serviços da rede complementar para tornarem-se formadores de recursos humanos, e, portanto, aptas a receber o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa – FIDEPS, de outro lado, ao aumento da capacidade das unidades de natureza universitária, já com tradição de ensino e pesquisa, de incrementarem seu potencial de realizar PAC/PC, como demonstram os dados referidos.

É factível a hipótese de que tenha havido uma melhora na qualidade do atendimento em função da existência obrigatória de Residência Médica, além da obrigatoriedade de publicações científicas e pós-graduação lato sensu, no entanto, não existem elementos suficientes para confirmação ou não da mesma.

Vale destacar ainda a agilidade da rede complementar em se adequar às normas Ministeriais, sobretudo quando envolve incremento financeiro real, caso da Portaria do FIDEPS.

As Tabelas 13 e 14 foram elaboradas na tentativa de se identificar alguns padrões que uniformizassem os municípios em relação aos parâmetros definidos, ou seja, estados, regiões, portes populacionais e IDH dos mesmos. É, no entanto, essencial salientar-se que as mesmas apontam para diferentes aspectos.

Enquanto a Tabela 13 classifica os 40 municípios que realizaram as maiores frequências de PAC/PC por ano de estudo, a Tabela 14 classifica os 40 com maiores pesos relativos de PAC/PC em relação ao total de procedimentos realizados nos anos estudados. Ou seja, enquanto a primeira é fortemente influenciada pela capacidade da rede em produzir PAC/PC, a segunda é influenciada pelas conformações locais de rede, ou seja, pelos modelos de atenções dos diferentes municípios.

Neste sentido, um município que esteja presente entre os 40 com maiores frequências (Tabela 13), porém que, entre os 40 com maiores pesos relativos de PAC/PC em relação ao total (Tabela 14) não estiveram presentes (ou estiveram pouco significativamente), pode na realidade significar que este município tem uma rede de saúde mais abrangente, disponibilizando à população outros serviços de diferentes complexidades.

Por outro lado em municípios onde o peso relativo de PAC/PC é muito elevado pode por sua vez significar redes altamente especializadas, porém pouco abrangentes, o que só poderia ser afirmado mediante estudos complementares, não constantes do objetivo deste trabalho.

Ao se classificarem os 40 municípios que realizaram as maiores frequências de PAC/PC classificadas em quartis, observa-se que o perfil apresentado é compatível com o esperado, pois se analisando as frequências de procedimentos realizadas esperam-se que os mesmos se concentrem em municípios de maior porte, e/ou de maior desenvolvimentos econômico (Tabela 13).

Já a análise por frequência relativa parece sugerir a existência de municípios de menores portes populacionais com presença de centros de referência importantes, porém com menor capacidade de oferta de serviços de outra ordem, caso, por exemplo, do município mineiro de Nova Lima, que apresenta um peso desproporcionalmente elevado de PAC/PC em todos os anos estudados, destoando de todos os demais municípios brasileiros.

É importante salientar que perfil como o acima citado não necessariamente deve ser considerado avanço quando se pensa os três princípios do SUS, universalidade, integralidade e equidade, como princípios que devem estar articulados como ressaltam Travassos (1997) e Silva (1999). Ou seja, uma rede que concentra

desproporcionalmente determinado tipo de procedimento pode não estar ofertando à população outros tipos de procedimentos necessários.

No entanto, esta hipótese só poderia ser afirmada mediante estudos complementares, onde não só o município em questão fosse analisado, mas sim, a área de abrangência no qual se insere, pois em uma lógica de sistema de saúde onde os municípios se articulem entre si no sentido de garantir à suas populações uma atenção integral, um serviço especializado pode situar-se em dado município, enquanto outras especialidades podem ser ofertadas em um outro, etc.

Esperávamos ainda, encontrar uma maior definição dos quartis quanto as variáveis analisadas, no entanto, a exceção do quarto quartil da Tabela 13 onde se fazem presentes os municípios com maiores frequências absolutas de PAC/PC, nos demais quartis desta tabela ou nos da Tabela 14, não se observou maiores uniformidades entre os mesmos.

Um dado a ressaltar é a presença marcante de municípios do Nordeste entre os 40 com maiores frequências. Este dado sugere dois aspectos importantes.

Primeiramente, os municípios do Nordeste estão bem representados entre os que executaram elevada frequência absoluta de PAC/PC. Segundo, que esta representação cai quando os dados analisados dizem respeito àqueles que executaram proporcionalmente mais PAC/PC.

Estes dados parecem sugerir de um lado, que, por concentrar em poucos municípios a execução de PAC/PC, os municípios do Nordeste que os executam, executam em grande número. Por outro lado, ao apresentarem menor peso relativo de PAC/PC em relação ao total de procedimentos, é provável que estes municípios sejam também pólo nos seus estados para outros procedimentos, fazendo com que os mesmos apresentem uma rede de saúde mais abrangente. É possível ainda, que os PAC/PC realizados, embora em quantidade significativa, sejam insuficientemente representados diante de suas necessidades de municípios pólos.

Por sua vez, se de um lado as regiões Sudeste e Sul apresentaram redução importante no número de municípios que executaram algum tipo de PAC/PC entre 1993 e 1999, as mesmas cresceram significativamente sua representação entre os quarenta com maiores pesos relativos destes procedimentos, reforçando a constatação de as

referidas regiões possuírem municípios com maiores centros de complexidade, e melhor distribuídos espacialmente.

Dois municípios merecem destaque. O do Recife e o Rio de Janeiro. Os dois municípios encontram-se entre os 10 que mais executaram PAC/PC (ver Tabela 13), porém quando se observam as frequências relativas de PAC/PC em relação a seus totais de procedimentos, os mesmos se encontram em quartis superiores (dois e um no caso de Recife, e um e exclusão no caso do Rio de Janeiro, ver Tabela 14).

Apesar do peso relativo dos PAC/PC ter aumentado nas duas cidades ao longo do tempo, este crescimento parece ter sido mais reduzido que em outros municípios do país, ou ainda que o perfil da rede de atenção dos mesmos é mais abrangente, tendo havido incremento significativo em outros níveis de atenção, que não só o de alta complexidade cardiológica, dados que só podem ser confirmados através de estudos complementares.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados encontrados ao longo do estudo permite-nos focar alguns aspectos relevantes.

Primeiramente, a potencialidade de uso de um Sistema de Informações em Saúde, o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), pouco utilizado quando se refere a análises epidemiológicas, ou mesmo de conformações de rede, ou de serviços prestados à população.

Os dados apresentados, a nosso ver, permitiram abordar o tema proposto a partir de dados secundários, de forma clara, evidenciando distorções significativas na conformação da rede de atenção de alta complexidade para patologias cardíacas.

É evidente que um estudo mais conclusivo sobre acesso e equidade, categorizados enquanto variáveis, só seria possível mediante análise de dados primários. Entretanto, o uso do SIH, plenamente acessível a todos, sejam estes pesquisadores ou gestores, permite a análise de diferentes aspectos da rede SUS de saúde, bastando para tanto, que as variáveis que disponibiliza, em tempo rápido, sejam exploradas adequadamente.

Os gestores do SUS, em seus diferentes níveis, inclusive em níveis micro de unidades de saúde, estão explorando insuficientemente o SIH/SUS além de sua finalidade primeira, ou contábil, perdendo a oportunidade de perceber-se dentro de uma conformação de rede mais abrangente, e de redefinir parâmetros de internação, tornando mais eficaz o uso dos recursos sabidamente limitados.

Por fim gostaríamos de destacar alguns aspectos encontrados no nosso trabalho, que consideramos fundamentais.

Primeiramente, que houve uma expansão dos PAC/PC ao longo do tempo, e que esta expansão ocorreu apesar de critérios mais rigorosos sendo instituídos pelo Ministério da Saúde.

Segundo, que a maior rigidez nos critérios definidores dos PAC/PC e dos serviços que os podem realizar, significou por parte do gestor federal do SUS uma ação reguladora, importante no cumprimento de sua atribuição.

Terceiro, que o aumento quantitativo de PAC/PC realizados ao longo do tempo ocorreu em todas as regiões. No entanto, esta expansão quantitativa percebida ao longo

do tempo e das regiões, não se refletiu em uma desconcentração espacial na execução de PAC/PC, ao contrário, percebe-se que nas regiões mais carentes, os PAC/PC são realizados apenas em cidades de grande porte.

Portanto, embora o Ministério da Saúde tenha desempenhado seu papel regulador através de normatizações para realização de PAC/PC, o cumprimento desta atribuição não incorporou noções de equidade, ou de justiça distributiva, um dos princípios que deveria nortear o SUS.

É provável que a não incorporação da equidade enquanto princípio norteador de políticas específicas decorra do próprio conflito conceitual do que seja equidade enquanto princípio do SUS, como tivemos a oportunidade de destacar ao discutirmos o tema equidade e legislação do Sistema Único de Saúde.

A criação de novos pólos de realização de PAC/PC significaria, do ponto de vista de políticas públicas, incrementar o desenvolvimento de outras localidades, pois um serviço de alta complexidade cardiológica carrega consigo a necessidade de centros de diagnóstico complementar, e outros serviços de apoio. Criaria ainda a demanda por um novo mercado local, pois a ida de novos profissionais para esses locais, estabeleceria novas necessidades por políticas públicas e sociais (escolas, comércio local, etc.), e fundamentalmente, garantiria atenção de alta complexidade cardiológica a quem precisa, corrigindo desigualdades nos perfis de morbi-mortalidade evitáveis. Cabe sem dúvidas ao nível central de gestão pensá-la dentro de um contexto macro-territorial.

Por fim salientamos que, o tema proposto como exemplo, execução de procedimentos de alta complexidade para patologias cardíacas é uma escolha oportuna, pois estes procedimentos, se de um lado, não podem, e mesmo não devem ser disponibilizados indiscriminadamente, devem ser disponibilizados de forma a permitir o acesso de toda à população aos mesmos, garantindo também os princípios da universalidade e integralidade.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLEYNE, George A. O. Equity and health. **Revista Panam Salud Publica/Pan Am J. Public Health**. [S.l.], v. 7, n. 1, p. 1-7, 2000.

ALMEIDA, Célia. Saúde e equidade nas reformas contemporâneas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 54, p. 6-21, jan./abr. 2000.

BARATA, Rita B. O desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v.8, n.1, jan./mar. 1999.

BARROS, Marilisa B. de A. Epidemiologia e superação das iniquidade em saúde. In: BARATA, Rita B. (Org.). **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. cap. 8, parte 3, p. 161-176. (Epidemiológica, 1).

BOUËSSEAU, Marie-Charlotte. Equidad en salud: um imperativo economico. **Cuadernos Medico Sociales**, Santiago, v.38, n.1, p.24-30, mar. 1997.

BRASIL. Constituição (1988). **Assembléia Nacional Constituinte: Constituição do Brasil**. Recife: CEPE, 1989. 143p.

_____. Ministério da Saúde. **TabNet Win32 2.2: mortalidade – CID 9: óbitos por residência segundo causa – CID-BR- Causa Cap. CID: VII. Doenças do aparelho circulatório – Brasil. 1993. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/dxbr.def>>**. Acesso em 1º mar. 2001a.

_____. **TabNet Win32 2.2: mortalidade – CID-9 : óbitos por residência segundo causa - CID-BR- Causa Cap. CID: VII. Doenças do aparelho circulatório – Região**

Nordeste. 1993. Disponível em:
<<http://www.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/dxbr.def>>. Acesso em 1º mar. 2001b.

_____. **TabNet Win32 2.2:** mortalidade – CID-9: óbitos por residência segundo causa – CID-BR- Causa Cap. CID: VII. Doenças do aparelho circulatório – Região Sudeste. 1993. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/dxbr.def>>. Acesso em 1º mar.2001c.

_____. **TabNet Win32 2.2:** mortalidade – CID-9: óbitos por residência segundo causa – CID-BR- Causa Cap. CID: VII. Doenças do aparelho circulatório – Região Sul. 1993. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/dxbr.def>>. Acesso em 1º mar. 2001d.

_____. **TabNet Win32 2.2:** mortalidade – CID-9: óbitos por residência segundo causa – CID-BR- Causa Cap. CID: VII. Doenças do aparelho circulatório – Região Centro-Oeste. 1993. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cgi.tabcgi.exe?sim/dxbr.def>>. Acesso em 1º mar. 2001e.

_____. **TabNet Win32 2.2:** mortalidade – CID-10: óbitos por residência segundo causa – CID-BR- Causa Cap. CID: IX. Doenças do aparelho circulatório – Brasil. 1998. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cgi.tabcgi.exe?sim/dybr.def>>. Acesso em 1º mar. 2001f.

_____. **TabNet Win32 2.2:** mortalidade – CID-10: óbitos por residência segundo causa – CID-BR- Causa Cap. CID: IX. Doenças do aparelho circulatório – Região Norte. 1998. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cgi.tabcgi.exe?sim/dybr.def>>. Acesso em 1º mar. 2001g.

_____. **TabNet Win32 2.2:** mortalidade – CID-10: óbitos por residência segundo causa – CID-BR- Causa Cap. CID: IX. Doenças do aparelho circulatório – Região Sudeste. 1998. Disponível em:
<<http://www.datasus.gov.br/cgi.tabcgi.exe?sim/dybr.def>>. Acesso em 1º mar. 2001h.

_____. **TabNet Win32 2.2:** mortalidade – CID-10: óbitos por residência segundo causa – CID-BR- Causa Cap. CID: IX. Doenças do aparelho circulatório – Região Sul. 1998. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cgi.tabcgi.exe?sim/dybr.def>>. Acesso em 1º mar. 2001i.

_____. **TabNet Win32 2.2:** mortalidade – CID-10: óbitos por residência segundo causa – CID-BR- Causa Cap. CID: IX. Doenças do aparelho circulatório – Região Centro-Oeste. 1998. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cgi.tabcgi.exe?sim/dybr.def>>. Acesso em 1º mar. 2001j.

_____. **TabNet Win32 2.2:** mortalidade- CID9: óbitos por residência segundo causa – CID-BR- Causa Cap. CID: VII. Doenças do aparelho circulatório – Região Norte. 1993. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/dxbr.def>>. Acesso em 1º mar. 2001l.

_____. **TabNet Win32 2.2:** mortalidade – CID-10: óbitos por residência segundo causa – CID-BR- Causa Cap. CID: IX. Doenças do aparelho circulatório–Região Nordeste. 1998. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cgi.tabcgi.exe?sim/dybr.def>>. Acesso em 1º mar. 2001m.

_____. **Informações em saúde:** demográficos. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/inform/indica/indica1.htm>>. Acesso em 15 dez. 2000.a

_____. **Informações em Saúde:** mortalidade. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/inform/indica/indica3.htm>> .Acesso em 15 dez. 2000b.

_____. **Informações em saúde:** recursos, acesso e cobertura. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/inform/indica/indica5.htm>>. Acesso em 15 dez. 2000c.

_____. **Informações em saúde:** sócio-econômicos. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/inform/indica/indica2.htm>>. Acesso em 15 dez. 2000d.

_____ . **Mortalidade proporcional (%) por faixa etária segundo grupo de causas-CID 10.** Distrito Federal, DF. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/>>. Acesso em 18 dez. 2000e.

_____ . **Mortalidade proporcional (%) por faixa etária segundo grupo de causas-CID 10.** Goiás, GO. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/>>. Acesso em 18 dez. 2000f.

_____ . **Mortalidade proporcional (%) por faixa etária segundo grupo de causas-CID 10.** Mato Grosso, MT. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/>>. Acesso em 18 dez. 2000g.

_____ . **Mortalidade proporcional (%) por faixa etária segundo grupo de causas-CID 10.** Brasil. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/>>. Acesso em 18 dez. 2000h.

_____ . **Mortalidade proporcional (%) por faixa etária segundo grupo de causas-CID 10.** Pará, PA. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/>>. Acesso em 18 dez. 2000i.

_____ . **Mortalidade proporcional (%) por faixa etária segundo grupo de causas-CID 10.** São Paulo, SP. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/>>. Acesso em 18 dez. 2000j.

_____ . **Mortalidade proporcional (%) por faixa etária segundo grupo de causas-CID 10.** Espírito Santo, ES. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/>>. Acesso em 18 dez. 2000l.

_____ . **Mortalidade proporcional (%) por faixa etária segundo grupo de causas-CID 10.** Minas Gerais, MG. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/>>. Acesso em 18 dez. 2000m.

_____ . **Mortalidade proporcional (%) por faixa etária segundo grupo de causas-CID 10.** Rio de Janeiro, RJ. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/>>. Acesso em 18 dez. 2000n.

_____ . **Mortalidade proporcional (%) por faixa etária segundo grupo de causas-CID 10.** Alagoas, AL. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/>>. Acesso em 18 dez. 2000o.

_____ . **Mortalidade proporcional (%) por faixa etária segundo grupo de causas-CID 10.** Bahia, BA. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/>>. Acesso em 18 dez. 2000p.

_____ . **Mortalidade proporcional (%) por faixa etária segundo grupo de causas-CID 10.** Ceará, CE. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/>>. Acesso em 18 dez. 2000q.

_____ . **Mortalidade proporcional (%) por faixa etária segundo grupo de causas-CID 10.** Maranhão, MA. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/>>. Acesso em 18 dez. 2000r.

_____ . **Mortalidade proporcional (%) por faixa etária segundo grupo de causas-CID 10.** Paraíba, PB. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/>>. Acesso em 18 dez. 2000s.

_____ . **Mortalidade proporcional (%) por faixa etária segundo grupo de causas-CID 10.** Pernambuco, PE. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/>>. Acesso em 18 dez. 2000t.

_____ . **Mortalidade proporcional (%) por faixa etária segundo grupo de causas-CID 10.** Rio Grande do Norte, RN. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/>>. Acesso em 18 dez. 2000u.

_____. **Mortalidade proporcional (%) por faixa etária segundo grupo de causas-CID 10.** Sergipe, SE. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/>>. Acesso em 18 dez. 2000v.

_____. **Mortalidade proporcional (%) por faixa etária segundo grupo de causas-CID 10.** Paraná, PR. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/>>. Acesso em 18 dez. 2000x.

_____. **Mortalidade proporcional (%) por faixa etária segundo grupo de causas-CID 10.** Santa Catarina, SC. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/>>. Acesso em 18 dez. 2000z.

_____. **Mortalidade proporcional (%) por faixa etária segundo grupo de causas-CID 10.** Rio grande do Sul, RS. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/>>. Acesso em 18 dez. 2000aa.

_____. **Mortalidade proporcional (%) por faixa etária segundo grupo de causas-CID 10.** Mato Grosso do Sul, MS. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/>>. Acesso em 18 dez. 2000ab.

_____. Portaria nº 065 de 6 de maio de 1993a. Resolve definir as áreas que irão compor as Redes Integradas de Procedimentos de Alta Complexidade, objeto de credenciamento pela SAS e dá outras providências correlatas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, [1993]

_____. Portaria nº66, de 6 de maio de 1993b. Estabelece normas para credenciamento de hospitais e serviços que realizam procedimentos de alta complexidade na área de cirurgia cardíaca e demais procedimentos de alta complexidade em cardiologia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 86, 10 de maio de 1993.

_____. **Portaria nº 033 de 1º de março de 1994a.** Resolve reagrupar, alterar e excluir alguns procedimentos cardiológicos do SUS. A ser publicada no Diário Oficial, com efeitos financeiros a partir da data acima.

_____. **Portaria nº 001 de 16 de agosto de 1994b.** Resolve alterar os itens que classificam os HE integrantes do Sistema de Informações Hospitalares SUS (SIH/SUS) para concessão do FIDEPS e dá outras providências . A ser publicada no Diário Oficial.

_____. Portaria nº 015 de 02 de março de 1995a. Resolve que os tetos financeiros de cada Estado para o quadrimestre março-junho de 1995 serão estabelecidos bimestralmente, a partir de estudos técnicos efetivados no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 43, 2 mar. 1995. Seção 1, p. 2.907.

_____. Portaria nº 35 de 11 de maio de 1995b. Resolve aprovar a indicação de implante do marcapasso cardíaco permanente, no âmbito do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, N.90, 12 de maio de 1995.

_____. Portaria Ministerial nº 3 de 4 de janeiro de 1996. Sistema de Informações de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 8 jan. 1996.

_____. Portaria nº 3.409/Gm de 05 de agosto de 1998a. Acesso ao Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n.154, 09 out. 1998a. Seção1, p. 7. Republicada por ter saído com incorreções no original do D.O. nº 149, de 06.08.98, Seção1, p. 59.

_____. Portaria nº 3.825/Gm de 03 de novembro de 1998b. Estabelece o limite de 25% da frequência total de procedimentos do Grupo Cirurgia Cardíaca. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n.211-E, 04 nov. 1998b. Seção1, p. 2-3.

_____. Portaria nº 3.982 de 1º de dezembro de 1998c. Resolve redefinir, para vigência a partir desta data, as diretrizes e os critérios para pagamento da CNCPHAC. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 231-E, 2 dez. 1998c. Seção 1, p. 5.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual de preenchimento da autorização de internação hospitalar**. Brasília, DF, 1998d.

_____. Portaria nº 217 de 14 de maio de 1999. Resolve definir como procedimentos integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, transplantes diversos e dá outras providências correlatas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 92 de 17 de maio, 1999a.

_____. Portaria nº 1.127 de 31 de agosto de 1999. Resolve determinar a SAS que em conjunto com os Gestores do SUS, que tenham sob sua gestão hospitais habilitados ao recebimento do FIDEPS e dá outras providências correlatas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n.168, 1º de set. 1999b.

BUSS, Paulo Marchiori. Assistência hospitalar no Brasil (1984-1991): uma análise preliminar baseada no sistema de informação hospitalar do SUS. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, DF, a. 2, n. 2, p. 5-42, mar./abr. 1993.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Sobre a reforma da reforma: repensando o SUS. In: _____. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992. cap. 4, p. 133-213.

CARVALHO, D. Mara. Grandes sistemas nacionais de informação em saúde: revisão e discussão da situação atual. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, DF, v. 4, p. 7-46, out./dez. 1997

CASTELLANOS, Pedro. L. Perfis de mortalidade nível de desenvolvimento e iniquidades sociais na região das américas. In: BARATA, Rita B. (Org.). **Equidade e**

saúde: contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. cap. 7, parte 3, p. 137-160. (Epidemiológica, 1).

_____. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: BARATA, Rita B. (Org.). **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1977. cap. 2, p. 31-64.

CENTRE FOR HEALTH EQUITY, TRAINING, RESEARCH AND EVALUATION. An area health service taking action to achieve heatter for all. Liverpool, newsletter 1, Apr. 2000. **Paper**.

CHOR, Dóra et al. Doenças cardiovasculares: panorama da mortalidade no Brasil. In: MINAYO, Maria C. de S. (Org.). **Os muitos Brasis**: saúde e população na década de 80. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 57-86.

COHN, Amélia. Desenvolvimento social e impactos na saúde. In: BARATA, Rita B. (Org.). **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. cap. 3, p. 77-93.

COSTA, Nilson do R. et al. Condições de vida e saúde dos brasileiros. In: MINAYO, Maria C. de S. (Org.). **A saúde em estado de choque**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1986. cap. 2, p. 36-58.

COSTA, Nilson do R. **Lutas urbanas e controle sanitário**: origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1985. 121p.

DADOS. Assistência médico-sanitária: os serviços de saúde segundo o IBGE. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/RADIS, n. 20, nov. 1996. 30p.

DIREITOS DO HOMEM. In: GRANDE enciclopédia Larousse cultural. Rio de Janeiro: Nova Cultural, 1998.

DIVISÃO político administrativa e regional. **Anuário estatístico do Brasil**. Rio de Janeiro, v. 57, p-1-40-47. 1997.

DUARTE, Cristina M. R.. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 443-463, 2000.

DUARTE, Petra O. et al. Prática asilar: uso do Sistema de Informação Hospitalar como evidenciador de uma distorção. **Revista do IMIP**, Recife, v. 14, n. 2, p. 151-162, jul./dez. 2000.

DUCHIADE, Milena P. População brasileira: um retrato em movimento. In: MINAYO, Maria C. de S. (Org.). **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 14-56.

ESPEJO E., Francisco; FUENTES G., Roberto. Equidad em salud. **Cuadernos Medico Sociales**, Santiago, v. 38, n. 1, p. 16-23, mar. 1997.

FASSIN, Didier. L'incorporation de l'inégalité. In: _____. **L'espace politique de la santé: essai de généalogie**. Paris: Presses Universitaires de France, [19--]. partie 1, p. 51-122. (Sociologie d'aujourd'hui).

FAVERET FILHO, Paulo; OLIVEIRA, P. Jorge de. A universidade excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, DF, n. 3, p. 139-162, 1990.

FLEURY, Sonia; MANDELLI, Marcos J. Equidad y reforma sanitaria: Brasil. **Cuadernos Medico Sociales**, Santiago, n. 69, p. 21-31, 1994.

FRENK, Julio. El concepto y la medición de accesibilidad. **Salud publica de Mexico**, Mexico, p. 438-453, sep./oct. 1985.

GIL, Antônio C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 1995.

GIOVANELLA, Lígia et al. Equidade em saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 49-50, p. 13-22, mar. 1996.

_____. ; FLEURY, Sonia. Universalidade de atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: _____. EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p. 177-198.

GIRALDES, Maria do R. Distribuição de recursos no Sistema Público de Saúde. In: PIOLA, Sérgio F.; VIANA, Solon M. (Org.). **Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília, DF: IPEA, 1995. cap. 7. (IPEA, 149).

GOLDBAUM, Moisés. A epidemiologia em busca da equidade em saúde. In: BARATA, Rita B. (Org.). **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997. cap.3, parte 1, p. 63-80. (Epidemiológica, 1).

GUIMARÃES, M J B. **Mortalidade infantil e condição de vida: uma análise da desigualdade espacial do Recife**. 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil) – IMIP, Recife.

IGUALDADE. In: FERREIRA, Aurélio Buarque de H. **Novo dicionário da Língua Portuguesa**. 2.ed. rev. e aum. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

IPEA **Relatório sobre o desenvolvimento humano no Brasil, 1996**. Brasília, DF: PNUD, [1996].

JARDANOVSKI, Elio; GUIMARÃES, P. C. Equidade e modelos de saúde: subsídios para discussão do caso brasileiro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 42, p. 10-15, mar. 1994.

JENICEK, Milos; CLÉROX, Robert. Réalisation et interpretation des etudes descriptives. Portrait de maladie dans la collectivité. In: _____. **Épidémiologie**

principies techniques aplicattions. 4e. ed. Quebec: EDISEM; Paris: Maloine. 1987.
cap. 5

KLIKSBERG, Bernardo. **Desigualdade na América Latina**: o debate adiado. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2000. 108p

LAKATOS, E. M. ; MARCONI, M. de Andrade. **Metodologia do trabalho científico**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 1992.

LEBRÃO, Maria L. Análise da fidedignidade dos dados estatísticos hospitalares disponíveis na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo em 1974. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 234-249, jun. 1978.

LESSA, Fábio J. D. **Avaliação do Sistema de Informações Hospitalares na notificação do óbito**. 2000. 135 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Coletiva, Recife.

LESSA, Fábio J. D et al . Novas metodologias para vigilância epidemiológica: o uso do sistema de informação hospitalar. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAUDE COLETIVA, 6, 2000. Salvador. **Anais...** 1CD.

LEVCOVITZ, Eduardo; PEREIRA, Telma R. C. **SIH/SUS (Sistema AIH)**: uma análise do sistema público de remuneração de internações hospitalares no Brasil – 1983-1991. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Instituto de Medicina Social, 1993. 83 p. (Estudos em Saúde Coletiva, 57).

LUCCHESI, Patricia T. R. Equidade na gestão do Sistema Único de Saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6., 2000. Salvador. **Anais...** 1 CD

LUZ, M. Terezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática - anos 80”. **Physis** – Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1992.

LYRA, Tereza Maciel et al. Sistema de Informações Hospitalares: fonte complementar na vigilância e monitoramento das doenças imunopreveníveis. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6. 2000, Salvador. **Anais...** 1 CD.

MARITAIN, Jacques. **A carta democrática**. Rio de Janeiro: Agir, 1952.

MENDES, Antônio da C. G. As autorizações (de) internações hospitalares como fonte de informações complementares na vigilância e monitoramento das doenças de notificações compulsórias no Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6. 2000, Salvador. **Anais...** 1CD.

MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In:_____. (Org.). **Distrito sanitário**: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do SUS. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993. cap. 1, p. 19-91.

MINAS GERAIS. Colegiado de Secretários Municipais de Saúde. **Caderno de Legislação Básica do SUS**: programa de capacitação para novos gestores municipais do SUS. Belo Horizonte, 1997. 83p.

MOONEY, Gavin; MACGUIRE, Alistair. Distributive justice with special reference to geographical inequality and health care. In: BRITISH ASSOCIATION FOR THE ADVANCEMENT OF SCIENCE. Section F (Economics) – Meeting (1986:Bristol). Health and economics. **Proceedings...** London: McMillan, 1987. P. 68-81.

MONTEIRO, Mário F. G. Transição demográfica e seus efeitos sobre a saúde da população. In: BARATA, Rita B. (Org.). **Equidade e saúde**: contribuições da

epidemiologia. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. cap. 10, parte 4. p. 189-204. (Epidemiológica, 1).

MONTOYA AGUILAR, Carlos. La equidad: usos del concepto como criterio de progreso. **Cuadernos Medico Sociales**, Santiago, v. 38, n. 1, p. 6-12, mar.1997a.

_____. Fundamentos de una politica de salud que integre el principio de equidad. **Cuadernos Medico sociales**, Santiago, v. 38, n. 1, p. 31-39, mar. 1997b.

MUSGROVE. Philip. La equidad del sistema de servicios de salud: conceptos, indicadores e interpretacion. Bol Of Sanit Panam, vol 95(6) Washington, v. 95, n. 6, p. 525-546. dic. 1983.

NORONHA, José C. de; LEUCOVITZ, Eduardo. AIS – SUDS – SUS: os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo (Org.). **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: ABRASCO, IMS, Relume Dumará, p. 73-111, 1994.

OLIVEIRA, Jaime A. de ; TEIXEIRA, Sônia M. F. **Imprevidencia social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1986.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Informações, controle e avaliação do atendimento hospitalar SUS**. Brasília, DF: 1995. 53p. (Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 14).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Disparidades de salud en América Latina y el Caribe: el rol de los factores determinantes sociales...** Washington, 1999. p. 1-48.

_____. **Salud, equidad y transformación proactiva en América Latina y el Caribe**. Washington, 1997.

_____. **Principios y conceptos básicos de equidad y salud.** Washington, 1999.

PAIM, Jairnilson S. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão em ação. In: BARATA, Rita B. **Condições de vida e situação de saúde.** Rio de Janeiro: ABRASCO. 1997. cap. 1, p. 7-30. Publicação resultante do Seminário Latino-Americano sobre condições de vida e situação de saúde, São Paulo, 10 a 13 de dez. de 1995.

PORTO, Silvia M. Justiça social, equidade e necessidade em saúde. In: PIOLA, Sérgio F.; VIANA, Solon M. (Org.). **Economia da saúde:** conceito e contribuição para a gestão da saúde. Brasília, DF: IPEA, 1995. cap. 5, p. 123-140. (IPEA,149).

_____. **Equidade na distribuição geográfica dos recursos em saúde:** uma contribuição para o caso brasileiro. 1998. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

RELATÓRIO FINAL DA VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986. In: MINAYO, Maria C. de S. (Org.). **A saúde em estado de choque.** Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1986. p. 117-128.

REQUENA B., Mariano. Focalizando la equidad. **Cuadernos Medicos Sociales,** Santiago, v. 38, n. 1, p. 3-5, mar. 1997.

REZENDE, Conceição. A reforma do Estado brasileiro e o SUS. In: _____. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE ON-LINE, 1998. p. 1-7. Disponível em : <http://www.datasus.gov.br/ens/temas/tribuna/REFORMA_1.HTM>. Acesso em 14 out.1998.

ROMAN A., Oscar. Equidad, un fundamento de la dimension social de la salud. **Cuadernos Medico Sociales,** Santiago, v. 38, n. 1, p. 13-15, mar. 1997.

SAMAJA, Juan. Matrices de datos: presupuestos básicos del método científico. In: _____. **Epistemología y metodología**: elementos para uma teoria de la investigación científica. 2. ed. ampl. Buenos Aires: Eudeba, 1994. Parte 3, p. 145-199. (Colección Temas).

SILVA JR., Jarbas B. da. **Diferenciais intraurbanos de saúde em Olinda-PE**. 1995. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade de Campinas, Campinas – SP.

SILVA, Marlúcia Valéria da. **A política de saúde em tempos de reforma**: a operacionalização do SUS no governo Fernando Henrique Cardoso – 1995/1996. 1999. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1999.

SILVA, Nilza N. da et al. Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de análise estratificada. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 44-49, fev. 2000.

TRAVASSOS, Cláudia. **O Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH – SUS**. [S.l.], 1996. Mimeografado.

_____. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 325-330, abr./jun. 1997.

TRAVASSOS, Cláudia et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

VERAS, Cláudia M. T.; MARTINS, Mônica S. . A confiabilidade dos dados nos formulários de autorização de internação hospitalar (AIH), Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 339-355, jul./set. 1994.

VIANNA, Solon M. Equidade nos serviços de saúde. **Texto para Discussão**, Brasília, DF, n. 24, 1989. Documento apresentado no SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE ECONOMIA E FINANCIAMENTO DO SETOR SAÚDE, 1. Rio de Janeiro, maio/set. FIOCRUZ, 1989.

WHITEHEAD, Margareth. The concepts and principles of equity and health. **International Journal of Health Services**. [S.l.], v. 22, n. 3, p. 429-445. 1992.

YAZLLE R., Juan Stuardo et al. Assistência hospitalar como indicador da desigualdade social. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 479-487, out. 1997.

YAZLLE R., Juan Stuardo et al. Desigualdades entre pacientes hospitalizados por doenças cardíacas e vasculares-cerebrais em localidade do Estado de São Paulo (Brasil), 1986. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 374-381, 1989.