



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Janicy de Jesus de Oliveira

**Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS): uma análise da produção de
média complexidade no município do Rio de Janeiro, de 2009 a 2016**

Rio de Janeiro

2018

Janicy de Jesus de Oliveira

**Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS): uma análise da produção de
média complexidade no município do Rio de Janeiro, de 2009 a 2016**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cláudia de Brito.

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Marina Ferreira de Noronha.

Rio de Janeiro

2018

Título do trabalho em inglês: SUS Outpatient Information System (SIA-SUS): an analysis of medium complexity production in the city of Rio de Janeiro, from 2009 to 2016.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

O48s Oliveira, Janicy de Jesus de.
Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS): uma análise da produção de média complexidade no município do Rio de Janeiro, de 2009 a 2016 / Janicy de Jesus de Oliveira. -- 2018.
105 f. : il. ; tab.

Orientadora: Cláudia de Brito.
Coorientadora: Marina Ferreira de Noronha.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

1. Atenção Secundária à Saúde. 2. Sistemas de Informação.
3. Indicadores Básicos de Saúde. 4. Procedimentos Clínicos.
5. Procedimentos Cirúrgicos Operatórios. 6. Sistema Único de Saúde.
I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.1042

Janicy de Jesus de Oliveira

**Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS): uma análise da produção de
média complexidade no município do Rio de Janeiro, de 2009 a 2016**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Aprovada em: 29 de junho de 2018.

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Carla Simone Duarte de Gouvêa
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Instituto de Medicina Social

Prof.^a Dr.^a Maria Angélica Borges dos Santos
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dr.^a Marina Ferreira de Noronha (Coorientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dr.^a Cláudia de Brito (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2018

À Alícia, minha querida filha.

AGRADECIMENTOS

A tantos devo este trabalho. A Deus, só tenho a agradecer pela tarefa cumprida.

À minha mãe Joana, que lutou muito para criar seus cinco filhos. Ao meu pai Gilberto, que sempre me orientou, e acima de tudo, acreditou.

Ao Fábio meu parceiro, meu companheiro, suprimindo meus momentos de ausência com nossa querida filha Alícia, minha força para continuar seguindo adiante.

Aos familiares e amigos que me apoiaram, com os quais pouco estive presente nestes dois anos, mas que ainda assim, compreenderam a ausência. Aos colegas assistentes sociais que me incentivaram a ir além.

A todos da minha turma de mestrado da ENSP da área de concentração Políticas, Planejamento Gestão e Práticas em Saúde. Suporte de momentos de aflição, amigos que caminharam comigo, e que juntos, descobrimos uma direção.

Aos pesquisadores da ENSP, em especial, Vera Pepe pela sensibilidade, que me conduziu a enxergar a minha realidade. À Maria Angélica Borges dos Santos e Eduardo Alves de Melo, pelas contribuições.

Ao mestre Raulino Sabino da Silva, cujo auxílio foi fundamental no meu processo, portador de uma paciência infindável, prestou-me todo o auxílio necessário na construção do meu banco de dados. Uma presteza tamanha, onde palavras são insuficientes para agradecer. Agradeço por todos os meses de trabalho desenvolvido, por sua dedicação, enfim, por toda sua contribuição.

Às minhas incansáveis orientadoras, que não me deixaram esmorecer, Cláudia Brito e Marina Noronha. Que mostram que orientar é guiar, conduzir, não somente direcionar para o que produzir. É ter o olhar acolhedor, de ensinar, de mostrar, com rigor, mais do que direção, é ver além, sim, com sabedoria, mas com sentimento também.

*Tentar me convencer
de que tenho permissão
para ocupar espaço
é como escrever com
o punho esquerdo
quando nasci
para usar meu direito*

- a ideia de encolher é hereditária

Kaur, 2017, p. 29.

RESUMO

Este estudo objetivou analisar a produção de média complexidade no município do Rio de Janeiro disponibilizada no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS), a fim de conhecer perfil dos prestadores (natureza jurídica, tipo de estabelecimento, unidades de saúde mais produtivas), distribuição territorial pelas Áreas de Planejamento em Saúde e principais grupos de procedimentos realizados. Trata-se de um estudo exploratório, utilizando-se de dados oriundos do SIA-SUS, referente aos procedimentos apresentados de janeiro de 2009 a dezembro de 2016. A média complexidade no município do Rio de Janeiro (RJ) apresentou 313.916.213 procedimentos no período, o que representa 36,5% dos procedimentos do SIA-SUS. Houve aumento real na quantidade produzida nos anos estudados, todavia, em 2016 apresentou retração média de 10%, em comparação com ano anterior, o que pode ser explicado pela crise econômica e decisões políticas ocorridas no período. O gestor municipal é o prestador de maior volume, contudo, entre os estabelecimentos de saúde, isoladamente, o Hospital Universitário Pedro Ernesto, de gestão estadual, é o maior produtor, mesmo com uma importante queda nos últimos anos reflexo de repasse irregular e insuficiente de recursos pelo gestor estadual. Dentre os grupos de procedimentos ambulatoriais, os procedimentos mais realizados pertencem ao grupo “procedimentos clínicos” que, quando esmiuçados, verifica-se que do subgrupo “consultas/ atendimentos/ acompanhamentos”, a consulta com profissional médico é preponderante. Todavia, infelizmente, não há como saber quantas consultas são novas, as chamadas “consultas de primeira vez”, pois o sistema não permite vislumbrar o acesso individualizado. Tendo em vista que estudos sobre a produção de média complexidade do SIA-SUS são pouco explorados, essa dissertação traz importantes contribuições sobre o conceito de média complexidade, o SIA-SUS e o registro e a produção do município do Rio de Janeiro, sobretudo em contexto de crise.

Palavras-chave: Atenção Secundária à Saúde; Sistemas de Informação; Indicadores Básicos de Saúde; Procedimentos Clínicos; Procedimentos Cirúrgicos Operatórios

ABSTRACT

This study aimed to analyze the production of secondary care in the city of Rio de Janeiro made available in the Outpatient Information System (SIA-SUS), in order to know the profile of providers (legal nature, type of establishment, more productive health units), distribution territorial by the Health Planning Areas and main groups of procedures performed. This is an exploratory study, using data from the SIA-SUS, referring to the procedures presented from January 2009 to December 2016. The secondary care in the city of Rio de Janeiro (RJ) presented 313,916,213 procedures in the period, which represents 36.5% of SIA-SUS procedures. There was a real increase in the amount produced in the years studied, however, in 2016 it showed an average retraction of 10%, compared to the previous year, which can be explained by the economic crisis and political decisions happened in the period. The municipal manager is the provider with the highest volume, however, among the health establishments, the Hospital Universitário Pedro Ernesto, of state management, is the largest producer, even with a significant drop in recent years, reflecting irregular and insufficient transfer of resources by the state manager. Among the groups of outpatient procedures, the most performed procedures belong to the group “clinical procedures” which, when detailed, it appears that in the subgroup “consultations/ consultations/ accompaniments”, consultation with a medical professional is preponderant. However, unfortunately, there is no way to know how many queries are new, the so-called “first-time queries”, as the system does not allow for individualized access. Considering that studies on the production of secondary care of the SIA-SUS are little explored, this dissertation brings important contributions on the concept of secondary care, the SIA-SUS and the registration and production of the municipality of Rio de Janeiro, especially in the context of crisis.

Keywords: Secondary Care; Information Systems; Health Status Indicators; Critical Pathways; Surgical Procedures, Operative.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1a- Distribuição de procedimentos segundo Nível de Complexidade – Município do Rio de Janeiro, 2009 a 2016 (N= 860.306.233)
- Tabela 2a- Distribuição de procedimentos realizados, por Documento de Origem. Município do Rio de Janeiro - 2009 a 2016 (N= 313.916.213)
- Tabela 3a- Distribuição de procedimentos realizados, por grupo de procedimentos ambulatoriais. Município do Rio de Janeiro, 2009 a 2016 (N= 313.916.213)
- Tabela 4a- Distribuição de Procedimentos com Finalidade Diagnóstica apresentados, segundo por Tipo de Prestador e Tipo de Estabelecimento, 2009 a 2016. Município do Rio de Janeiro (N= 196.972.010)
- Tabela 5a- Distribuição de Procedimentos com Finalidade Diagnóstica apresentados, segundo subgrupo de procedimentos, 2009 a 2016. Município do Rio de Janeiro (N= 196.972.010)
- Tabela 6a- Distribuição entre de Procedimentos Clínicos apresentados, por Tipo de Prestador e Tipo de Estabelecimento, 2009 a 2016. Município do Rio de Janeiro (n= 114.269.589)
- Tabela 7a- Distribuição de Procedimentos Clínicos apresentados, segundo subgrupo de procedimentos ambulatoriais. Município do Rio de Janeiro, 2009 a 2016 (n= 114.269.589)
- Tabela 8a- Distribuição de procedimentos realizados, segundo Tipo de Estabelecimento e Tipo de Prestador, Município do Rio de Janeiro, 2009 a 2016 (N= 313.916.213)
- Tabela 9a- Distribuição de procedimentos realizados, segundo Tipo de Prestador, por Tipo de Estabelecimento, por ano, Município do Rio de Janeiro - 2009 a 2016 (N= 313.916.213)
- Tabela 10a- Distribuição de procedimentos realizados, segundo Grupo de Procedimentos Ambulatoriais, por Tipo de Estabelecimento, por ano, Município do Rio de Janeiro, 2009 a 2016 (N= 313.916.213)
- Tabela 11a- Distribuição de procedimentos realizados, segundo classificação da Natureza Jurídica do Prestador (Pública ou Privada) e variáveis de interesse, por ano, Município do Rio de Janeiro - 2009 a 2016 (N= 313.916.213)

- Tabela 12a- Distribuição das dez unidades de saúde com maior produção, segundo Tipo de Prestador, Tipo de Estabelecimento, AP, Número de Procedimentos apresentados, Município do Rio de Janeiro, 2009 a 2016 (N=313.916.213)
- Tabela 13a- Distribuição das dez unidades de saúde com maior produção, segundo procedimentos apresentados de 2009 a 2016 e variação entre períodos de interesse. Rio de Janeiro (N=313.916.213)
- Tabela 14a- Distribuição de Procedimentos por ano segundo Área de Planejamento (AP), Município do Rio de Janeiro, 2009 a 2016 (N=313.916.213)
- Tabela 15a- Distribuição de estabelecimentos de saúde que apresentaram procedimentos, segundo área de planejamento, Município do Rio de Janeiro, 2009 a 2016 (N=313.916.213)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP	Área de Planejamento em Saúde
APAC	Autorização de Procedimentos de Alto Custo
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
BPA-C	Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado
BPA-I	Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNV	Arquivo de conversão
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DBC	Dados em Blocos Casualizados
DBF	Data Base Files
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DEF	Arquivo de definição
Ensp	Escola Nacional de Saúde Pública
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
HC-I	MS-INCA Hospital do Câncer I
HEMORIO	SES Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti
HFB	MS Hospital Federal de Bonsucesso
HFCF	MS Hospital Federal Cardoso Fontes
HFSE	MS Hospital Federal dos Servidores do Estado
HUCFF	UFRJ Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
HUPE	UERJ Hospital Universitário Pedro Ernesto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IEDE	SES Instituto Estadual Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione
INCA	MS-INCA Hospital do Câncer I
MRJ	Município do Rio de Janeiro
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde

OPM	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
P-APAC	Autorização de Procedimentos de Alto Custo - Procedimento Principal
RAAS-AD	Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - Atenção Domiciliar
RAAS-PSI	Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - Atenção Psicossocial
REUNI	Central de Regulação Unificada
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
S-APAC	Autorização de Procedimentos de Alto Custo - Procedimento Secundário
SCNES	Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde
SER	Sistema Estadual de Regulação
SES-RJ	Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SMS-RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	ASPECTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS	17
2.1	ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E A MÉDIA COMPLEXIDADE DO SIA-SUS	17
2.1.1	Média complexidade	17
2.2	O SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SUS (SIA- SUS).....	22
2.3	UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	24
2.4	ORGANIZAÇÃO SANITÁRIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO..	26
3	OBJETIVOS	30
3.1	OBJETIVO GERAL.....	30
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
4	MÉTODO	31
4.1	DESENHO DE ESTUDO E POPULAÇÃO DE INTERESSE.....	31
4.2	FONTE DE DADOS.....	31
4.2.1	Da construção do banco de dados	31
4.3	VARIÁVEIS.....	32
4.3.1	Variáveis selecionadas	33
4.3.2	Da formação de novas variáveis	35
4.4	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	37
4.4.1	Critério de inclusão	37
4.4.2	Crítérios de exclusão	38
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	38
4.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	39
5	RESULTADOS	40
5.1	MÉDIA COMPLEXIDADE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.....	40
5.2	ANÁLISE DOS GRUPOS DE PROCEDIMENTOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE APRESENTADOS NO SIA-SUS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.....	42
5.2.1	Análise do grupo de procedimentos com finalidade diagnóstica	44

5.2.2	Análise do grupo de procedimentos clínicos.....	48
5.3	MÉDIA COMPLEXIDADE SEGUNDO INFORMAÇÕES DO PRESTADOR	51
5.4	PRINCIPAIS ESTABELECIMENTOS PRODUTORES DA MÉDIA COMPLEXIDADE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.....	61
5.5	MÉDIA COMPLEXIDADE POR ÁREA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE (AP)	64
6	DISCUSSÃO.....	68
7	CONCLUSÃO.....	75
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
	REFERÊNCIAS.....	78
	ANEXO A – TABELAS DE RESULTADOS EM NÚMEROS ABSOLUTOS.....	87
	ANEXO B – GRUPOS E SUBGRUPOS, CONFORME TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E OPM DO SUS, APRESENTADOS NO SIA-SUS PELO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO DE 2009 A 2016.....	104

1 INTRODUÇÃO

Pesquisas sobre a atenção especializada representam um grande desafio na área de Saúde Pública, desde a dificuldade, a partir dos dados disponíveis, de desenvolver estudos sobre a integralidade e a efetividade do sistema, mas também, em decorrência da própria imprecisão do conceito de Média Complexidade (MC) a partir dos documentos ministeriais, que ora prioriza a Alta Complexidade (AC), ora prioriza a Atenção Primária, mas não prima por políticas mais orgânicas e integradas.

No Brasil, a produção referente à atenção especializada ambulatorial do SUS, pode ser explorada através do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS). Ainda que tenha um foco contábil em seu cerne, limitando algumas análises mais aprofundadas do quadro de saúde, o seu uso em pesquisa é imprescindível, para o aprimoramento desse sistema de informação pouco explorado.

A imprecisão do conceito de MC já dá pistas de como esse nível de atenção vem sendo negligenciado por gestores do SUS. Enquanto no SIA-SUS é adotada a nomenclatura “Média Complexidade”, nos documentos oficiais do Ministério da Saúde utiliza-se a agregação dos termos “média e alta complexidade” (BRASIL, 2011; CONASS, 2015).

Em decorrência da constante junção de termos em documentos públicos, uma dificuldade que se apresenta é a separação conceitual de MC e AC. Ambas são referentes à atenção especializada, contudo, o escopo da MC tem-se dado por exclusão, onde o que transcende à atenção básica, mas não pode ainda ser alocado como AC, seria a MC (Spedo *et al.*, 2010; SOLLA e CHIORO, 2012). Há, ainda, os termos atenção secundária e nível secundário, correntemente encontrado em textos de Saúde Coletiva e, na literatura, também tem sido utilizado o termo atenção especializada (CANONICI, 2014).

A despeito da profusão de termos, parece que uma ampla discussão sobre a MC e sua integração aos outros níveis do sistema ainda carece de ser feita, tanto por gestores quanto por estudiosos do assunto.

A Média Complexidade é fundamental em todos os níveis do sistema, uma vez que propicia o diagnóstico precoce de um grupo de doenças, auxilia no diagnóstico diferencial de outras, monitora o estado de saúde e o cuidado prestado, avalia as condições clínicas para a realização de certos procedimentos de maior risco ou complexidade (cirurgias, procedimentos e cuidados invasivos, etc.), bem como auxilia na avaliação da cura, recuperação e melhoria de saúde do paciente. Nesse sentido, o estudo sobre a sua produção pode ser usado com uma *proxy* para entender aspectos de saúde da população e do sistema de saúde.

Deste modo, utilizando-se dos dados do SIA-SUS, que são disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), foi elaborada uma pesquisa exploratória com os dados da produção ambulatorial de Média Complexidade do município do Rio de Janeiro, entre os anos de 2009 a 2016. Analisar a produção ao longo dos anos é de extrema relevância para o acompanhamento da realidade sanitária do município, já que isto torna possível traçar um perfil tanto das unidades que executam a atenção especializada ambulatorial de média complexidade, bem como dos procedimentos que foram realizados/apresentados.

Na última década, ocorreram intensas modificações na atenção à saúde no município do Rio de Janeiro, que é *locus* de análise do presente estudo.

Pode-se citar como exemplos, a expansão da Atenção Primária em Saúde e a introdução de nova dinâmica na regulação do Sistema de Saúde (SORANZ *et al.*, 2016).

A evolução da Atenção Primária em Saúde no Rio de Janeiro foi expressiva, acompanhando o contexto de revalorização da Atenção Primária como porta de entrada no sistema de saúde, induzida pelo Ministério da Saúde por meio de novas políticas regulamentais quanto por novo aporte de recurso financeiro.

Segundo HOWE *et al.*(2016) e SORANZ *et al.*(2016) no período de 2009 a 2015, praticamente o mesmo período de análise dessa pesquisa sobre a média complexidade, houve uma expansão da cobertura de 3,5% para cerca de 50% da população atendida no Rio de Janeiro.

A ampliação do atendimento na Atenção Primária em Saúde (APS) pode ser tomada como um dos fatores que impacta diretamente na atenção ambulatorial de média complexidade no município do Rio de Janeiro e, segundo SORANZ *et al.* (2016), provocou aumento de 535,4% no município. Contudo, este estudo não traz informações detalhadas se esse aumento expressivo melhorou a desigualdade em saúde entre o município do Rio de Janeiro.

Outra alteração relevante foi uma mudança no modo de operar a regulação recém implantada no Estado do Rio de Janeiro. Para obter atendimento em consultas/exames/procedimentos especializados, o município, que operava com uma central de regulação centralizada, implementou a descentralização da ação regulatória para as unidades de atenção primária em saúde, tendo como sujeitos da regulação do acesso à assistência, os Responsáveis Técnicos (RT) nas unidades de saúde (PINTO *et al.*, 2016; SMS-RIO, 2016).

Desta forma, tende-se a crer que o direcionamento que será dado pelo gestor às políticas públicas de saúde, como a ampliação de equipamentos prestadores de serviços, ou ainda, a forma com que são referenciados os pacientes para a atenção especializada, potencialmente impactará na utilização dos serviços de média complexidade.

Mais recentemente, o Estado do Rio de Janeiro passou e passa por uma extensa crise

política e financeira, impactando os serviços de saúde, sobretudo aqueles localizados na capital do Estado.

Outro ponto a destacar, acerca do município estudado, é a queda orçamentária ao longo dos últimos anos na expressiva rede de serviços de saúde federais, também impactando alterações na produção de serviços de saúde.

Em um cenário com tantas emblemáticas modificações sanitárias em período recente, prover resultados de estudo sobre a Média Complexidade pode contribuir para o planejamento e a tomada de decisão com maior responsabilidade sanitária por gestores de saúde, bem como produzir padrões para novos estudos sobre o mesmo tema.

2 ASPECTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS

2.1 ATENÇÃO ESPECIALIZADA, NÍVEIS DE COMPLEXIDADE E A MÉDIA COMPLEXIDADE DO SIA-SUS

A promulgação da Constituição Federal de 1988 e posteriormente, do SUS através da Lei 8.080 de 1990 instituíram um sistema de saúde, de caráter universal, e que rompe com o modelo previdenciário (contributivo) até então vigente, que condicionava o direito à saúde ao vínculo empregatício formal (Giovanella *et al.*; 2002). Assim, o SUS, incorporando o ideário do movimento de reforma sanitária, busca superar o modelo anterior fragmentado, excludente, e passa a engendrar novas formas de organização, uma “alteração radical” (MATTOS, 2009, p. 45) pautado em diretrizes, tais como: universalização, equidade, integralidade e os princípios organizativos: regionalização e hierarquização, descentralização e comando único e participação popular.

Mattos (2006) ressalta que a expressão integralidade não é claramente expressa na Constituição Federal, mas sim “atendimento integral”. O autor coloca ainda, que o princípio da integralidade contempla distintos sentidos¹. Destaque-se o que Mattos (2006, p. 56) chamou de “integralidade como modo de organizar os serviços e as práticas”. Nesta perspectiva, a integralidade diz respeito à crítica da fragmentação entre as ditas “práticas de saúde pública” e “práticas assistenciais”, considerando que o modelo anterior centrava as práticas assistenciais nos hospitais, enquanto as de saúde pública alocavam-se nos centros de saúde. Na proposta de superação desta dicotomização, a integralidade consiste na horizontalização de programas de saúde, bem como uma programação dos serviços de saúde concebida de modo a dar à população respostas mais apropriada às suas necessidades em saúde.

A que pese o fato da importância de pensar o cuidado em saúde com maior integralidade, inclusive na organização do sistema de saúde, o sistema de informação de saúde, sobretudo o SIA-SUS, pouco está organizado de forma fornecer informações que propicie reorganizar o cuidado com maior integralidade.

Em estudo avaliativo, Giovanella *et al.* (2002) objetivando mensurar a implementação da integralidade na Política de Saúde em municípios, classificam-na segundo quatro critérios²,

¹ Para aprofundamento dos sentidos atribuídos por Mattos à integralidade, vide MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

² O outro critério contemplava a integralidade sob a égide da “Primazia das ações de promoção e prevenção”(GIOVANILLA *et al.*; 2002, p. 47); um terceiro critério adotado analisou a “Articulação das ações de

um destes, compreende a integralidade como “Garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica” (GIOVANELA *et al.*; 2002, p. 50). Para avaliar a integralidade, contemplou-se a existência de uma oferta organizada, nos diferentes níveis de complexidade (baixa, média e alta), em uma rede articulada com fluxos de referência e contrarreferência, disponibilizada de forma ordenada e compatível com a população do território (GIOVANELA *et al.*; 2002). Portanto, esta autora relaciona integralidade a acesso a serviços de saúde remetendo aos princípios operativos de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde.

Lord Dawson apresentou a primeira proposta de organização do sistema de saúde na forma de redes exposta no Relatório Dawson, desenvolvido por solicitação do Ministério de Saúde do Reino Unido em 1920. Este é considerado um precursor na elaboração do conceito de organização do sistema de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada, por nível de complexidade. (LAVRAS, 2011). O Relatório Dawson instaurou as nomenclaturas em atenção primária e atenção secundária, como sendo níveis de atenção necessários ao atendimento de uma população, de uma determinada região (CANONICI, 2014).

Tais concepções acarretaram influência na organização de diversos sistemas de saúde no mundo, orientados por esta proposição, qual seja, a organização dos serviços níveis de assistência de complexidade crescente (NOVAES; MIR, 1990 apud SPEDO, 2010; LAVRAS, 2011; CANONICI, 2014).

É possível conceber os sistemas de saúde a partir de distintas lógicas organizacionais. A pirâmide clássica foi basilar na construção do modelo de hierarquização do SUS, em seus primórdios (SOLLA E CHIORO, 2012).

Esta concepção de níveis de atenção foi acolhida pelo SUS, que desde a CF de 1988 assumia que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada”. Contudo, especificamente a partir da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS) 01/2002, a regionalização é empregada como estratégia no SUS para a efetivação do conceito de três níveis de atenção, hierarquicamente relacionados, assim divididos: atenção básica, média complexidade e alta complexidade (SPEDO, 2010).

Sob este modelo hierárquico, a atenção básica (ou o nível primário de atenção) deve ser a porta de entrada preferencial dos serviços de saúde, e estar qualificado para responder aos principais problemas de saúde da população, e ser responsável ainda, por referenciar para os

promoção, prevenção e recuperação” (IDEM, p. 53); e o último, vislumbrava a “Abordagem integral dos indivíduos e família” (IBIDEM., p. 55).

serviços hospitalares ou ambulatoriais especializados aqueles que não sejam possíveis de obter resolutividade neste nível de atenção (SOLLA, CHIORO; 2012).

2.1.1 Média Complexidade

A Média Complexidade, segundo definição do Ministério da Saúde (2004), caracteriza-se como o conjunto de

ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e terapêutico (BRASIL/MS, 2004).

Esta definição de Média Complexidade também adotada por Spedo et al. (2010), coadunam com o elenco de procedimentos classificados pelo Ministério da Saúde na Média Complexidade. Tais procedimentos subsidiam o diagnóstico de doenças, assim, entende-se que a Média Complexidade é estratégica para possibilitar a ampliação da resolutividade na Atenção Básica (SPEDO ET AL., 2010).

Todavia, a compreensão objetiva do conceito de Média Complexidade a partir de revisão dos documentos do Ministério da Saúde não é uma tarefa simples. A nomenclatura “Média Complexidade”, mesmo sendo oficialmente adotada em um dos principais sistemas de registros de atenção especializada do Brasil (SIA-SUS), é pouco abordada na normalização oficial do Ministério da Saúde. Facilmente as informações encontradas estão relacionadas com a agregação dos termos “média e alta complexidade” (BRASIL, 2011d; 2015).

Em decorrência da constante junção de termos apresentados nesses documentos públicos, uma dificuldade que se apresenta é a separação conceitual de “média complexidade” e “alta complexidade”.

Ambas são referentes à atenção especializada, todavia o escopo da média complexidade tem-se dado por exclusão, onde o que transcende à atenção básica, mas não pode ainda ser alocado como alta complexidade, seria a média complexidade (SOLLA e CHIORO, 2012).

Some-se a isto, o entendimento mais recente, de que níveis de complexidade estão atrelados a uma visão fragmentada do sistema de saúde, que tem na produção de procedimentos o núcleo do modelo de atenção (BRASIL/CONASS, 2007; GOTTEMS et al., 2008; SPEDO, 2010). Já Canonici (2014) afirma que, pelo entendimento do senso comum, a atenção especializada tem sido compreendida como “consultas e exames especializados”.

Conforme Canonici (2014), na literatura recente tem sido comumente encontrado o termo atenção especializada, e progressivamente, vem substituindo a noção de que a atenção se dá em um determinado lugar, já que de forma geral, a atenção especializada demanda por uma estrutura organizacional que possua densidade tecnológica capaz de realizar uma gama de ações de saúde dependentes deste aparato, todavia não está adstrita a um local específico.

No SUS, a concepção inicial adotada em sua normativa foi a do sistema hierárquico, piramidal, conforme os níveis de complexidade correspondentes: atenção básica, média complexidade e alta complexidade, o que Mendes (2011, p83) classifica como “totalmente equivocada”, haja vista que este termo remete ao entendimento explícito, dicionarizado, de algo que é demasiadamente difícil, e não a sua real significação, que seria a teoria de complexidade.

Mendes (2011) explicita que é conveniente que o modelo hierárquico e piramidal seja comutado pelo modelo das redes poliárquicas de atenção à saúde, em que relações verticalizadas sejam substituídas por redes policêntricas horizontais. Desta forma, tende-se a compreender que a ausência do termo “média complexidade” isoladamente, em documentos oficiais, tais como leis, portarias e material instrutivo, deriva da adoção do conceito de linhas de cuidado, baseada em redes de atenção à saúde, dentre as quais, as redes de serviços ambulatoriais especializados (SOLLA; CHIORO, 2012).

Parece não haver na uma uniformidade na utilização destes conceitos. Rocha (2014) ressalta que na literatura em saúde no Brasil, encontramos comumente os termos atenção especializada, bem como, atenção secundária e terciária. Até mesmo em busca na indexação de palavras-chave nos sítios de descritores (nacionais e internacionais), não há correspondente para o termo atenção especializada (ROCHA, 2014). Assim como não há referência para a “média complexidade”, o correspondente para esta categoria seria “Secondary Care”, que vem a ser “Specialized health care delivered as a follow-up or referral from a Primary Care provider” (PUBMED –MeSH Terms (NCBI, 2018), ou em uma tradução livre, entende-se por “Cuidados de saúde especializados fornecidos como acompanhamento ou encaminhamento de um prestador de cuidados primários”.

No vocabulário de Descritores em Ciências da Saúde (DECS) criado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), que foi baseado nos descritores do MeSH - Medical Subject Headings da U.S. National Library of Medicine (NLM), por objetivar proporcionar correspondência entre os idiomas (português/Inglês/espanhol), também não teria como adotar Média Complexidade. Assim temos Atenção Secundária em Saúde, que é descrito como

“Nível de atenção representado por programas, sistemas e serviços de tratamento ambulatorial e pequenos hospitais de tecnologia intermediária, que incorpora funções do nível primário e acrescenta as de tratamento especializado, como objetivo de reabilitação. LILACS – DeCS (BIREME, 2018)

O emprego dos termos atenção secundária e nível secundário é bastante utilizado no Brasil, tendo sido correntemente encontrado, sobretudo, em obras que tem por referência a Saúde Coletiva, mas também, vislumbra-se costumeiramente em documentos técnicos de organizações da área da saúde. (CANONICI, 2014).

Mendes (2011) utiliza “média complexidade” como sinônimo de “atenção secundária”. A atenção secundária que compreende o nível de atenção hierárquico imediatamente superior à atenção primária em saúde³, onde a maioria das demandas por serviços de saúde devem ser absorvidas, por ser a porta de entrada prioritária do sistema de saúde desde a expansão da Estratégia de Saúde da Família no SUS.

Apesar da incorporação de novos pressupostos teóricos referentes a modelos de atenção em documentos oficiais do Ministério da saúde, no SIA-SUS ainda perdura a nomenclatura “Média Complexidade”, que reforça a manutenção do sistema piramidal, fragmentado (MENDES, 2011).

Uma possibilidade de análise das informações do SIA-SUS seria corroborar com a assertiva de Solla e Chioro (2012), de que definir se um procedimento enquadra-se na média ou alta complexidade, representa, verdadeiramente, uma correlação respectiva com conceito de médio e alto custo. Este entendimento pode ser ratificado ao usar como norte a compreensão de Mendes (2011), de que os níveis secundários e terciários não são mais complexos que a Atenção Primária em Saúde, mas são sim, os que demandam por maior densidade tecnológica (mais custosa), o que faz com que os gestores, profissionais e usuários, adotem uma sobrevalorização das práticas que são realizadas nestes níveis (secundário/média complexidade e terciário/alta complexidade). De modo objetivo,

o campo da média complexidade vem sendo compreendido, no âmbito do SUS, tão somente como locus de produção dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de atenção especializada de menor complexidade tecnológica ou, mais restritivamente ainda, pelos procedimentos especializados de menor valor financeiro incluídos nas tabelas do SUS (SIA e SIH) (SOLLA E CHIORO 2012).

A lógica de pagamento centrada em procedimentos reforça a perpetuação da fragmentação, sobretudo na média complexidade, já que não se considera o percurso terapêutico

³Segundo Starfield (2002) a Atenção Primária em Saúde (APS) se constitui como a porta de entrada do sistema de saúde. Ela lida com os problemas mais simples, disponibilizando a prevenção, tendo como foco o bem estar. Ela é responsável por organizar e fazer o uso racional dos recursos disponíveis, desde os básicos até os especializados, devendo ser direcionado para a “promoção, manutenção e melhora da saúde” (STARFIELD, 2002, p 28).

necessário à situação de saúde do usuário, mas sim, os procedimentos de modo descolado, já que as consultas e os procedimentos diagnósticos e terapêuticos estão desassociados, o que interfere na evolução do tratamento (CANONICI, 2014).

2.2 O SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS (SIA-SUS)

O Ministério da Saúde vem desenvolvendo, nas últimas décadas, sistemas eletrônicos compostos por “dados sobre nascimentos, óbitos, doenças de notificação, atendimentos hospitalares e ambulatoriais, atenção básica e orçamentos públicos em saúde, entre outros” (RIPSA, 2002, p.12).

As informações geradas por esses sistemas dão subsídio para o planejamento e tomada de decisões nos diferentes níveis de atenção e de gestão do Sistema de Saúde. Para Carvalho e Eduardo (1998) já há consenso de que o exercício de gerência, em qualquer setor, necessita de um sistema de apoio que seja baseado em informações, assim, a informação em saúde possibilita o conhecimento da realidade da população relativa às questões socioeconômica, demográfica e epidemiológica, apoiando o planejamento, a gestão e a avaliação do SUS e dos seus níveis (CARVALHO e EDUARDO, 1998).

Deste modo, pode-se considerar que alguns sistemas de informação são necessários, na medida em que possibilitam conhecer os problemas de saúde da população, bem como seus determinantes, tais como “características sociais, físicas, demográficas e outras que possam afetar a saúde” (CARVALHO e EDUARDO, 1998, p.30). Utilizar estas informações para a gestão é um modo de estar monitorando e avaliando estas informações, no que concerne a sua qualidade (CORIOLANO et al., 2018).

Com o intuito de disseminar as informações de forma hábil, e que possibilite aos gestores obter dados para avaliar a situação de saúde, o DATASUS desenvolveu ferramentas denominadas *Tabwin* e *Tabnet*. São de fácil acesso e possibilitam que sejam elaborados relatórios com dados oriundos dos sistemas de informação do SUS, inclua-se as informações provenientes do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) (CORIOLANO et al., 2018). Além destas duas ferramentas, através do DATASUS é possível obter os arquivos de produção ambulatorial (PA) no formato Dbase (DBF), que podem ser utilizados por outros programas de análise de banco de dados (BRASIL, 2010).

Segundo Coriolano et al. (2018), o SIA-SUS constitui-se como um dos principais sistemas nacionais de informação em saúde, de interesse assistencial. Criado na década de 90, o SIA-SUS, foi introduzido em substituição aos sistemas Guia de autorização de Pagamento

(GAP) e Sistema de Informações e Controle Ambulatorial da Previdência Social (SICAPS) (DATASUS, 2017; SANTOS, 2009).

O SIA-SUS foi implantado nas Secretarias Estaduais de Saúde em julho de 1994, sendo utilizado para o registro de procedimentos ambulatoriais⁴ visando ao financiamento, tendo como uma de suas funcionalidades a emissão do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA). Somente em 1996 foi difundido nas Secretarias Municipais de Saúde, com a edição da Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde do SUS (NOB-SUS 01/96). A partir de 1997 passou a processar, não somente o BPA, mas também Autorização de Procedimento de Alto Custo/Complexidade (APAC) (DATASUS, 2017).

Este subsistema, APAC⁵, registra informações individualizadas de procedimentos específicos, de [média e] alta complexidade, realizados em nível ambulatorial, cujo custo é elevado (RIPSA, 2002). Registram-se na APAC os procedimentos realizados pertencentes aos grupos de Medicamentos (de alto custo), de Nefrologia, de Quimioterapia, de Radioterapia e de Acompanhamento à Cirurgia Bariátrica. A APAC dispõe de informações detalhadas sobre o usuário. Atualmente, é possível obter, dentre outras variáveis, a identificação do paciente, que é feita através do número do Cartão Nacional de Saúde (CNS), a idade, o sexo, a cor/raça (BRASIL, 2015-16).

O SIA-SUS utiliza dois sistemas de base: o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), onde são cadastrados todos os estabelecimentos de saúde no Brasil, bem como os profissionais de saúde (recursos humanos), e permite ainda, conhecer a estrutura física disponível, quais sejam, os tipos de estabelecimentos, os equipamentos de diagnose disponíveis, dentre outras informações. O SIA-SUS utiliza também como base o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (SIGTAP), onde constam todos os procedimentos, e ainda atributos de compatibilidade para execução de procedimentos no SUS, bem como subgrupos, e forma de organização (CORIOLANO et al., 2018; SIGTAP, 2018).

O SIA-SUS possui como dinâmica de funcionamento, o envio pelos gestores de uma base de dados ao DATASUS-RJ, em cada mês, onde constam todos os procedimentos realizados nesta competência. Assim, o SIA-SUS demonstra o cálculo da produção aprovada nas unidades

⁴ O Manual Técnico Operacional SIA-SUS (BRASIL, 2009) coloca que os atendimentos, procedimentos e tratamentos são tomados como sinônimos.

⁵Os dados da APAC na atualidade referem-se aos atendimentos ambulatoriais realizados a partir de janeiro de 2008, já que a partir da Portaria GM/MS n.º 321 de 08 de fevereiro de 2007 foi instituída uma nova Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2015-06).

prestadoras de serviço, auxiliando o pagamento em função da programação físico-financeira (DATASUS, 2017).

Ao coletar e processar os dados que são informados pelas unidades prestadoras de serviço, o SIA-SUS proporciona às Secretarias de Saúde Municipais e Estaduais o acesso a informações gerenciais, e ainda, através dos relatórios detalhados, é possível otimizar os processos de Controle, Avaliação e Auditoria. (DATASUS, 2017). Os dados que são inseridos no sistema originam uma gama de informações, e deste modo o SIA-SUS fornece instrumentos para a operacionalização do controle orçamentário e de geração de informações que são exigidas para o Repasse do Custeio Ambulatorial (RCA) (CARVALHO e EDUARDO, 1998).

Cabe salientar que tais informações servem, também, como fonte de pesquisa, e os dados advindos do SIA-SUS têm sido utilizados, com crescente frequência, por intuições de ensino em saúde pública (RIPSA, 2002).

Contudo, não se pode desprezar o fato de que a informação não é neutra e está envolta de “componentes tecnológicos, econômicos, políticos, conceituais e ideológicos, associados a um referencial explicativo sistemático” (BRASIL, 2009), que pode ser colocada a serviço de determinada política, atendendo a interesses institucionais.

O SIA-SUS vem passando por aprimoramentos constantes no decorrer dos anos, para que possa fornecer informações padronizadas sobre atendimentos no nível ambulatorial. Ressalte-se que a produção da informação em saúde na atualidade é descentralizada, assim o município possui papel de destaque na alimentação dos sistemas de informação em saúde (CORIOLANO et al., 2018).

2.3 UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O SIA é composto por informações relacionadas à produção e à utilização de serviços a nível ambulatorial contendo tanto informações entendidas como de Atenção Básica como de atenção de média complexidade e de alta complexidade.

A utilização dos serviços de saúde compreende o uso dos serviços disponíveis, entendido como: “todo contato direto - consultas médicas, hospitalizações - ou indireto - realização de exames preventivos e diagnósticos - com os serviços de saúde”. (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p.190).

Travassos et al. (2002) expõem que diversos fatores podem influenciar no padrão de utilização dos sistemas de saúde. Desde os fatores individuais, ou seja, a forma que o indivíduo lida com suas questões de saúde; até os ligados ao modelo de financiamento do sistema de

saúde; ou ainda, à disponibilidade dos serviços para a população, incluindo o modo pelo qual se processa o pagamento aos serviços prestados e a estrutura administrativa para a prestação dos serviços.

A utilização dos serviços de saúde depende das necessidades de saúde do indivíduo, mas também de suas escolhas, do modo pelo qual este observa seu processo de saúde, considerando que, nem sempre “todas as necessidades se convertam em demandas e nem todas as demandas sejam atendidas” (TRAVASSOS *et al.*, 2000, p. 134), mas pode também, ser influenciada pela disponibilidade, pela cultura médica local e a ideologia dos prestadores existentes, já que pode induzir ao uso, nem sempre necessário. O que torna mais complexo, é que nem sempre é fácil distinguir a utilização necessária da não necessária (HULKA & WHEAT, 1985).

Pinealt e Develuy (1986, apud TRAVASSOS e MARTINS, 2004) colocam que a utilização dos serviços de saúde está sujeitas a diversos fatores, os quais se relacionam de um modo geral com

(a) à necessidade de saúde – morbidade, gravidade e urgência da doença; (b) a econômicas (renda, educação), culturais (religião) e psíquicas; (c) aos prestadores de serviços – características demográficas (idade e sexo), tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento; (d) à organização – recursos disponíveis, características da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatórios), modo de remuneração, acesso geográfico e social; (e) à política – tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema. (PINEAULT e DEVELUY, 1986 apud TRAVASSOS e MARTINS, p. 190-191)

Assim, para realizar estudos sobre a utilização, relacionados aos padrões de acesso e a aspectos da equidade, estes múltiplos fatores devem ser considerados, ou seccionados para análise.

Sassi e Béria (2001), ao fazer uma revisão sistemática sobre a utilização em diferentes países, entre os anos de 1990 e 1999, estabeleceram como critérios de análise das similaridades ou diferenças, dentre outros, a idade, o gênero, o tipo de seguro de saúde e a distância dos recursos disponíveis em determinada localidade.

Quando se analisa a disponibilidade de recursos em saúde, o número de médicos por habitantes é uma variável a ser investigada. Cabe considerar quantos prestadores de dado serviço existem em uma localidade, e a evolução ao longo do tempo, já que poderá influenciar no quantitativo a ser observado na medição do padrão de utilização deste serviço. Todavia, é importante salientar, que a existência de uma rede de saúde adequada às necessidades locais, minimiza o efeito da distância na utilização (SASSI e BÉRIA, 2001).

Os autores supracitados apontam que em países que dispõem de sistemas de saúde onde

o acesso aos serviços assistenciais é universal, o sistema possibilita uma redução da desigualdade de acesso, já que pessoas mais pobres são assistidas mais frequentemente.

Segundo Sassi e Béria (2001), ao medir a utilização dos serviços de saúde, estamos verificando também, em dada medida, a acessibilidade aos serviços. Neste sentido, corroboram Travassos e Martins (2004), já que argumentam que o uso de serviços é uma medida do acesso, mas não pode ser determinado somente por ele, mas também por múltiplos fatores que se relacionam, dentre outros, a aspectos contextuais.

Conforme exposto, grande parte dos estudos adota a utilização em diferentes categorias (gênero, raça, idade, aspectos sócio-econômicos, estado de saúde, localização geográfica, etc.) para compreender as disparidades existentes (TRAVASSOS e MARTINS, 2002; SASSI e BÉRIA, 2001; TRAVASSOS et al., 2002).

Em uma revisão realizada em 1995, Andersen expôs o seu modelo teórico de utilização de serviços desenvolvido em 1968, que contemplava fatores individuais e hospitalares, onde este

modelo, que serve de marco de referência neste estudo, assume que os principais fatores do perfil de consumo de saúde são agrupados em três dimensões: a) de capacitação; b) de necessidade e c) de predisposição. Os fatores de capacitação referem-se à capacidade de um indivíduo procurar e receber serviços de saúde. Eles estão diretamente ligados, por um lado, às condições econômicas individuais e familiares e, por outro, à oferta de serviços na comunidade onde o indivíduo reside. Esses fatores incluem renda, planos de saúde, suporte familiar, disponibilidade, proximidade e quantidade de serviços ofertados (ANDERSEN, 1995 apud Sawyer, Costa Leite, Alexandrino, 2002)

Andersen (1995) ao rever seu modelo desenvolvido em 1968, incorpora o reconhecimento de que, fatores externos seriam influenciadores da utilização, tais como características físicas, aspectos políticos e econômicos.

2.4 ORGANIZAÇÃO SANITÁRIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

O município do Rio de Janeiro, segundo estimativas do IBGE para o ano de 2017, possui 6.520.266 habitantes e densidade demográfica de 5.265,82 hab/km². O Plano Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ, 2013) explicita que a cidade, localizada no Estado do Rio de Janeiro, é integrante da Região Metropolitana I. A cidade possui uma vasta rede de unidades prestadoras de saúde em Média Complexidade, que conta com Unidades Federais, estaduais, municipais e estabelecimentos privados conveniados (SIA-SUS/CNES, 2016). A rede é composta por unidades de Atenção Básica e Ambulatorial, de Atenção Hospitalar, de Urgência e Emergência, de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), dentre outros.

Entretanto, a distribuição desses serviços não é uniforme, implicando desigualdade na oferta e produção dos serviços de saúde disponíveis (SMS-RJ, 2013). Somam-se a isso, desigualdades na ocupação da cidade, na oferta de transporte público, acarretando dificuldade de mobilidade na circulação de um grupo de pessoas entre suas moradias e os serviços de saúde (SMS-RJ, 2013). Tudo isso condicionam histórias distintas de adoecimento e mortalidade diferentes entre os moradores da cidade.

O município do Rio de Janeiro subdivide-se em dez áreas de planejamento em saúde (AP) e, segundo o último Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro disponível, relativo ao período de 2014-2017 (SMS-RJ, 2013), as dez áreas de planejamento apresentam grande heterogeneidade, onde a mais populosa é a AP 3.3 e a menos é a AP 1.0, com 959.404 e 294.919 habitantes, respectivamente (SMS-RJ, 2013).

Em função da histórica ocupação da cidade, a AP 1.0, localizada no centro da cidade, concentra o maior número de aparato público de saúde do município, e apesar de ser a área com menor densidade populacional, tem a maior proporção de pessoas vivendo em favelas (29,0%) (SMS-RJ, 2013).

A AP 2.1, com 645.100 habitantes, concentra o maior índice de desenvolvimento humano (IDH) do município, apresenta a maior densidade demográfica (14.051 hab./km²) e a maior proporção de idosos (23,1%). A AP 2.2, com população de 375.221 pessoas, tem um perfil semelhante à da AP 2.1 (SMS-RJ, 2013).

A AP 3.0, que englobam as AP 3.1, AP 3.2, AP 3.3, localizadas na Zona Norte, é a região mais populosa da cidade, com 37,9% dos habitantes da cidade, sendo que, aproximadamente, 50% moram em favelas (SMS-RJ, 2013). Respectivamente, as AP 3.1, AP 3.2, AP 3.3 tem uma população de 896.350, 576.268 e 959.404 habitantes (SMS-RJ, 2013).

A AP 4.0, apesar da extensa área de baixada na Zona Oeste, com a segunda maior em área, representando, aproximadamente 25% do território do Município (SMS-RJ, 2013), teve ocupação mais extensa em período mais recentemente. A AP 4.0 apresenta a segunda maior área em número de habitantes (919.420), mas com menor densidade demográfica da cidade (3.097 hab./km²) (SMS-RJ, 2013).

Ainda segundo o Plano Municipal de Saúde (SMS-RJ, 2013), a AP 5.0, localizada na extremidade da Zona Oeste, representa a segunda área mais populosa do município (27%), a maior área territorial, com a menor densidade demográfica (SMS-RJ, 2013). Composta pelas AP 5.1, 5.2 e 5.3 com, respectivamente, 678.457, 672.549 e 372.607 habitantes, é a região com maior distância do centro da cidade e ainda preserva 1/3 do seu território com ocupação rural.

Para regular o acesso à rede de serviços de saúde, a Secretaria Municipal de Saúde do

Rio de Janeiro (SMS-RIO) utiliza o Sistema Nacional de Regulação (SISREG) e o Sistema Estadual de Regulação (SER)⁶. Em procedimentos considerados estratégicos, as vagas são, em sua totalidade, aglutinadas na Central Unificada de Regulação (REUNI-RJ) (CIB-RJ, 2015), cuja responsabilidade de operacionalização é da Secretaria Estadual de Saúde (SES-RJ, 2015). É importante destacar que, desde o segundo semestre de 2012, o município do Rio de Janeiro apresenta uma particularidade no modelo de regulação do acesso à assistência. Desde então, ela passou por uma profunda alteração, passando a ser descentralizada (SORANZ et al., 2017), sendo a regulação do acesso à assistência feita a partir da unidade de atenção primária em saúde.

Nos últimos anos (2009 – 2015), houve importante mudança no modelo e na oferta sanitária do Município do Rio de Janeiro, sobretudo com a ampliação da cobertura de atenção básica, por meio da Estratégia de Saúde da Família, e da abertura de Unidades de Pronto Atendimento, (UPA) para reorganização do atendimento de urgência e emergência.

Segundo o último Plano Municipal de Saúde (SMS-RJ, 2013), a expansão da Estratégia de Saúde da Família buscou dar cobertura a todas as AP, implantando 805 equipes de Saúde da Família, 642 equipes de Saúde da Família com Programa Saúde na Escola e 54 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), no período de 2009 – 2012.

As Clínicas da Família (CF) foram os equipamentos que atenderam à expansão da APS adotada no município do Rio de Janeiro. Para a escolha desse modelo, considerou-se o cofinanciamento, posto que a partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foram instaurados incentivos financeiros para a ampliação de equipes. Outro fator considerado foram as experiências de outros municípios do Brasil e do mundo, que apresentavam significativas melhoras na saúde após a adoção da Estratégia de Saúde da Família.

O município do Rio de Janeiro é uma grande referência macrorregional em saúde, pela sua característica de formação onde, concentra relevante quantitativo de estabelecimentos públicos, dos quais, grandes hospitais universitários, institutos e hospitais federais, legado oriundo da sua história, por ter sido capital federal até 1960. (ROCHA, 2015). Estes grandes estabelecimentos prestadores são responsáveis por absorver não só a população residente, mas

⁶ A Comissão Intergestora Bispártite (CIB-RJ) deliberou, em julho de 2015, considerou vagas estratégicas que devem ser reguladas pelo SER, no momento da implantação do REUNI – RJ: Consultas de planejamento em radioterapia - oncologia; Procedimentos ambulatoriais (vaga de 1ª vez) de terapia renal substitutiva em doentes crônicos; Consultas ambulatoriais de 1ª vez em serviços hematológicos; Consultas ambulatoriais de 1ª vez para cirurgia bariátrica; Consultas ambulatoriais de 1ª vez em pré-natal de risco. Vagas para estes procedimentos/consultas deverão ser, em sua totalidade, aglutinadas na Central Unificada de Regulação (REUNI-RJ), cuja responsabilidade de operacionalização é da Secretaria Estadual de Saúde (SES-RJ, 2015).

também, grande parte da população do estado do Rio de Janeiro. Deste modo, cabe compreender que apesar de, o registro de procedimentos representar o quantitativo produzido no município, estas unidades de saúde abarcam também as necessidades de atenção especializada ambulatorial em média complexidade de grande parte do estado.

Com o intermédio dos dados disponíveis no SIA-SUS, pretende-se obter um panorama da produção da Média Complexidade no município do Rio de Janeiro, considerando o quantitativo geral de procedimentos realizados, as variações de produção relativo às características dos prestadores, à localização no território municipal, às principais unidades executantes, aos grupos de procedimentos do SIA-SUS. Destaca-se, ainda, que em período recente, bastante correspondente ao período do estudo, houve um contexto de grande mudança na oferta e organização dos serviços de saúde no Município, criando a expectativa de grande impacto nos procedimentos da média complexidade.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a produção de média complexidade no município do Rio de Janeiro disponibilizada pelo do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a série histórica da média complexidade do município do Rio de Janeiro, por grupo de procedimentos; por tipo de estabelecimento (unidade de atenção básica, hospitalar, etc.); tipo de prestador (público/privada; federal/estadual/municipal; hospitalar/ambulatorial).
- Descrever a distribuição territorial da Média Complexidade nas diferentes Áreas de Planejamento em Saúde do Município do Rio de Janeiro.
- Levantar os estabelecimentos de saúde que apresentam o maior quantitativo em produção ambulatorial.
- Caracterizar os principais grupos de procedimentos ambulatoriais de Média Complexidade apresentados.

4 MÉTODO

4.1 DESENHO DE ESTUDO E POPULAÇÃO DE INTERESSE

A fim de alcançar os objetivos propostos nesta dissertação, foi realizado estudo exploratório com base em análise de dados secundários, retrospectivos, oriundos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS).

O SIA-SUS é um Sistema de Informações desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) com o intuito precípuo de registrar os procedimentos realizados ambulatoriamente, em todo o território nacional, visando ao pagamento dessa produção ao prestador e ao controle do financiamento pelos gestores do SUS.

Como o objetivo desta dissertação é analisar a média complexidade no Município Rio de Janeiro (MRJ), optou-se por estudar os procedimentos constantes no SIA-SUS através da seleção “quantidade apresentada” (produzida), e não somente a “quantidade paga”, para incluir possíveis procedimentos glosados e não pagos no sistema.

A população pesquisada foram informações oriundas do SIA-SUS, referentes aos procedimentos realizados no município do Rio de Janeiro. O período de análise foi de 01 de janeiro de 2009 a 31 dezembro de 2016. A seleção do ano inicial do estudo relaciona-se com a alteração na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais – OPM do Sistema Único de Saúde – SUS, ocorrida em 2008. Considerando que no primeiro ano de transição poderia haver perdas em decorrência da implantação, optou-se por utilizar o ano de 2009, como marco inicial.

4.2 FONTE DE DADOS

4.2.1 Da construção do banco de dados

Na construção do banco de dados utilizou-se os dados do SIA-SUS, relativos à população de interesse, obtidos no portal do DATASUS (www.datasus.gov.br). Estes dados originários, são disponibilizados no formato “.dbc” (Delineamentos em Blocos Casualizados). Estes arquivos foram tabulados através de programas de análise estatística de dados.

Utilizou-se arquivos originais “.dbc” do período de janeiro de 2009 a julho de 2017, considerando que os municípios devem lançar seus registros em até dois meses posteriores. Todavia, empregou-se uma margem maior de dados referentes a seis meses subsequentes para

garantir que, mesmo tendo havido um atraso no lançamento dos dados correspondentes ao último mês de interesse da pesquisa (dezembro de 2016), não haveria perda.

Os dados foram inicialmente tabulados no TabWin414 (TabWin), entretanto, este sistema possui algumas limitações em relação à possibilidades de tabulação dos dados, assim, optou-se por utilizá-lo apenas como instrumento de seleção e conversão dos dados para o formato “.dbf”, a fim de transportá-los para em outro programa de análise de dados.

Para conversão dos dados, através do TabWin, filtrou-se por “mês de atendimento” (janeiro de 2009 a julho de 2017), e por “município de atendimento” (Rio de Janeiro) e “quantidade apresentada”. Os dados referentes aos meses foram salvos por períodos, considerando a grande dimensão dos arquivos originais (em “.dbc”).

Posteriormente, os dados foram checados, gerando tabelas em dbc e dbf no TabWin e posteriormente, comparando com a frequência do programa de análise de dados.

4.3 VARIÁVEIS

As variáveis de análise selecionadas fora aquelas que, de modo geral, expressariam uma *proxy* da produção da média complexidade no município do Rio de Janeiro, e que possibilitassem, vislumbrar onde este atendimento ocorre, ou seja, que tipo de estabelecimento, qual a natureza jurídica deste prestador; verificar a produção nas diferentes áreas existentes no município bem como identificar a produção das unidades, individualmente, possibilitando destacar as mais relevantes, em relação ao aspecto quantitativo.

Pretendeu-se ainda, conhecer os procedimentos preponderantemente apresentados, segundo classificação por grupo e subgrupo da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais – OPM do Sistema Único de Saúde – SUS. Pelos procedimentos objetivou-se conhecer sua distribuição anual, bem como por informações do estabelecimento prestador.

São descritas a seguir, as informações selecionadas do SIA-SUS e as variáveis criadas a partir destas. Entre parênteses consta o nome da variável tal como ela é apresentada no Informe Técnico 2015-16 de Disseminação de Informações do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), que é também, a forma como ela pode ser identificada nos arquivos “.dbf” disponibilizados para tabulação através do DATASUS.

Tendo em vista que a produção proveniente do Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C) não contempla informações relativas ao paciente, ao menos nos arquivos disseminados no sítio do DATASUS e, que a produção em BPA-C representou mais de 90%

dos procedimentos de Média Complexidade do SIA-SUS do município do Rio de Janeiro no período estudado, ficou irrelevante a inclusão das variáveis sexo, idade, município de origem, dentre outras. Essas informações são exclusivas da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) e do Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) e que, portanto, representam apenas uma pequena parte do banco da média complexidade (menos que 10%).

4.3.1 Variáveis selecionadas

- **Código do SCNES do Estabelecimento de Saúde (PA_CODUNI):** Diz respeito ao número de registro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Através do CNES é possível obter informações como nome do estabelecimento, endereço, dentre outros. A partir desta foi criada a variável “CNES NOME”.
- **Tipo de do Estabelecimento (PA_TPUPS):** Esta variável possui o Tipo de Estabelecimento em que foi prestado o procedimento. Inicialmente era composta por 42 categorias. Tais categorias foram aglutinadas, por características similares entre estes serviços, objetivando uma análise mais objetiva. Assim, os estabelecimentos de saúde foram categorizados conforme quadro abaixo:

Quadro 1 – Categorias da variável Tipo de Estabelecimento

Categorização Original	Categorização Utilizada
Posto de saúde; Centro de saúde/Unidade Básica de saúde; Policlínica; Unidade Mista; Centro de Apoio à Saúde da Família-CASF; Unidade De Atenção à Saúde Indígena; Centro de Atenção Psicossocial-CAPS; Consultório; Unidade Móvel Fluvial; Clínica Especializada/Ambulatório Especializado; Hospital Dia	Atenção Primária e Ambulatorial
Hospital Geral; Hospital Especializado; Centro de Parto Normal	Atenção Hospitalar

Quadro 1 – Categorias da variável Tipo de Estabelecimento (Continuação)

Categorização Original	Categorização Utilizada
Pronto Socorro Geral; Pronto Socorro Especializado; Unidade Móvel de Nível Pré-Hosp-Urgência/Emergência; Pronto Atendimento; Unidade Móvel Terrestre	Atendimento em Urgência e Emergência
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia; Laboratório Central de saúde Pública - Lacen; Laboratório de saúde Pública; Centro De Atenção Hemoterápica e/ou Hematológica	SADT
Farmácia	Farmácia
Unidade de Vigilância em saúde	Vigilância em Saúde
Central de Regulação de Serviços De saúde; Secretaria de saúde; Central de Regulação Médica das Urgências; Central de Regulação	Central de Regulação
Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (Home Care); Unidade de Atenção em Regime Residencial	Home Care
Cooperativa; Oficina Ortopédica; Telesaúde	Outros

Fonte: Manual Técnico Operacional SIA-SUS Sistema De Informações Ambulatoriais (BRASIL, 2010).

- Tipo de Prestador (PA_TIPPRE):** Esta variável expressa a que esfera pertence o prestador e a sua natureza jurídica: Esfera Municipal, Estadual, Federal, Estabelecimento Privado com Fins Lucrativos, Estabelecimento Privado Lucrativo Simples, Estabelecimento Privado sem fins Lucrativos, Estabelecimento Filantrópico com CNAS válido ou Estabelecimento Sindical. Esta variável sofreu algumas alterações no banco de dados do DATASUS ao longo dos anos de estudo, o que poderia gerar inconsistências. Desta forma, utiliza-se os dados desta variável como base para a formação de uma nova variável, mantendo a nomenclatura, todavia complementando com outra forma de tratamento de dados, onde também sua categorização foi reorganizada.

- **Data da realização do Procedimento /Competência (PA_CMP):** Identifica a data em que o procedimento fora realizado, agregada por ano.
- **Código de Procedimento Ambulatorial (PA_PROC_ID):** Identifica o procedimento realizado segundo a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais – OPM do Sistema Único de Saúde – SUS. Esta Tabela está disponível através do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos (SIGTAP). O Código de Procedimento Ambulatorial possui em sua formação uma estrutura fixa, composta por 10 dígitos, onde os dois primeiros correspondem ao grupo, e que juntamente com o terceiro e quarto identificam o subgrupo (BRASIL, 2011). Assim, a partir da variável Código do Procedimento (PA_PROC_ID), foi possível criar a duas novas categorias: Grupo e Subgrupo do procedimento.
- **Complexidade do Procedimento (PA_NIVCPL):** Permite conhecer qual o nível de complexidade do procedimento apresentado no SIA-SUS, Atenção Básica, Média ou Alta Complexidade.
- **Documento de origem (PA_DOCORIG):** Identifica o Instrumento de Registro em que fora apresentado o procedimento, subdividido em: Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C), Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I), Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade - procedimento principal e procedimento secundário - (P-APAC e S-APAC), Registro da Ações Ambulatoriais de Saúde- Atenção Domiciliar (RAAS-AD) e Registro da Ações Ambulatoriais de Saúde – Psicossocial (RAAS-PSI).
- **Quantidade Produzida (Apresentada) (PA_QTDPRO):** Quantidade de procedimentos apresentados no SIA-SUS.

4.3.2 Da formação de novas variáveis

- **Ano de atendimento:** Criou-se esta variável (ANO_ATEND) objetivando as categorizações por ano.

- **Nome do Estabelecimento:** A partir da variável CNES, elaborou-se a variável CNES_NOME, a fim de identificar as unidades correspondentes.
- **Grupo do procedimento** (grupo_procedim): Utilizou-se os dois dígitos iniciais do Procedimento Realizado (PA_PROC_ID) a fim de atribuir-lhe o grupo ao qual pertence na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais – OPM do Sistema Único de Saúde – SUS (Tabela SIGTAP).
- **Subgrupo do procedimento** (Subgrupo_proced): Utilizou-se os quatro dígitos iniciais do procedimento realizado (PA_PROC_ID) a fim de atribuir ao procedimento realizado o Subgrupo ao qual pertence na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais – OPM do Sistema Único de Saúde – SUS (Tabela SIGTAP).
- **Tipo de Prestador** (ESFERA): A categoria original Tipo de Prestador ou Esfera Administrativa (PA_TIPPRE) sofreu algumas mudanças. Para procedimentos apresentados até maio de 2012, encontra-se estes dados nas variáveis "Natureza" e "Esfera Administrativa". Durante um período de transição, de junho de 2012 a outubro de 2015, localiza-se tais informações como "Natureza" e "Esfera Administrativa", e também como "Natureza Jurídica" e "Esfera Jurídica". E por fim, desde novembro de 2015, toma-se por referência as variáveis "Natureza Jurídica" e "Esfera Jurídica". Todavia, "Natureza Jurídica" contém 69 categorias, e foi possível verificar que devido à dificuldade em se classificar os estabelecimentos (no momento do cadastramento), muitos constam no SIA-SUS como “Não especificado ou ignorado”.
Portanto, optou-se por elaborar uma nova variável Tipo de Prestador, associando categorias do Tipo de Prestador ao CNES, e não somente ao procedimento. O que permitiu que esta variável categorizasse estabelecimentos, neste quesito, por procedimentos apresentados após junho de 2015. Já os estabelecimentos que possuem CNES posteriores esta data, e portanto, não classificados segundo o Tipo de Prestador pelo SIA-SUS, foram individualmente analisados, identificados e classificados.
A necessidade de preterir a nova classificação, Natureza Jurídica, advém da sua inconsistência. Diante da categoria criada “Tipo de Prestador”, definiram-se os valores pelos quais seriam compreendidas, conforme:

Quadro 2 – Categorias da variável Tipo de Prestador

Categorização Original	Categorização Utilizada
Esfera Federal	Público Federal
Esfera Estadual	Público Estadual
Esfera Municipal	Público Municipal
Estabelecimento Privado com Fins Lucrativos PJ/PF; Estabelecimento Privado Lucrativo SIMPLES	Privado com fins de Lucro
Estabelecimento Privado sem fins Lucrativos; Estabelecimento Filantrópico com CNAS válido; Estabelecimento Sindical	Privado sem fins de Lucro

Fonte: Manual Técnico Operacional SIA-SUS Sistema De Informações Ambulatoriais (BRASIL, 2010).

- **Áreas de Planejamento em saúde (AP):** Criou-se esta variável a fim de categorizar as dez Áreas de Planejamento em Saúde do município do Rio de Janeiro, utilizando como base o CNES_NOME. As unidades pertencentes à rede municipal já possuem no seu nome a numeração das áreas de planejamento correspondentes, contudo, as demais unidades (federais, estaduais e privadas) necessitaram de uma verificação individual para checar o endereço e atribuir a área a qual pertenciam, ou se tal divisão não caberia, como nas unidades móveis e na central de regulação.
- **Principais Produtores (PRINC_PROD):** Após gerar uma frequência de produção por CNES, foram identificados e desagregados os dez prestadores com maior quantitativo de produção na somatória do período estudado. Criou-se esta categoria com o propósito de melhor explorá-los.

4.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

4.4.1 Critério de inclusão

Integrarão o Conjunto de dados para análise todos os procedimentos de Média Complexidade realizados no município do Rio de Janeiro apresentados ao SIA-SUS, no período

estudado, de todos os serviços e prestadores do SUS localizados no município do Rio de Janeiro, seja da gestão pública municipal, estadual ou federal, ou ainda, privado com fins lucrativos e sem fins lucrativos, que possuem convênio com o SUS.

4.4.2 Critérios de exclusão

Não serão objeto de aprofundamento no estudo os procedimentos que constam no SIA-SUS, mas dizem respeito a procedimentos ambulatoriais de Atenção Básica e de Alta Complexidade.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados, inicialmente foi realizada uma distribuição de frequência e proporção de todas as variáveis em relação aos anos de estudo e, posteriormente, foram realizados cruzamentos buscando explorar o conjunto de dados sobre a média complexidade.

Com o intuito de localizar a representatividade da Média Complexidade dentro do conjunto de dados do SIA-SUS, foi utilizado, em um primeiro momento o banco contendo todos os Níveis de Complexidade que estão disponíveis no sistema: Atenção Básica, Média Complexidade, Alta Complexidade e os procedimentos onde a complexidade “Não se aplica”⁷. Posteriormente, realizou-se uma seleção por Complexidade do Procedimento igual a “Média Complexidade”, onde foram excluídos os dados que correspondiam às demais categorias, gerando assim, um novo banco.

A partir deste banco foram geradas frequências e cruzamentos entre categorias de interesse. Foram realizadas análises de números relativos e absolutos, considerando recorte temporal, comparações proporcionais e variabilidade entre períodos.

Salienta-se que em relação aos aspectos comparativos, são em alguns momentos realizados entre categorias diferentes no mesmo ano, ou ao longo de todo o período de estudo, e em outros, analisa a categoria individualmente de forma longitudinal, a depender da questão de interesse a ser elucidada.

⁷“Não se aplica” corresponde a procedimentos do grupo ações de promoção e prevenção em saúde (de vigilância em saúde na vigilância sanitária); ao grupo de órteses e próteses e materiais especiais (relacionadas e não relacionadas ao ato cirúrgico); e do grupo ações complementares da atenção à saúde (em autorização/regulação de deslocamento/ajuda de custo).

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os dados utilizados nesta pesquisa são de domínio público, disponibilizados para consulta através do sítio do DATASUS, não sendo utilizados quaisquer dados restritos, portanto, não apresenta exigência de submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, ou de qualquer outra instância.

5 RESULTADOS

O capítulo de resultado desta pesquisa exploratória sobre a Média Complexidade no Município do Rio de Janeiro, obtidos a partir do SIA-SUS, está organizado em cinco etapas. Em um primeiro momento foi utilizado o banco contendo todos os procedimentos apresentados no SIA-SUS de 2009 a 2016, que é composto por procedimentos de Atenção básica, Média Complexidade, Alta Complexidade, perfazendo 860.306.233 casos. Assim, foi denominado o tópico 5.1 Média complexidade no Município do Rio de Janeiro, permitindo localizar a produção de média complexidade, no total de procedimentos do período estudado.

Posteriormente, a partir do banco composto apenas por procedimentos de Média Complexidade apresentados no SIA-SUS, foram extraídos os dados que formam os tópicos que seguem: 5.2 Análise por grupos de procedimentos ambulatoriais de Média Complexidade; 5.3 Média Complexidade segundo informações do prestador; 5.4 Principais estabelecimentos produtores da média complexidade no município do Rio de Janeiro; e 5.5 Média Complexidade por Área de Planejamento em Saúde (AP). O banco de Média Complexidade possuía 313.916.213 procedimentos apresentados, entretanto, pode haver variação no quantitativo de casos em função da seleção de variáveis e categorias de interesse.

Tendo em vista o tamanho dos números que representam a média complexidade conterem muitos dígitos, na ordem de 9 dígitos, sem casa decimal, optou-se por incluir as tabelas apenas com os percentuais, visto que disponibilizar número e percentual por ano tornaria a tabela muito extensa, prejudicando a visualização da informação. Para sanar essa questão, para cada tabela com percentual apresentada no capítulo de resultado, foi criada uma correspondente com os números exatos, disponíveis no anexo dessa dissertação. As tabelas com percentuais e números exatos foram dispostas com a mesma numeração para manter uma correlação, diferenciando-se pelas letras “a” e “b”, sendo “a” aquelas que contêm as informações em percentuais e, “b” as com números exatos.

5.1 MÉDIA COMPLEXIDADE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

No SIA-SUS registram-se os procedimentos ambulatoriais realizados no âmbito do SUS. Os procedimentos no SIA-SUS são classificados segundo seu Nível de Complexidade: Atenção Básica, Média Complexidade, Alta Complexidade ou não se aplica.

Observa-se na Tabela 1a, que apresenta os dados em número percentual, a participação da Atenção de Média complexidade se aproximou da Alta Complexidade em todos os anos

analisados. Foi a mais elevada de todos os níveis de atenção nos primeiros anos (2009, 2011 e 2012) tendo a Atenção de Alta Complexidade assumindo uma maior participação nos demais anos. Enquanto a Atenção Básica apresentou uma elevação na participação percentual da totalidade de procedimentos apresentados, de 2009 a 2016, a Atenção de média complexidade e de alta complexidade tiveram um decréscimo (Tabela 1a). Em dois momentos essa redução foi mais marcada; de 2009 para 2013 com redução de 13,4%, e de 2013 para 2016 com uma redução menor, de 7,5% (Tabela 1b). A Média Complexidade representou, em média, 36% do total de procedimentos realizados no âmbito ambulatorial do Município do Rio de Janeiro de 2009 a 2016 (Tabela 1a).

Na Tabela 1b, em anexo, que apresenta os dados da Tabela 1a em número absoluto, observa-se que entre o ano de 2009 e o ano de 2016 houve um aumento de 88% no volume de procedimentos realizados relativos à Atenção Ambulatorial no Rio de Janeiro.

A Tabela 1b mostra ainda que, ao se considerar o período de 2009 para 2015, todos apresentaram incremento no volume de procedimentos; a Atenção de Ambulatorial, considerando todos os níveis de complexidade, teve um incremento de 106%. Já Atenção Básica aumentou 229% entre esses dois anos; seguida dos procedimentos classificados por “não se aplica”, 174%; da Atenção de Alta Complexidade, 90%; e a que teve o menor percentual foi a Atenção de Média Complexidade, com 70%. Nesse período recortado (2009 a 2015), somente nos anos de 2010 para 2011 a Atenção de Alta Complexidade apresentou decréscimo no volume de procedimentos assim como os procedimentos não classificados em complexidade (não se aplica) que apresentaram decréscimo de 2010 para 2011 e de 2014 para 2015.

Já no ano de 2016 em relação a 2015 houve um decréscimo de 8% no volume total da Atenção Básica e em todos os níveis da Atenção Ambulatorial exceto os procedimentos denominados como Não se Aplica (Tabela 1b). A Atenção de Alta Complexidade foi a que teve o maior número de procedimentos na maior parte dos anos estudados quando somente nos anos de 2009, 2011 e 2012 a Média Complexidade a ultrapassou. Portanto a Média e a Alta Complexidade se alternaram como os que apresentaram o maior número de procedimentos nos anos em estudo (Tabela 1b).

No período total do estudo, a média complexidade apresentou um aumento de 51% na produção.

Tabela 1a- Distribuição de procedimentos segundo Nível de Complexidade – Município do Rio de Janeiro, 2009 a 2016 (N= 860.306.233)

Nível de Complexidade	Procedimentos Apresentados por ano (%)								
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
Atenção Básica	17,9	17,0	24,5	26,8	25,9	26,1	28,7	29,7	25,4
Média Complexidade	41,7	39,1	40,0	36,9	36,1	35,2	33,9	33,4	36,5
Alta Complexidade	40,1	43,1	34,9	35,8	37,4	38,2	36,9	35,4	37,4
Não se Aplica	0,4	0,8	0,5	0,5	0,6	0,5	0,5	1,5	0,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

Nota: “Não se aplica” corresponde a procedimentos do grupo ações de promoção e prevenção em saúde (de vigilância em saúde na vigilância sanitária); ao grupo de órteses e próteses e materiais especiais (relacionadas e não relacionadas ao ato cirúrgico); e do grupo ações complementares da atenção à saúde (em autorização/regulação de deslocamento/ajuda de custo).

5.2 ANÁLISE POR GRUPOS DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE

Neste item, a perspectiva de análise recai sobre os procedimentos realizados na atenção ambulatorial, registrados por meio do SIASUS. São especificados os grupos de procedimentos, o documento de registro que este procedimento gerou, e ainda, a correspondência entre grupos de procedimentos por cada Tipo de Prestador (Público Federal, Estadual ou Municipal; Privado com ou sem fins de lucro).

Tomando-se por base a Tabela 2a, constata-se que 92,29% dos procedimentos registrados no SIA-SUS em Média Complexidade são oriundos do Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C). Cabe especial destaque, ao crescimento abrupto de procedimentos do Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) do ano de 2015 para 2016, passando de 4,2 % para 17,6%, com reflexo direto de diminuição do BPA-C, que de 94% passou para 80% (Tabela 2a), o que pode ser corroborado na Tabela 2b (em anexo), onde o aumento do BPA-I corresponde a uma variação de 280% e a diminuição do BPA-C, uma queda de 23% de registros em relação ao ano anterior.

No período de estudo, 2009 A 2016, registros por meio da APAC-P (procedimento principal) apresentaram uma queda acumulada de 93%, enquanto os procedimentos da RAAS-PSI, que começaram a ser registrados em 2013, aumentaram sua produção apresentada em 268% (Tabela 2b).

Tabela 2a- Distribuição de procedimentos realizados, por Documento de Origem. Município do Rio de Janeiro, 2009 a 2016 (N= 313.916.213)

Documento de origem	Procedimentos apresentados por ano (%)								
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
BPA-C	92,31	93,52	93,55	94,10	95,00	94,83	94,42	80,65	92,29
BPA-I	4,95	4,29	4,40	3,97	3,66	3,91	4,20	17,64	5,95
APAC – Proc. Principal	1,05	0,80	0,88	0,77	0,05	0,04	0,04	0,05	0,41
APAC – Proc. Secundário	1,69	1,39	1,17	1,15	1,14	1,00	1,03	1,21	1,19
RAAS – Aten. Domiciliar	0,00	0,00	0,00	0,02	0,03	0,04	0,03	0,01	0,02
RAAS - Psicossocial	0,00	0,00	0,00	0,00	0,12	0,18	0,27	0,44	0,14
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

Explorando os procedimentos ambulatoriais registrados no SIA-SUS segundo Grupos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS), que integram o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos (SIGTAP), verificou-se que os Grupos “Procedimentos com finalidade diagnóstica” e “Procedimentos clínicos” representam quase a totalidade dos registros de produção da Média Complexidade. Somente estes, em conjunto, compõem 99,15% do banco (Tabela 3a). Deste modo, estes dois grupos de procedimentos são aprofundados, nos subitens 5.2.1 e 5.2.2, onde são detalhados seus subgrupos, o Tipo de Prestador e o Tipo de Estabelecimento.

Na tabela 3a observa-se que são considerados de média complexidade alguns procedimentos de Promoção e Prevenção, procedimentos clínicos e cirúrgicos, procedimentos para fins diagnósticos e procedimentos ambulatoriais relacionados a transplantes.

De janeiro de 2009 a dezembro de 2016 foram apresentados, no total, 313.916.213 procedimentos de Média Complexidade no SIA-SUS. Em números absolutos, houve aumento de 40,17% em 2015 em relação ao ano de 2009, mas queda em 2016 (-10,52%), comparado a 2015 (Tabela 3b).

Ao se considerar o ano inicial e o ano final da pesquisa, nota-se que nos grupos de procedimentos clínicos e Grupo procedimentos com finalidade diagnóstica, apresentaram uma diferença percentual de quase 4% em direções inversas, onde o Grupo procedimentos com

finalidade diagnóstica passou de aproximadamente 66% da média complexidade para 62%, ao passo que o Grupo de procedimentos clínicos, que correspondia a cerca de 32%, passou para 36% da produção, aproximadamente (Tabela 3a).

Na tabela 3b, com dados em número absoluto, entre o ano de 2009 e de 2016 os procedimentos clínicos tiveram um aumento de 67%, as ações de promoção e prevenção em saúde aumentaram em 61% e os procedimentos com finalidade terapêutica aumentaram 43%. Por outro lado, apresentaram redução os procedimentos de transplantes e os cirúrgicos com -15% e -23% respectivamente. Entre o período de 2014 e 2015 houve uma queda, tendo se acentuado entre 2015 e 2016.

Tabela 3a - Distribuição de procedimentos realizados, por grupo de procedimentos ambulatoriais. Município do Rio de Janeiro, 2009 a 2016(N= 313.916.213)

Informações do Procedimento	Procedimentos apresentados por ano (%)								
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Grupo de procedimentos ambulatoriais									
Ações de prom.e prevenção em saúde	0,38	0,38	0,45	0,42	0,39	0,34	0,39	0,41	0,39
Proc. c/ finalidade diagnóstica	66,33	63,29	61,31	64,09	62,63	60,22	62,68	62,91	62,75
Procedimentos clínicos	32,54	35,54	37,81	35,15	36,58	39,09	36,54	36,30	36,40
Procedimentos cirúrgicos	0,71	0,76	0,41	0,31	0,32	0,34	0,37	0,36	0,43
Transpl.de órgãos, tecidos e células	0,04	0,03	0,03	0,03	0,08	0,02	0,02	0,02	0,03
Outros	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

5.2.1 - Análise do grupo “procedimentos com finalidade diagnóstica”

Na tabela 4a, o grupo Procedimentos com finalidade diagnóstica é distribuído segundo o Tipo de prestador (Público municipal, federal, estadual; ou privado com fins de lucro e privado sem fins de lucro) e o Tipo de Estabelecimento produtor. Neste grupo, em todos os anos a maior participação na produção ambulatorial de média complexidade é do ente municipal (46%), seguido pelo ente federal (25%) (Tabela 4a).

O ente estadual apresentou crescimento de 2009 até 2015 (Tabela 4a). Possuía uma

representatividade de 10% do grupo, em 2009, passou para 20% da produção total de procedimentos com finalidade diagnóstica apresentados, no ano de 2015 (Tabela 4a). Mesmo com a retração de 34% no ano de 2016, no período total de estudo apresentou a maior variação entre os entes, perfazendo um crescimento de 103% (Tabela 4b) no período total do estudo (2009 a 2016).

O privado sem fins de lucro manteve-se na casa dos dois milhões de procedimentos apresentados (Tabela 4b), correspondendo, em média, a 2,6% dos procedimentos deste grupo, e no ano final (2016), comparado ao ano inicial (2009), constata-se que a variação total foi de -3%. Já o privado com fins de lucro, no mesmo período, aumentou a sua produção em 21% (Tabela 4b).

No que tange ao tipo de estabelecimento, verifica-se que a produção possui maior concentração na atenção hospitalar, correspondendo a cerca de 58% do total de apresentados (Tabela 4a). Contudo, houve uma diminuição proporcional da representatividade neste Tipo de Estabelecimento, que em 2009 respondia por cerca de 74% da produção, e em 2016 por 47% (Tabela 4a).

Tomando 2016 por base, se comparado a 2009, os Procedimentos com Finalidade Diagnóstica diminuíram 9%, e aumentaram em todos os outros tipos de estabelecimento que os realizam (Tabela 4b). Destaque para estabelecimentos de Atendimento em urgência/emergência, que ampliaram em 732% sua produção apresentada, e da Atenção primária e ambulatorial, com crescimento de 162% (Tabela 4b).

Ainda que continuem sendo realizados, em sua maioria, em unidades de Atenção Hospitalar, há um movimento que indica a migração das unidades de realização dos procedimentos deste grupo. No último ano de estudo (2016), a diferença de produção entre este tipo de estabelecimento e a atenção primária e ambulatorial foi de apenas 5% dos procedimentos apresentados (Tabela 4a e b).

Tabela 4a- Distribuição de Procedimentos com Finalidade Diagnóstica apresentados, segundo por Tipo de Prestador e Tipo de Estabelecimento, 2009 a 2016. Município do Rio de Janeiro (N= 196.972.010)

Variáveis de Interesse	Procedimentos apresentados por ano (%)								
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Tipo de Prestador									
Municipal	43,9	42,9	47,9	41,6	43,3	47,3	48,9	51,5	46,1
Estadual	10,4	15,0	15,8	19,7	20,8	20,2	20,4	14,8	17,5
Federal	30,9	29,2	25,0	27,9	25,1	22,3	20,7	23,2	25,1
Privado com fins de lucro	3,3	2,9	2,6	2,4	2,2	2,2	2,4	2,8	2,6
Privado sem fins de lucro	11,4	10,0	8,7	8,4	8,5	8,0	7,6	7,7	8,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Tipo de Estabelecimento									
Atenção Primária e Ambulatorial	22,6	24,0	26,5	22,5	26,4	33,2	38,2	41,2	30,0
Atenção Hospitalar	73,8	70,8	62,2	63,2	58,0	50,3	47,8	46,6	57,9
Atendimento em Urgência/Emergência	1,8	3,4	9,7	12,3	13,8	14,9	12,3	10,2	10,3
SADT	1,8	1,7	1,6	2,1	1,8	1,6	1,6	1,9	1,8
Outros	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,00

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

Na Tabela 5a estão dispostos os subgrupos dos Procedimentos com Finalidade Diagnóstica que apresentaram produção na média complexidade ambulatorial. Pode-se constatar que o subgrupo Diagnóstico em laboratório clínico possui o maior volume, representando cerca de 85% deste grupo de procedimentos, no período de estudo (Tabela 5a). De 2009 a 2015, apresentou crescimento constante, chegando a uma ampliação em 66% em 2015, se comparar com a produção de 2009, todavia, em 2016 houve um decréscimo de -10%, assim, fechou o período (2009 a 2016) com um saldo positivo de crescimento em mais de 50% (Tabela 5b).

O segundo subgrupo de maior volume, e de extrema relevância para a média complexidade é o

subgrupo Diagnóstico por radiologia, que corresponde a 7,15% dos Procedimentos com Finalidade Diagnóstica (Tabela 5b). Este subgrupo de procedimentos só apresentou ampliação de sua produção nos anos de 2011 (8%) e 2013 (2%). Nos demais anos, apresentou retração, em 2016, comparado a 2015, as perdas em procedimentos apresentados foram de 17%. Assim, no período de estudo, seu saldo foi de ampliação em apenas 4% (Tabela 5b).

Tabela 5a- Distribuição de Procedimentos com Finalidade Diagnóstica apresentados, segundo subgrupo de procedimentos, 2009 a 2016. Município do Rio de Janeiro (N= 196.972.010)

Subgrupo de Procedimentos	Procedimentos apresentados por ano (%)								
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Coleta de material	0,13	0,09	0,06	0,04	0,05	0,05	0,05	0,05	0,06
Diagnóstico em laboratório clínico	81,92	83,00	84,44	84,83	84,78	85,42	86,42	85,70	84,74
Diagnóstico por anatomia patológica e citopat	1,92	1,58	1,42	1,32	0,85	0,69	0,75	0,90	1,13
Diagnóstico por radiologia	8,25	8,32	8,01	7,46	7,35	7,06	6,03	5,52	7,15
Diagnóstico por ultrasonografia	1,43	1,29	0,97	1,25	1,50	1,57	1,38	1,56	1,38
Diagnóstico por endoscopia	0,28	0,24	0,16	0,18	0,17	0,13	0,11	0,13	0,17
Métodos diagnósticos em especialidades	2,87	2,63	2,69	2,92	3,51	3,23	3,08	3,25	3,04
Diagnóstico e procedim. especiais em hemoterap	3,09	2,74	2,21	1,95	1,72	1,53	1,57	2,03	2,04
Diagnóstico em vigil epidemiológica ambiental	0,05	0,05	0,03	0,03	0,02	0,02	0,08	0,16	0,06
Diagnóstico por teste rápido	0,07	0,07	0,01	0,01	0,07	0,29	0,54	0,71	0,24
Total:	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

Nos anos de estudo, Diagnóstico em vigilância epidemiológica ambiental apresentou grande variação, com aumento de 326% no total, onde o período de maior expressão foi de 2014 para 2015, saindo de 21 mil para 41 mil procedimentos ano, o que corresponde a um crescimento de 236% (Tabela 5b). Em termos de volume, este é o subgrupo que apresenta a menor produção (Tabela 5b).

Cabe destacar o subgrupo Diagnóstico por teste rápido, que apresentou em 2009 uma tímida produção, de cerca de 13 mil procedimentos, passando a 186 mil em 2016 (Tabela 5b). Isto resulta em um aumento expressivo, no período de estudo (2009 a 2016), de 1337% (Tabela 5b). Ainda assim, ao se considerar o quantitativo total do grupo Procedimentos com Finalidade Diagnóstica apresentados na média complexidade, a participação deste subgrupo é bem pequena, não chegando a 1% (Tabela 5a).

5.2.2 - Análise do grupo “procedimentos clínicos”

O Grupo de procedimentos clínicos corresponde a 36% da média complexidade (Tabela 3a). Este grupo compreende procedimentos que são realizados por todos os diferentes tipos de prestadores. Dentre estes, o município é o principal produtor, chegando a ser responsável por 52% da produção em 2016. Em seguida o ente estadual, que em seu auge de produtividade neste grupo, 2014, chegou a responder por 41% da produção (Tabela 6a).

O município vem aumentando sua produção até 2015, e praticamente se manteve até 2016, com uma variação negativa, porém muito tímida, cerca de 0,3% (Tabela 6a e b).

Já o estado, iniciou um movimento de ascensão em procedimentos clínicos de média complexidade ambulatorial, mas retraiu em 2012 (-9%). Voltou a apresentar crescimento nos anos seguintes, todavia, 2015 e 2016 foram dois anos de queda consecutivos, ambos em mais de 20%. Apesar dos períodos de retração, os anos de crescimento foram suficientes para que o ente estadual ampliasse em mais 108% sua produção, ao se comparar 2016 a 2009 (Tabela 6b).

O ente federal apresentou incremento na produção apenas nos anos de 2012 e 2015, em comparação com a produção do ano anterior, desta maneira, neste grupo de procedimentos, no período total de estudo seu saldo foi negativo em -17% (Tabela 6b).

O tipo de prestador privado com fins de lucro apresentou uma grande oscilação, com o pior desempenho em 2012, de menos 50% em relação a 2011, tendo no acumulado do estudo o menor desempenho, com produção negativa em -55%, se comparada a 2009 (Tabela 6b).

O prestador privado sem fins de lucro apresentou queda constante, saindo de quase 1.3 milhões de procedimentos clínicos ambulatoriais apresentados no ano de 2009, para pouco mais de 1 milhão em 2016 (Tabela 6b). O que implica em evidenciar que, se sua participação neste grupo era em 14% no ano de 2009, ela foi perdendo o seu peso, já que passou a corresponder a 6% dos procedimentos clínicos de média complexidade (Tabela 6a).

Os procedimentos clínicos em média complexidade ambulatorial, são em sua maioria em atendimentos de urgência e emergência e na atenção hospitalar, no apanhado dos anos de

estudos (Tabela 6a). Em 2009, este tipo de atendimento era predominantemente apresentado pela atenção hospitalar (62%), entretanto nos anos seguintes, proporcionalmente, foi migrando para a urgência e emergência (Tabela 6a).

Ao analisar a tabela numérica (Tabela 6b), verificamos que não houve uma grande diminuição de atendimentos na atenção hospitalar até 2015, somente em 2016 ocorre na atenção hospitalar uma queda mais significativa (-11%), ainda assim, não em tamanha proporção. Verdadeiramente o que ocorre é a ampliação desta modalidade de atendimento na urgência e emergência, que em 2009 mostrou-se insipiente, dando um salto já em 2010 de 271%, e ao final (2016), 713% em relação a 2009, acumuladamente.

Observa-se todos os registros da Central de Regulação pertencem a este subgrupo.

Tabela 6a- Distribuição entre de Procedimentos Clínicos apresentados, por Tipo de Prestador e Tipo de Estabelecimento, 2009 a 2016. Município do Rio de Janeiro (N= 114.269.589)

Variáveis de Interesse	Procedimentos apresentados por ano (%)								
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Natureza Jurídica									
Municipal	31,86	37,32	42,48	42,58	40,88	41,10	46,87	52,00	42,61
Estadual	22,57	29,83	31,49	30,18	36,46	41,06	33,62	27,85	32,43
Federal	22,96	15,60	14,07	17,23	13,47	10,14	11,64	11,33	13,90
Privado com fins de lucro	8,23	6,19	3,66	1,90	1,87	1,42	1,56	2,16	2,97
Privado sem fins de lucro	14,38	11,07	8,30	8,10	7,32	6,26	6,31	6,65	8,08
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Tipo de Estabelecimento									
Atenção Primária e Ambulatorial	27,42	23,38	21,45	20,49	17,66	14,82	16,91	17,85	19,33
Atenção Hospitalar	62,47	47,88	38,92	42,77	35,37	29,16	32,54	31,90	38,31
Atendimento em Urgência/Emergência	10,11	28,74	39,63	36,74	46,97	55,89	50,18	48,75	42,09
SADT	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00
Central de Regulação	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,30	0,17
Outros	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,13	0,37	0,19	0,10
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

O grupo de procedimentos clínicos, na média complexidade, contempla seis subgrupos, e destes, o subgrupo Consultas/ Atendimentos/ Acompanhamentos é o mais volumoso, representando 93% da produção (Tabela 7a). Este subgrupo que apresentou o crescimento mais

expressivo, na ordem de 85% (Tabela 7b).

Os anos de 2014 e 2015 foram os anos de maior volume na produção de Consultas/Atendimentos/ Acompanhamentos, onde foram apresentados mais de dezesseis milhões de procedimentos. Todavia, seguindo a tendência mais geral, em 2016 houve uma retração na ordem de 10%, assim, registraram-se cerca de 14 milhões de procedimentos (Tabela 7b).

Os subgrupos Tratamentos clínicos (outras especialidades) e Hemoterapia tiveram a queda mais expressiva deste grupo no decorrer dos anos de estudo, de -71% e -45%, respectivamente. Excluiu-se desta análise o subgrupo tratamento em nefrologia⁸, já que possui um N pouco expressivo, 32 registros de procedimentos realizados em 4 anos apresentados (Tabela 7b).

Procedimentos clínicos em fisioterapia também vêm apresentando um movimento descendente constante, com tímida exceção no ano de 2015 (Tabela 7a). Este subgrupo parte de 842.553 procedimentos, em 2009, para apenas 598.260, em 2016, uma queda de -28% de procedimentos apresentados, em relação a 2009 (Tabela 7b).

Tabela 7a - Distribuição de Procedimentos Clínicos apresentados, segundo subgrupo de procedimentos ambulatoriais. Município do Rio de Janeiro, 2009 a 2016(N= 114.269.589)

Subgrupo de Procedimentos	Procedimentos apresentados por ano (%)								
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	85,65	88,96	91,64	93,27	93,95	94,93	95,02	94,36	92,77
Fisioterapia	9,35	7,30	5,35	4,01	3,39	3,01	3,04	3,94	4,55
Tratamentos clínicos (outras especialidades)	1,25	0,78	0,57	0,41	0,34	0,28	0,27	0,21	0,46
Tratamento em nefrologia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Hemoterapia	3,10	2,37	1,85	1,68	1,68	1,25	1,17	1,00	1,65
Tratamentos odontológicos	0,52	0,44	0,44	0,47	0,37	0,34	0,39	0,38	0,41
Terapias especializadas	0,14	0,16	0,15	0,15	0,27	0,19	0,10	0,11	0,16
Total:	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

⁸ Esses 32 registros de procedimentos clínicos do subgrupo “tratamento em nefrologia” na média complexidade ambulatorial (Tabela 7b) referem-se a procedimentos de Tratamento da pielonefrite e Tratamento de insuficiência renal crônica, apresentados de 2013 a 2016.

De 2009 a 2015, tratamentos odontológicos de média complexidade aumentaram sua produção em 42%, o que pode ser considerado um aumento expressivo. Todavia, somente em 2016 decaíram 12%, um grande retrocesso em um curto intervalo temporal, ao se considerar o período de expansão (Tabela 7b).

5.3 MÉDIA COMPLEXIDADE SEGUNDO INFORMAÇÕES DO PRESTADOR

A atenção ambulatorial em média complexidade no município do Rio de Janeiro é realizada por prestadores públicos da esfera municipal, estadual e federal, e ainda por prestadores privados com fins de lucro e sem fins de lucro. De maneira geral, não está restrita a um local, assim, procedimentos podem ser executados em unidades de atenção ambulatorial, no âmbito hospitalar, serviços de urgência/emergência, ainda em serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

A Tabela 8a mostra que, no início do estudo (2009), a proporção de procedimentos realizados na Atenção Hospitalar era em torno de 70%, e apenas 4,48% nos serviços de Urgência e Emergência. Nos anos posteriores, a proporção entre elas foi decrescendo, registrando queda na Atenção Hospitalar e aumento na Urgência e Emergência, tendo a maior expressão desse acontecimento no ano de 2014, respectivamente 41,95% e 30,88%. Registra-se que em 2016 houve queda na realização proporcional dos procedimentos de média complexidade na Urgência e Emergência (24,19%) e na Atenção Hospitalar (41,23%), mas aumento na Atenção Primária (32,83%).

Apenas em 2016 passa a ser registrada no município do Rio de Janeiro a produção de média complexidade referente às Centrais de Regulação. Serviços isolados de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) representam, ao longo destes sete anos, uma média de 1,1% dos procedimentos (Tabela 8a).

Quanto ao Tipo de Prestador, constata-se que desde 2009, e até o último ano estudado, o ente municipal é o prestador mais significativo em realização de procedimentos, na ordem de 44% (Tabela 8a). Salienta-se que, proporcionalmente, os prestadores privados vêm apresentando ao longo dos anos uma queda contínua. Os prestadores privados sem fins de lucro, que representavam em 2009 12,38% da média complexidade foram decrescendo e passaram a configurar 7,33%, em 2016; enquanto os privados com fins de lucro passaram de 4,87% a 2,53% (Tabela 8a). Isto exprime, nestes tipos de prestadores, uma variação que corresponde a uma retração percentual na ordem de 10% e 21%, respectivamente (Tabela 8b).

Tabela 8a- Distribuição de procedimentos realizados, segundo Tipo de Estabelecimento e Tipo de Prestador, Município do Rio de Janeiro, 2009 a 2016 (N= 313.916.213)

Informações do Prestador	Procedimentos apresentados por ano (%)								
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Tipo de Estabelecimento									
Atenção Primária e Ambulatorial	24,30	23,87	24,70	21,98	23,30	26,13	30,52	32,83	26,20
Atenção Hospitalar	70,02	62,62	53,37	55,90	49,68	41,95	42,17	41,23	50,73
Atendimento em Urgência/Emergência	4,48	12,41	20,93	20,79	25,86	30,88	26,14	24,19	21,85
SADT	1,21	1,10	1,00	1,34	1,16	0,97	1,00	1,17	1,11
Central de Regulação	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,47	0,06
Outros	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,07	0,17	0,10	0,05
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Tipo de Prestador									
Público Municipal	40,01	40,94	45,91	42,07	42,51	45,04	48,34	51,77	44,94
Público Estadual	14,48	20,41	21,71	23,30	26,46	28,27	25,18	19,56	22,93
Público Federal	28,27	24,23	20,90	24,05	20,81	17,48	17,29	18,81	20,99
Privado sem fins de lucro	12,38	10,35	8,51	8,35	8,13	7,28	7,13	7,33	8,44
Privado com fins de lucro	4,87	4,06	2,98	2,23	2,09	1,92	2,05	2,53	2,70
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

Explorando os diferentes tipos de estabelecimentos (Tabela 9a), verifica-se que a maior produção ambulatorial de média complexidade apresentada no SIA-SUS, nestes oito anos estudados, ocorre em estabelecimentos de Atenção Primária, em unidades municipais, perfazendo um total de 22,04% dos 313.916.213 de procedimentos apresentados.

Nas unidades de Atenção Hospitalar, o ente federal é que mostra maior representatividade, sendo responsável por 20,35% dos procedimentos de Média Complexidade (Tabela 9a), e o público municipal diminuiu sua participação proporcional nesta modalidade de unidade. Ao averiguar em números absolutos (Tabela 9b), o município apresentou uma queda

de 43% de procedimentos ambulatoriais de média complexidade em unidades hospitalares, enquanto o estado apresentou um aumento de 49%. Já nas unidades federais, neste tipo de unidade praticamente mantiveram-se o mesmo quantitativo de procedimentos realizados, apesar de a redistribuição percentual parecer indicar queda (Tabela 9a), numericamente não houve grande alteração, apenas um aumento de menos de 1% (Tabela 9b). Privados com fins de lucro diminuíram sua produção em 91% (Tabela 9b).

Os atendimentos em estabelecimentos de Urgência e Emergência concentram-se em unidades das administrações municipais e estaduais, com predominância de unidades estaduais até 2014. Todavia, em 2015, ocorre uma inversão e o município assume a ponta, chegando a 15,47% da produção de média complexidade do SIA-SUS em 2016 (Tabela 9a). Esta produção municipal corresponde a 63,96% dos procedimentos de Média Complexidade realizados em serviços de Urgência e Emergência (Tabela 9b).

Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico concentram-se em unidades estaduais e Federais (Tabela 9a). Comparada à totalidade da produção, é tímida a produção neste tipo de estabelecimento para a média complexidade, cerca de 1% ao longo dos anos de estudo. Salienta-se que, enquanto a produção do prestador estadual cresceu na ordem de 440%, a do federal caiu 30%, ressaltando se tratar de um número pouco expressivo, 485.572 (Tabela 9b).

A central de regulação que registrou procedimentos no SIA-SUS foi a Central Estadual de Regulação (CER). Somente em 2016 houve registro destes procedimentos no sistema, e estes registros, representam 0,47% da totalidade de procedimentos apresentados neste ano (Tabela 9a), num total de 196.877 procedimentos (Tabela 9b).

Tabela 9a- Distribuição de procedimentos realizados, segundo Tipo de Prestador, por Tipo de Estabelecimento, por ano, Município do Rio de Janeiro - 2009 a 2016 (N= 313.916.213)

Tipo de Prestador por Tipo de Estabelecimento	Procedimentos apresentados por ano (%)								
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Atenção Primária e Ambulatorial									
Público Municipal	18,86	18,86	20,32	18,39	19,46	22,61	26,81	28,38	22,04
Público Estadual	0,10	0,25	0,64	0,36	0,19	0,28	0,28	0,15	0,29
Público Federal	0,03	0,03	0,02	0,03	0,02	0,01	0,08	0,18	0,05
Privado sem fins de lucro	1,64	1,73	1,34	1,27	1,78	1,51	1,52	1,93	1,59
Privado com fins de lucro	3,67	3,00	2,37	1,93	1,85	1,72	1,83	2,19	2,23

Tabela 9a- Distribuição de procedimentos realizados, segundo Tipo de Prestador por Tipo de Estabelecimento, por ano, Município do Rio de Janeiro, 2009 a 2016 (N= 313.916.213) (Continuação)

Tipo de Prestador por Tipo de Estabelecimento	Procedimentos apresentados por ano (%)								
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Atenção Hospitalar									
Público Municipal	21,09	18,28	17,72	16,44	12,20	9,50	8,30	7,83	13,29
Público Estadual	9,87	11,35	7,83	8,95	10,73	9,48	11,39	9,78	9,93
Público Federal	27,22	23,41	20,13	23,28	20,34	17,14	16,83	18,16	20,35
Privado sem fins de lucro	10,73	8,62	7,17	7,07	6,34	5,77	5,60	5,39	6,85
Privado com fins de lucro	1,10	0,97	0,53	0,15	0,06	0,05	0,05	0,06	0,31
Atendimento em Urgência/Emergência									
Público Estadual	4,41	8,60	13,06	13,56	15,01	17,95	12,92	8,72	12,25
Público Municipal	0,07	3,80	7,87	7,23	10,85	12,93	13,22	15,47	9,60
SADT									
Público Municipal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,08	0,01
Público Estadual	0,10	0,21	0,17	0,44	0,53	0,49	0,43	0,35	0,36
Público Federal	1,01	0,79	0,75	0,74	0,45	0,33	0,39	0,47	0,59
Privado com fins de lucro	0,10	0,10	0,08	0,15	0,18	0,15	0,17	0,27	0,15
Central de Regulação									
Público Estadual	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,47	0,06
Outros									
Público Estadual	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,07	0,17	0,09	0,05
Privado com fins de lucro	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,02	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

Foram também analisados, a produção referente aos grupos de procedimentos ambulatoriais, considerando os diferentes tipos de estabelecimentos.

Em estabelecimentos da atenção primária e ambulatorial (Tabela 10a), observa-se que o maior grupo de procedimentos realizados foi o Grupo “Procedimentos com finalidade diagnóstica”, onde representava em 2009, 14,98% dos procedimentos de Média Complexidade apresentados, chegando a compor, em 2015, seu período de maior expressão, 20% da totalidade dos procedimentos da Média Complexidade. Cabe destacar ainda o grupo de Procedimentos

clínicos, que é o segundo em número de procedimentos neste tipo de estabelecimento (atenção primária e ambulatorial), com uma média de 7,16% ao longo destes oito anos estudados.

Também, nos estabelecimentos da Atenção Hospitalar, estes dois grupos de procedimentos predominam (Tabela 10a). A Média Complexidade é composta, em grande parte, pelos procedimentos com finalidade diagnóstica, e na Atenção Hospitalar estes já foram responsáveis por 48,97% da produção apresentada, como se pode verificar na Tabela 10a.

Apesar da grande variação percentual no total de procedimentos clínicos apresentados nas diferentes unidades de atenção hospitalar, com tendência decrescente ao longo dos anos de 2009 a 2015 (Tabela 10a), examinando em números absolutos (Tabela 10b) estes mesmos anos, não houve grande alteração numérica, mantendo-se em torno de cinco milhões, com uma pequena retração de cerca de 2%, o que evidencia que não houve mudanças significativas no que diz respeito à produção deste grupo de procedimentos nos estabelecimentos de Atenção Hospitalar. Todavia já em 2016, ocorre um declínio mais acentuado, na ordem de 12% (Tabela 10b). Este movimento engendrou uma queda acumulada de aproximadamente 14% no total do período de estudo. O grupo de procedimentos com finalidade diagnóstica, que são 71% dos procedimentos de média complexidade ambulatorial da atenção hospitalar, apresentou uma retração de 9%. A atenção hospitalar, como um todo, declinou em 15% a apresentação de procedimentos (Tabela 10b).

Já nos estabelecimentos de atendimento de Urgência/Emergência há um aumento dos procedimentos clínicos, tanto em percentuais quanto em números absolutos (Tabela 10a e Tabela 10b) saindo de 3,2% em 2009, passando a quase 22% da média complexidade em 2014, não coincidentemente, já que a partir de 2012 ocorre uma redefinição dos serviços de Atendimento móvel de urgência (SAMU). Cabe marcar que a partir de 2015 verifica-se uma tendência de queda.

Tabela 10a - Distribuição de procedimentos realizados, segundo Grupo de Procedimentos Ambulatoriais, por Tipo de Estabelecimento, por ano, Município do Rio de Janeiro, 2009 a 2016 (N= 313.916.213) (Continuação)

Tipo de Estabelecimento e Grupo SIGTAP	Procedimentos apresentados por ano (%)								
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Central de Regulação									
Procedimentos clínicos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,47	0,06
Outros	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outros									
Procedimentos com finalidade diagnóstica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,04	0,03	0,01
Procedimentos clínicos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,13	0,07	0,04
Outros	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	100,00	100,	100,	100,	100,	100,	100,	100,	100,

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

Ao estabelecer uma comparação da produção de prestadores públicos (municipal, estadual e federal) e privados (privados com fins de lucro e privados sem fim de lucro), expostos nas Tabelas 11 (a e b), pode-se visualizar que, não há nenhum grupo de procedimentos em que a participação do setor privado seja tão relevante quanto o setor público.

No grupo Procedimentos com finalidade diagnóstica, apesar de percentualmente o setor privado mostrar uma queda em sua importância percentual na produção ambulatorial anual (Tabela 11a), em números absolutos (Tabela 11b) não há grande variação no quantitativo numérico, o que ocorre é a ampliação da prestação de procedimentos com finalidade diagnóstica por parte dos serviços públicos. Ressaltando que a ampliação no setor público foi constante até 2015, mas em 2016 houve um encolhimento do número de procedimentos realizados.

Não se pode utilizar da mesma assertiva em relação aos procedimentos clínicos, considerando que a queda percentual apresentada (Tabela 11a) segue o declínio numérico da produção apresentada pelos serviços privados, exacerbada pela ampliação no serviço público (até 2015). Ao comparar 2009 a 2016, os estabelecimentos de natureza privada apresentaram uma redução de -34,30%, e os de natureza pública um aumento de 98,78% (Tabela 11b). Todavia, analisando ano a ano, os procedimentos clínicos em 2015 e 2016 decaem gradualmente, a queda de 2015 em relação ao ano anterior foi de -4%, enquanto que de 2016

comparando a 2015 foi de -11% (Tabela 11b).

O grupo “procedimentos cirúrgicos” expõe uma diminuição muito grande no setor privado, enquanto em 2009 foram apresentados mais de 18 mil procedimentos, em 2016 são apresentados pouco mais de 6 mil (Tabela 11b), por este tipo de prestador. No setor público há uma inconstância muito significativa neste grupo de procedimento. Inicialmente, em 2009, realizou-se 178 mil cirurgias, então esta produção é ampliada em 2010, cerca de 32%, seguida por dois anos de queda (2011 e 2012), perfazendo uma perda acumulada de 53%, e depois com uma ligeira recuperação de 2013 a 2015, na ordem de 31%, comparado ao ano auge (2010). Entretanto em 2016, retorna ao patamar próximo de 2011, na casa de 140 mil cirurgias/ano (Tabela 11b).

Neste movimento de idas e vindas, do período inicial do estudo, 2009 ao período final, 2016, houve uma retração de -19% no quantitativo de procedimentos cirúrgicos de média complexidade (Tabela 11b).

Ao contemplar os dados provenientes de diferentes tipos de estabelecimentos, verifica-se que não há atendimento em serviços de Urgência/Emergência de natureza privada, Assim, a leitura que se faz é a mesma que da Tabela 9a, só que de maneira acumulada, já que nesta Tabela vimos que esta modalidade de produção é oriunda unicamente de unidade estaduais e municipais. O mesmo observa-se em relação à central de regulação, que fica a cargo do poder público (nestes dados, estadual), portando não caberia haver registros de procedimentos no âmbito privado.

É na atenção primária e ambulatorial e atenção hospitalar que se concentram os procedimentos privados. A partir de 2011, os procedimentos de atenção primária e ambulatorial do setor privado passam a representar, em todos os anos, sempre menos da metade que os procedimentos de atenção hospitalar (Tabela 11b). Cabe registrar, que na atenção hospitalar há uma queda numérica gradativa de 2009 a 2016, numa variação de 30%. Neste movimento, a atenção hospitalar prestada pelo setor privado, que já foi tão significativa percentualmente para atenção em média complexidade, na faixa de 11% (2009), representa em 2016 apenas pouco mais de 5%.

Tabela 11a - Distribuição de procedimentos realizados, segundo classificação da Natureza Jurídica do Prestador (Pública ou Privada) e variáveis de interesse, por ano, Município do Rio de Janeiro - 2009 a 2016 (N= 313.916.213)

Classificação do Prestador	Procedimentos realizados por ano (%)															
	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	Públ.	Priv.	Públ.	Priv.	Públ.	Priv.	Públ.	Priv.	Públ.	Priv.	Públ.	Priv.	Públ.	Priv.	Públ.	Priv.
Grupo do Procedimento																
Ações de promoção e prevenção em saúde	0,32	0,06	0,32	0,06	0,40	0,04	0,37	0,05	0,33	0,06	0,31	0,02	0,36	0,03	0,42	0,03
Procedimentos com finalidade diagnóstica	56,57	9,76	55,12	8,17	54,41	6,90	57,12	6,97	55,91	6,72	54,08	6,15	56,43	6,26	62,39	7,33
Procedimentos clínicos	25,18	7,36	29,41	6,13	33,29	4,52	31,63	3,52	33,22	3,36	36,08	3,01	33,67	2,87	36,68	3,54
Procedimentos cirúrgicos	0,64	0,07	0,71	0,05	0,39	0,02	0,28	0,03	0,30	0,02	0,31	0,02	0,35	0,02	0,38	0,02
Transplantes de órgãos, tecidos e células	0,04	0,00	0,03	0,00	0,02	0,00	0,02	0,01	0,02	0,05	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,00
Outros	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	82,75	17,25	85,58	14,42	88,51	11,49	89,42	10,58	89,78	10,22	90,80	9,20	90,82	9,18	99,88	0,12

Tabela 11a - Distribuição de procedimentos realizados, segundo classificação da Natureza Jurídica do Prestador (Pública ou Privada) e variáveis de interesse, por ano, Município do Rio de Janeiro - 2009 a 2016 (N= 313.916.213) (Continuação)

Classificação do Prestador	Procedimentos realizados por ano (%)															
	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	Públ.	Priv.	Públ.	Priv.	Públ.	Priv.	Públ.	Priv.	Públ.	Priv.	Públ.	Priv.	Públ.	Priv.	Públ.	Priv.
Tipo de Estabelecimento																
Atenção Primária e Ambulatorial	18,98	5,31	19,14	4,73	20,98	3,71	18,78	3,20	19,67	3,63	22,90	3,23	27,17	3,35	28,71	4,12
Atenção Hospitalar	58,18	11,84	53,03	9,59	45,68	7,69	48,67	7,23	43,27	6,40	36,13	5,82	36,51	5,65	35,78	5,45
Atendimento em Urgência/Emergência	4,48	0,00	12,41	0,00	20,93	0,00	20,79	0,00	25,86	0,00	30,88	0,00	26,14	0,00	24,19	0,00
SADT	1,11	0,10	1,00	0,10	0,92	0,08	1,19	0,15	0,97	0,18	0,82	0,15	0,83	0,17	0,90	0,27
Farmácia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Central de Regulação	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,47	0,00
Home Care	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,02
Outros	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,07	0,00	0,17	0,00	0,09	0,00
Total	82,75	17,25	85,58	14,42	88,51	11,48	89,42	10,58	89,78	10,21	90,8	9,2	90,82	9,18	90,14	9,86

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

Nota: "Outros" refere-se a Central de Regulação Estadual; Unidades móvel e 2 unidades municipais não existentes no CNES.

5.4 PRINCIPAIS ESTABELECIMENTOS PRODUTORES DA MÉDIA COMPLEXIDADE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Segundo Registro do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), foram localizados 67 registros de unidades que prestam ou prestaram em algum momento serviços de Média Complexidade no município do Rio de Janeiro. As tabelas seguintes foram elaboradas a partir das informações registradas no SIA-SUS, como intuito de verificar quais são as unidades de maior produção, e o que estas individualmente representam para a Média Complexidade ambulatorial no município.

Na Tabela 12a, que apresenta os dez maiores estabelecimentos produtores da Média Complexidade, verifica-se que todos são unidades de Atenção Hospitalar, o que coaduna com o exposto na Tabela 8a, de que é neste tipo de estabelecimento que se encontra a produção da maioria dos procedimentos de Média Complexidade (cerca de 41% em 2016).

De maneira conjunta, somando-se os diferentes tipos de estabelecimentos, o ente municipal é o maior produtor em média complexidade ambulatorial, com 45% dos procedimentos apresentados na média complexidade (Tabela 8a). Em unidades hospitalares, o maior produtor é o ente federal, com 20% da produção no âmbito hospitalar (Tabela 9a). De modo isolado, a unidade de maior produção é pertencente ao ente estadual (Tabela 12).

O Hospital Universitário Pedro Ernesto é maior produtor no acumulado dos anos de estudo, seguido pelo Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti, ambos da esfera estadual (Tabela 8). Entre as dez unidades mais produtivas, o ente estadual representa sozinho, 9,83% dos procedimentos em Média Complexidade, enquanto o federal representa 9%, tendo como seu maior produtor o INCA Hospital do Câncer I (HC-I).

Comparando 2009 a 2016, destaca-se o aumento de 973,59% da produção realizada no Hospital Municipal Albert Schweitzer, que em 2009 apresentou uma produção ínfima se comparada aos anos seguintes. (Tabela 13a).

Ainda que, considerando as unidades individualmente haja uma grande flutuação, no apanhado geral da produção destas unidades houve uma ampliação de 8,77%, de 2009 a 2016. Salienta-se que este resultado foi impactado pelo desempenho negativo em nove dos dez nosocômios no ano de 2016, haja vista que após um período de constante expansão até 2015, houve uma queda de -7,84% nestes estabelecimentos da atenção hospitalar de 2015 para 2016, em conjunto (Tabela 13a).

A maior queda no período da pesquisa ocorreu no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla (79,05%) de 2009 a 2015, tal processo teve início no ano de 2013 e perdurou até 2016, último

ano analisado (Tabela 13a). Hospital do Câncer I (HC I) apresenta uma diminuição de -24,63% na totalidade de procedimentos de média complexidade (Tabela 13b).

Estas dez unidades representaram 24% da atenção ambulatorial de média complexidade no período de estudo.

Tabela 12- Distribuição das dez unidades de saúde com maior produção, segundo Tipo de Prestador, Tipo de Estabelecimento, AP, Número de Procedimentos apresentados, Município do Rio de Janeiro, 2009 a 2016 (N=313.916.213)

CNES- Unidade	Tipo de Prest.	Tipo de Estab.	AP	Produção Total (n)	Produção Total (%)
2269783 – UERJ Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE)	Estadual	Atenção Hospitalar	22	10.708.527	3,41
2295067 – SES Instituto Estadual de Hemat. Arthur Siqueira Cavalcanti (HEMORIO)	Estadual	Atenção Hospitalar	10	9.134.043	2,91
2280167 – UFRJ Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF)	Federal	Atenção Hospitalar	31	8.798.828	2,80
2273454 – MS-INCA Hospital do Câncer I(HC-I)	Federal	Atenção Hospitalar	10	8.631.299	2,75
2269988 - MS Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE)	Federal	Atenção Hospitalar	10	8.239.532	2,62
2269880 – MS Hospital Federal de Bonsucesso (HFB)	Federal	Atenção Hospitalar	31	8.053.969	2,57
5717256 - SMS Hospital Municipal Ronaldo Gazolla AP 33	Municipal	Atenção Hospitalar	33	6.494.473	2,07
2270803 – SES Instituto Estadual Diabet. Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE)	Estadual	Atenção Hospitalar	10	5.583.444	1,78
2298120 - Hospital Municipal Albert Schweitzer AP 51	Estadual	Atenção Hospitalar	51	5.445.738	1,73
2295423 – MS Hospital Federal Cardoso Fontes (HFCE)	Federal	Atenção Hospitalar	40	4.789.861	1,53
Outros	-	-	-	238.036.499	75,83

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

Nota: O Municipal Albert Schweitzer AP 51 consta como “Estadual” considerando que fora municipalizado somente em 2016.

Tabela 13a - Distribuição das dez unidades de saúde com maior produção, segundo procedimentos apresentados de 2009 a 2016 e variação entre períodos de interesse. Rio de Janeiro (N=313.916.213)

CNES- Unidade	Procedimentos apresentados por ano (%)										Variação 2009 a 2016	Variação 2015 a 2016
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total			
2269783 –UERJ Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE)	4,17	3,73	3,07	3,04	3,80	3,39	3,30	3,09	3,41		12,31	-15,14
2295067 –SES Instituto Estadual de Hemat. Arthur Siqueira Cavalcanti (HEMORIO)	4,44	3,55	3,12	2,91	2,89	2,41	2,29	2,44	2,91		-16,67	-3,62
2280167 –UFRJ Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF)	3,90	3,16	2,94	3,00	2,30	2,57	2,39	2,69	2,80		4,05	1,52
2273454 –MS-INCA Hospital do Câncer I (HC-I)	4,28	3,51	2,53	2,97	2,58	2,39	2,35	2,13	2,75		-24,63	-17,79
2269988 –MS Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE)	4,18	2,42	2,58	2,54	2,41	2,44	2,16	2,80	2,62		1,19	17,13
2269880 –MS Hospital Federal de Bonsucesso (HFB)	2,53	2,69	2,97	3,46	2,02	1,53	2,68	2,80	2,57		67,60	-5,61
5717256 - SMS Hospital Municipal Ronaldo Gazolla AP 33	3,14	2,95	3,33	3,35	2,49	1,25	0,55	0,43	2,07		-79,05	-28,90
2270803 –SES Instituto Estadual Diabet. Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE)	1,95	1,73	1,58	1,60	1,66	1,94	1,87	1,90	1,78		47,24	-8,28
2298120 - Hospital Municipal Albert Schweitzer AP 51	0,23	2,43	1,45	2,58	2,60	0,67	1,98	1,65	1,73		973,59	-24,34
2295423 – MS Hospital Federal Cardoso Fontes (HFCF)	1,64	1,31	1,15	1,29	1,51	1,33	1,92	1,96	1,53		80,82	-7,59
Total:	2,69	2,90	3,04	3,36	3,24	2,86	3,17	2,92	24,17		8,77	-7,84

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

5.5 MÉDIA COMPLEXIDADE POR DE ÁREA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE (AP)

O Município do Rio de Janeiro é dividido em dez Áreas de Planejamento em Saúde (AP) (SMS-RJ, 2013). De forma sucinta, a AP 1.0 compreende a região do centro da cidade; as AP 2.1 e 2.2 localizam-se geograficamente entre o mar e o maciço da Tijuca, com maior poder aquisitivo; as AP 3.1; 3.2; 3.3 representam a região de maior densidade populacional, localizadas na Zona Norte; a AP 4, apesar da extensa área de baixada na Zona Oeste, teve uma ocupação mais extensa recentemente; as AP 5.1, 5.2 5.3, também localizada na extremidade da Zona Oeste, é local de moradia para aproximadamente 25% população da cidade, região com maior distância do centro da cidade e ainda preserva 1/3 do seu território com ocupação rural (SMS-RJ, 2013).

A Tabela 5 mostra o aumento considerado da produção de MC em todas as AP até 2015, tendo em 2016 um início da tendência de decréscimo. Em 2009, havia uma importante concentração de produção na AP 1.0, totalizando 24,0% da produção do MRJ, todavia, houve melhora na distribuição no período estudado, tendo em vista que em 2016 a AP 1.0 já divide o protagonismo com a AP 3.1, com respectivamente, 16,7% e 16,6% da produção de MC (Tabela 14a).

Nas AP 5.3 e 5.1 registra-se um aumento substancial na produção de procedimentos de MC, apesar de ainda ser, em conjunto com as AP 5.2, 3.2 e 4.0, os locais de menor produção no município. As AP 5.1, 5.2. e 5.3 são locais de moradia para 27% dos munícipes do Rio de Janeiro e localizam-se em áreas geograficamente mais afastadas da região central e de menor concentração de serviços de saúde da cidade e, nesse sentido, esse aumento de produção, bem como o aumento do quantitativo de serviços credenciados favorece a diminuição de barreiras geográficas no acesso à saúde pública (Tabela 14^a e 15a).

Outro aspecto favorável ao acesso é o aumento do número de unidades credenciadas em MC em todas as áreas do MRJ, representando um incremento total de 89%, contudo, o quantitativo de procedimentos aumentou 51%. A AP 3.1 é a de maior número de serviços credenciados e a terceira mais populosa (SMS-RJ, 2013), chegando, no ano de 2013, a concentrar 14% do quantitativo total de unidades que apresentaram procedimentos de Média Complexidade (Tabela 15a). As áreas com maiores incrementos no credenciamento de serviços de MC foram as AP 3.3, 5.3, 3.1, respectivamente com 117%, 94%, 86%. Ressalta-se que AP 3.3 é a de maior população do município e a AP 5.3 apresenta um histórico de imenso vazio assistencial (SMS-RJ, 2013) e aumentou de 18 para 35 unidades credenciadas (Tabela 15b). Observa-se também que a AP 5.1, apesar de aumentar o quantitativo de unidades em apenas

55%, elevou em quase 370% o número de procedimentos de MC, mostrando uma grande produtividade média por unidade (Tabela 14a).

A AP 1.0, que é a mais produtiva, teve ampliado seu rol em 14 unidades, o que representa 38% a mais de unidades prestadoras (Tabela 14a e 15a). Todavia, sua ampliação em procedimentos foi de apenas 5% (Tabela 14a), sugerindo que os novos estabelecimentos credenciados são unidades pouco produtivas ou os estabelecimentos já existentes diminuíram sua produção em MC.

A AP 2.2 agregou somente duas novas unidades prestadoras de MC (Tabela 15a), e mesmo com um maior quantitativo de unidades em relação a 2009, teve queda de 13% na produção no período (Tabela 14a). Salienta-se que esta região é próxima da região central do MRJ, correspondente a AP 1.0, que é também a mais produtiva.

Tabela 14a- Distribuição de Procedimentos por ano segundo Área de Planejamento (AP), Município do Rio de Janeiro, 2009 a 2016 (N=313.916.213)

AP	Procedimentos realizados por ano (%)								
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
AP 1.0	24,01	18,93	17,29	17,77	16,67	16,03	15,24	16,66	17,47
AP 2.1	9,94	8,60	7,76	8,50	8,91	9,06	9,11	9,58	8,92
AP 2.2	12,99	13,67	11,07	12,18	13,45	11,04	8,98	7,44	11,18
AP 3.1	17,74	17,92	18,65	16,64	15,75	16,20	15,50	16,58	16,76
AP 3.2	6,12	6,10	7,37	6,80	7,00	7,52	7,35	7,02	6,98
AP 3.3	7,41	7,70	10,31	10,94	10,60	10,09	9,72	10,17	9,76
AP 4.0	9,01	7,69	8,31	8,80	7,87	8,10	7,98	7,46	8,12
AP 5.1	3,11	9,10	8,46	8,69	7,52	8,57	10,13	9,66	8,38
AP 5.2	6,00	6,16	6,87	5,81	7,68	6,23	7,32	5,90	6,54
AP 5.3	3,66	4,13	3,90	3,87	4,54	6,91	8,02	8,61	5,65
Não se aplica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,23	0,66	0,93	0,25
Ignorado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total:	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Nota: "Não se Aplica" refere-se a Central de Regulação Estadual e Unidades móveis; "Ignorado" refere-se a 2 unidades municipais não existentes no CNES.

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

O quantitativo de unidades que apresentam procedimentos ambulatoriais de média complexidade aumentou em 88% (Tabela 15b), ao passo que, o quantitativo de procedimentos ambulatoriais aumentou em 51% (Tabela 14b). A proporcionalidade não existe, mas infere-se que se deve ao fato de que, mesmo havendo um número maior de unidades prestadoras, a grande maioria é de pequeno porte, com uma capacidade que não pode ser comparada aos tradicionais hospitais.

Tabela 15a- Distribuição de estabelecimentos de saúde que apresentaram procedimentos, segundo área de planejamento, Município do Rio de Janeiro, 2009 a 2016 (N=313.916.213)

AP	Estabelecimentos apresentados por ano (%)							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
AP 1.0	13,81	12,38	12,29	12,88	12,15	10,09	10,23	10,08
AP 2.1	9,70	10,10	11,14	10,96	10,13	8,77	9,17	8,70
AP 2.2	8,96	8,14	6,86	6,03	6,33	5,70	5,54	5,14
AP 3.1	13,06	15,64	13,43	12,33	14,18	12,28	12,37	12,85
AP 3.2	7,84	7,17	8,86	8,77	8,86	7,68	7,46	7,11
AP 3.3	8,96	8,14	9,71	11,51	11,65	10,09	10,02	10,28
AP 4.0	9,70	7,82	8,29	8,49	8,61	7,02	7,68	8,30
AP 5.1	10,07	10,10	9,71	9,04	9,37	8,11	8,10	8,30
AP 5.2	11,19	9,77	10,57	10,68	9,87	8,77	8,74	8,89
AP 5.3	6,72	10,10	9,14	9,32	8,86	7,46	7,25	6,92
Não se aplica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,20
Ignorado	0,00	0,65	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Nota: "Não se Aplica" refere-se a Central de Regulação Estadual e Unidades móvel; "Ignorados" refere-se a 2 unidades municipais não existentes no CNES.

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

Deste aumento de unidades credenciadas, o mais expressivo foi o da AP 3.3 (116%), seguido pela AP 5.3 (94%) (Tabela 15a), esta última de um histórico e imenso vazio assistencial. Em 2009 a AP 5.3 contava com apenas 18 unidades prestadoras de média complexidade ambulatorial, passando a 35 em 2016. Interessante observar que a AP 5.1, apesar de aumentar o quantitativo de unidades em apenas 55%, elevou em quase 370% o número de procedimentos ambulatoriais de médica complexidade, mostrando uma grande produtividade

média por unidade.

A AP 1.0, que é a mais produtiva, teve ampliado seu rol em 14 unidades, o que representa 38% a mais de unidades prestadoras (Tabela 15b). Todavia, sua ampliação em procedimentos foi de apenas 5% (Tabela 14b). Isto sugere que, ou os novos estabelecimentos credenciados são unidades pouco produtivas, ou os estabelecimentos já existentes diminuíram sua produção ambulatorial em média complexidade.

6 DISCUSSÃO

O SIA-SUS, pela longevidade e volume de procedimentos registrados no âmbito do SUS, anuncia-se como importante fonte de informação para a análise da situação sanitária por meio do conhecimento da produção ambulatorial tanto no nível nacional quanto no nível local, constituindo-se potencialmente como uma importante ferramenta de gestão, de planejamento e avaliação de políticas. Nesta pesquisa, possibilitou acompanhar a evolução da prestação de serviços de atenção especializada ambulatorial à população, especificamente a produção de Média Complexidade ao longo dos oito anos em contexto local.

No município do Rio de Janeiro ocorreu uma expansão da Atenção Primária em Saúde, com aumento da cobertura (HOWE et al., 2016). Pode-se verificar que houve uma ampliação do quantitativo de unidades prestadoras em Média Complexidade, o que pode ter colaborado para a ampliação da produção de procedimentos no período estudado.

O Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (2013) coloca que o município do Rio de Janeiro apresenta desigualdade na produção dos serviços de Saúde, decorrente da grande heterogeneidade e diferenciados graus de desenvolvimento.

Apesar de ter sido identificada uma ampliação da oferta da atenção especializada ambulatorial de média complexidade no SUS no município do Rio de Janeiro, ainda há existência de lacunas assistenciais em algumas regiões dentro do município.

Através do SIA-SUS, só é possível avaliar a movimentação de usuários dentro da rede municipal em cerca de 7% dos procedimentos realizados, através dos procedimentos oriundos da APAC e do BPA-I, uma vez que no BPA-C não constam essas informações. Assim, não há possibilidade pelo SIA-SUS de se relacionar a AP de residência do usuário em relação à AP de prestação de serviços, na grande maioria dos procedimentos, e também, não há como analisar o deslocamento destes usuários dentro do município para acessar a rede, limitando as possibilidades de análises a partir desse sistema de informação.

Pelos resultados obtidos nesta pesquisa, é possível identificar de que a região central do município, que correspondente à AP 1.0, é a que possui o maior número de unidades de saúde prestadoras de média complexidade, segundo procedimentos apresentados.

Os bairros da A.P 5.2 e 5.3 (Campo Grande, Santa Cruz e adjacências) encontram-se a mais de 50 km do centro da cidade, nos bairros limítrofes do município esta distância chega a mais de 60 km. Nessas APs, o aumento do número de procedimentos apresentados, em decorrência da ampliação de estabelecimentos produtores ao longo dos anos de estudo, diminui a desigualdade no acesso aos serviços, beneficiando os munícipes residentes nessas áreas mais

distantes das regiões centrais. Elas também possuem baixo Índice de Desenvolvimento Social (SMS-RIO, 2008), que historicamente contavam com parca rede resolutive, necessitando se deslocar por maiores distâncias para obter atendimento de média complexidade. A desigualdade na organização espacial dos serviços e, conseqüentemente na capacidade de produção de procedimentos de média complexidade, pode impactar em piores chances desses munícipes de ter um diagnóstico precoce ou ter menos facilidade para acompanhar algum problema de saúde, afetando os índices de mortalidade e morbidade.

Pesquisa realizada no município de São Paulo (SPEDO, 2010) identificou que grandes distâncias geográficas entre o local de residência e o de atendimento ambulatorial especializado é uma barreira ao acesso, além do usuário poder sentir-se desprestigiado.

Pondera-se que o preconizado é que, diferentemente da atenção primária em saúde que deve estar mais próxima possível do usuário (de seu local de trabalho ou residência), a atenção especializada deve se concentrar em grandes centros produtores, de forma hierarquizada e regionalizada, onde os usuários é que devem se deslocar para os locais de atendimento por questões de economia de escala, visando assegurar uma boa relação custo/benefício e ainda, manter a qualidade da atenção prestada (SOLLA; CHIORO, 2012). Todavia, a grande maioria dos procedimentos de média complexidade ambulatoriais informada no SIA-SUS, não carecem de economia de escala por se tratar de procedimentos de baixa densidade tecnológica e de grande demanda, além de ser fundamental para diagnóstico diferencial e acompanhamento da saúde dos usuários.

Estudos apontam que a média complexidade, tradicionalmente, concentra-se na atenção hospitalar (SOLLA, CHIORO; 2012), o que também foi corroborado neste estudo, já que se constatou que no município do Rio de Janeiro a atenção ambulatorial em média complexidade está sendo, em sua maior parte, prestada em de atenção hospitalar, apesar de também ter sido verificado que o atendimento em média complexidade está sendo redistribuído para serviços de atenção primária e de urgência e emergência. Para este fenômeno em especial temos de considerar a reformulação, em 2011, da Política Nacional de Atenção as Urgência, com a instituição da Rede de Atenção às Urgências no SUS, da implementação das Unidades de Pronto-Atendimento (UPA 24h) e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências (BRASIL, 2011, a, b, c). Tal política afetou sobremaneira a média complexidade, com um expressivo aumento de procedimentos nestes tipos de estabelecimentos, mas ainda assim, de maneira hegemônica os atendimentos de média complexidade continuam, em grande parte, adstritos às unidades da atenção hospitalar.

Quanto ao tipo de prestador, no que diz respeito à sua esfera (público/ privada) e

natureza jurídica (Municipal, estadual, federal) pode-se verificar que o ente público municipal é o grande responsável por prestar serviços de média complexidade, em sua maioria procedimentos com finalidade diagnóstica. Ainda o gestor estadual tenha tido um aumento da produção proporcionalmente, isto foi ocasionado pela estagnação dos serviços federal, o que não interferiu na preponderância municipal. Isto diverge da tendência nacional, posto que segundo Solla e Chioro (2012) a assistência em média e alta complexidade, majoritariamente, é uma competência do ente estadual em território nacional.

Todavia, é compreensível que ao analisar os estabelecimentos isoladamente, não são as unidades do município as mais produtivas, já que os procedimentos estão pulverizados em unidades de atenção primária e ambulatorial, de menor porte, enquanto as unidades mais produtivas individualmente são unidades hospitalares do ente estadual.

Apesar disso, no ente estadual, verificou-se uma queda acentuada na produção em média complexidade no ano de 2015 para 2016, mesmo que tenha sido registrado um aumento nos anos anteriores. Esta tendência à queda é perceptível desde o ano de 2015, mas somente em 2016 torna-se explícito o retrocesso na prestação de serviços da atenção ambulatorial de média complexidade.

Pode-se constatar que há uma notável interferência na produção decorrente da retração nos atendimentos prestados pelo Hospital Universitário Pedro Ernesto, unidade de maior produção individual da cidade do Rio de Janeiro, e conseqüentemente, maior prestador do ente estadual. A crise impetrada no estado afetou sobremaneira esta unidade, que sofreu ainda, com os efeitos do (des)financiamento em pesquisas. A Universidade do Estado do Rio de Janeiro, ao qual está vinculado, experimentou forte corte de recursos, o que pode ter interferido na produção desta unidade, já que é um hospital-escola que vivenciou, no ano de 2016, greve de professores, funcionários e alunos.

Moura e Camargo Junior (2017) afirmam que a UERJ é uma das universidades que foram mais impactadas pela crise econômica, não somente pelos cortes orçamentários nas agências de Financiamento em pesquisa, mas também, por conta de contingenciamento de seu próprio orçamento, o que afeta diretamente pesquisas como as da área de saúde pública.

Entretanto, pode-se verificar que não fora somente esta unidade estadual que teve desempenho negativo. O Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti, também estadual, concentra os procedimentos de transplante órgão, tecido e células, também parece ter sido afetado pela crise.

Para compreender outros fatores que podem ter afetado a queda na produtividade do ente estadual, seria necessário analisar a produção das unidades de forma isolada, bem como

outros aspectos relacionados ao financiamento, o que este estudo não se propôs.

No que tange à variação na utilização das unidades, destaca-se o caso do Hospital Municipal Albert Schweitzer, já que sua produção em 2016 foi quase mil vezes maior que a de 2009. Em relação a este aumento, não foi possível identificar uma explicação precisa por falta de informações públicas disponíveis no sítio eletrônico do gestor estadual, mesmo que se saiba que o hospital enfrenta crises recorrentes, com ameaça de fechamento da unidade, inclusive em 2017, na gestão do prefeito Crivela, após investimentos dos governos municipal e federal, na época de sua municipalização em 2016.

Dentro do escopo do estudo, foram observadas algumas limitações em relação à fonte de dados, o SIA-SUS, dentre as quais, muitas decorrentes do fato de que quase a totalidade do banco é formada por procedimentos oriundos do Boletim de procedimento Ambulatorial Consolidado (BPA-C), o que enseja algumas ponderações, que se traduzem a seguir em algumas ressalvas.

O SIA-SUS emerge em substituição aos sistemas GAP e SICAPS, voltado para controle de pagamentos aos prestadores, e assim, pelo foco originário, tais informações não seriam objetivamente necessárias. Entretanto, sistemas passam por aprimoramento constantemente, o SIA-SUS também sofreu diversos melhoramentos ao longo de sua história de utilização, como a alteração da Tabela de procedimentos, Órteses e Próteses do SUS, ou ainda, da natureza jurídica e Esfera, o registro da APAC. Contudo, melhorias voltadas para que o sistema fornecesse mais informações individualizadas e possibilitasse ampliar o planejamento, a programação e a avaliação de políticas, serviços e ações de saúde não foram realizadas.

Ressalte-se que há uma impossibilidade de se estabelecer um *link* entre o procedimento produzido e usuário. Tal limitação do SIA-SUS é decorrente da grande maioria dos seus procedimentos não terem a informação sobre características demográficas dos pacientes.

De acordo com os resultados do presente estudo, apenas 7% do banco apresenta informação de média complexidade contendo dados individualizados, como sexo, raça, idade, aspectos geográficos, por só constarem nos Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I), e nos procedimentos da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC - Procedimento Principal e APAC – Procedimento Secundário). Como mais de 90% da produção de Média Complexidade corresponde ao Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C), que não contempla essas informações, perde-se a possibilidade de atender a estudos que buscam conhecer a utilização dos serviços, objetivando predominância de sexo, raça, idade, aspectos geográficos (TRAVASSOS; MARTINS, 2000; 2002), de uma forma mais abrangente, considerando a magnitude do SIA-SUS.

Ademais, o fato de possuir pouca informação acerca da média complexidade em relação ao usuário que utiliza o sistema impossibilita a análise não somente sobre a sua origem geográfica (como município, AP, bairro), mas também sobre o quantitativo de usuários que utilizaram determinados procedimentos destas regiões, o que forneceria informações sobre possibilidade de consolidação de redes regionais.

Estudos que se propõem a avaliar os determinantes da utilização (TRAVASSOS, MARTINS, 2004; ANDERSEN, 1995; CHIAVEGATTO FILHO et al., 2015; PINHEIRO, 2002, FERNANDES, 2009) o fazem com intuito, dentre outros, de dar subsídio à epidemiologia na elucidação ou corroboração de fatores associados, de uma forma mais abrangente, já que existem diferenças de expectativa de vida relacionadas a estes aspectos. Identifica-se que a variável sexo, por exemplo, infelizmente, há um quantitativo pouco relevante de registros no SIA-SUS, se considerarmos a grandiosidade do banco.

A ausência Código Internacional de Doenças (CID) nos procedimentos do BPA-C, é outra limitação que se apresenta. Caso houvesse possibilidade deste registro, seria possível associar a produção ambulatorial às características de adoecimento da população, e assim contribuir à formação de políticas públicas mais específicas, antes de estes usuários demandarem por serviços de internação hospitalar. Assim, estes dados do BPA-C não permitem traçar fatores de morbidade da população, o que ele apresenta, são outros indicadores que servem como complementação, como por exemplo, número de procedimentos/ habitante/ ano (Brasil, 2002).

Deste modo, tendo em vista que grande parte dos dados do SIA-SUS utilizados nesta pesquisa são não individualizados, não foram analisados determinantes da utilização, qual sejam, a variação do uso por características dos indivíduos (fatores demográficos, socioeconômicos, clínicos ou biológicos), mas sim, aspectos macro, que apontam onde e em quais procedimentos se deu esta produção (local de utilização, natureza jurídica, estabelecimentos prestadores, grupos de procedimentos utilizados, etc.).

Há que salientar ainda que as tabelas (SIGTAP) que compõem o SIA-SUS não são orientadas pelos programas ou ações de saúde, linhas de cuidado ou grupos de doenças, mas sim por setores de produção (laboratórios clínicos, de imagem, etc), dificultando análises mais aprofundadas que possibilitem o reordenamento das políticas de saúde.

Em relação às possibilidades de análise do SIA-SUS no que refere à média complexidade, o presente estudo mostrou um reconhecimento de que houve significativa ampliação no quantitativo de procedimentos em média complexidade ambulatorial no município estudado. Quando se esmiúça o grupo “procedimentos clínicos apresentados”, onde

“consultas/ atendimentos/ acompanhamentos” é o subgrupo de maior produção, verifica-se que consultas com profissional médico é preponderante. Todavia, infelizmente, não há como saber quantas consultas são novas, as chamadas “consultas de primeira vez”, já que o sistema não permite vislumbrar o acesso individualizado, conforme já salientado anteriormente.

Uma pesquisa que expressa o difícil acesso à média complexidade no município de São Paulo (SPEDO ET al., 2010), relatou que apenas 1/5 das consultas oferecidas em média complexidade eram novas vagas, já que muitos pacientes “ficam presos” nos serviços ambulatoriais, por não conseguir fazer os exames/demais procedimentos necessários para a resolução de seu problema de saúde. Sendo assim, não é possível avaliar o quanto este aumento expressa resolutividade no acesso da população aos serviços de saúde, mas esta é uma limitação ao qual o estudo não pretendeu superar, contudo, salienta-se para reflexão e ponderação, a fim de que não se exalte o “aumento pelo aumento”.

Cabe fazer uma ressalva a respeito do registro de procedimentos em Centrais de Regulação, que foram apresentados pelo ente estadual no ano de 2016. Não cabe discutir o mérito da inegável relevância em se registrar todas às ações de saúde, lançados no grupo “procedimentos clínicos”. Todavia, o que parece ser um incremento ao subgrupo “Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos”, consiste, verdadeiramente em um procedimento meio para se acessar o profissional médico ou a tecnologia necessária à sua situação de saúde.

Identificou-se na Tabela SIGTAP a existência do grupo “ações complementares da atenção à saúde”, que possui o subgrupo “autorização/regulação”. Todavia neste subgrupo só consta como forma de organização “deslocamento/ajuda de custo”, o que não condiz com a ação do regulador. Assim, infere-se que o registro de procedimentos da Central de Regulação em “Consultas/ Atendimentos/ Acompanhamentos” foi a estratégia encontrada, até o momento, mais adequada para o registro. Tende-se a compreender que a existência de um procedimento específico “regulação em média complexidade” traria um registro mais fidedigno e particular desta política, que pode ser considerada fundamental para tornar possível o acesso integral aos diferentes níveis de complexidade.

Em relação ao rol de procedimentos, faz-se mister enfatizar que o estudo não considerou os procedimentos elencados como média complexidade que foram realizados no âmbito hospitalar (internação), cujo registro dá-se através do Sistema Informações Hospitalares (SIA-SIH) e outros. Isto implica em uma perda no conhecimento da produção de média complexidade, todavia foi o caminho metodológico adotado que vislumbrou privilegiar o estudo, escasso, da produção agrupada de procedimentos de média complexidade no nível ambulatorial no município do Rio de Janeiro.

Aprofundando reflexões sobre baixa, média e alta complexidade, originados no contexto do presente estudo, indagamos: Como se faz APS sem hemograma? Como o teste rápido não é do âmbito da APS? Como realizar um diagnóstico diferencial sem o exame de Ressonância Magnética? Essa divisão artificial entre básica, alta e média complexidade não é uma mera questão de nomenclatura e, possivelmente, colabora mais para a fragmentação da atenção à saúde e das deliberações de gestores, profissionais e pesquisadores da área da saúde.

De forma sucinta, esse estudo mostrou um aumento significativo da produção global de MC no MRJ no período, mas com queda acentuada a partir de 2016 na ordem de 10%. Os procedimentos mais realizados pertencem ao grupo “procedimentos clínicos” e, quando esmiuçados, verifica-se que do subgrupo “consultas/ atendimentos/ acompanhamentos”, a consulta com profissional médico é preponderante. Contudo, não há como saber quantas consultas são novas, as chamadas “consultas de primeira vez”, pois o sistema não permite vislumbrar o acesso individualizado, conforme já salientado. As maiores produções de MC no período estudado tiveram também as seguintes características: ser público, municipal, hospitalar, localizados nas AP 1.0 e 3.1.

7 CONCLUSÃO

A partir da presente pesquisa, são expostas as seguintes conclusões a respeito da média complexidade ambulatorial apresentada no SIA-SUS, no período de 2009 a 2016:

- A média complexidade corresponde a 36% dos procedimentos apresentados no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS);
- Ocorreu um incremento de 51% na realização de procedimentos ambulatoriais de média complexidade, no período analisado;
- A maioria do banco de média complexidade é formado por procedimentos com finalidade diagnóstica, cerca de 62%, e por procedimentos clínicos, 36%, na média dos anos de estudo;
- O ente municipal é o principal prestador de serviços de média complexidade ambulatorial, com maior volume de produção;
- Dos procedimentos com finalidade diagnóstica, 85% são procedimentos em laboratório clínico. São realizados principalmente na atenção hospitalar, sendo de modo geral, o ente municipal o maior produtor.
- Dos procedimentos clínicos, o subgrupo consultas/atendimentos/acompanhamentos corresponde a 92% dos procedimentos apresentados. O ente municipal também é o maior produtor, todavia a maior produção ocorre em unidades de atendimento em urgência e emergência;
- A produção de média complexidade concentra-se em unidades de atenção hospitalar (51%, na média dos anos de estudo);
- A atenção de urgência e emergência apresentou um aumento substancial a partir da instituição da Rede de Atenção às Urgências no SUS;
- Na atenção hospitalar, o tipo de prestador que apresenta o maior volume de produção é o ente federal;
- A unidade que possui a maior produção de média complexidade ambulatorial no município do Rio de Janeiro é o Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE-UERJ);
- Os prestadores privados com e sem fins de lucro representaram, em média, 10% dos procedimentos de média complexidade ambulatorial apresentados;

- A AP 5.3, correspondente à região mais afastada do centro, é a que possui a menor produção de média complexidade ambulatorial;
- 92% do banco é formado por procedimentos do Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C), impossibilitando que se analise, em sua grande maioria, aspectos individuais do paciente (sexo, idade, local de origem, etc.) ou da situação de saúde que demandou pelo procedimento (CID);
- Pela lógica de constituição do SIA-SUS, por procedimento, não há como analisar o funcionamento da rede ou a integração de serviços por linhas de cuidados.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em um cenário incerto sob o ponto de vista da descontinuidade e flexibilização das políticas sociais, ameaçando conquistas valorosas como o SUS (Lazarini & Sodré, 2019), estudos que mostram magnitude e avanços no sentido de diminuição dos vazios assistenciais existentes, mesmo que de forma incipiente, é um instrumento incontestado e de resistência, importante nos dias atuais.

Além disso, esse estudo deixa como forte recomendação aos gestores do SUS no município do Rio de Janeiro, a ampliação do registro dos procedimentos ambulatoriais no SIA-SUS no formato BPA-I, decisão fundamental para o aprofundamento do perfil e do diagnóstico da média complexidade.

Especificamente sobre o SIA-SUS, diversas sugestões já foram ressaltadas acima, mas faz-se necessário enfatizar a importância da inclusão da especialidade médica no subgrupo consultas/atendimentos realizados.

É importante destacar a relevância do trabalho do DATASUS, possibilitando disponibilidade dos dados e dos manuais técnicos para compreensão das informações dos bancos de dados, viabilizando maior transparência e integração entre academia, serviços de saúde e gestores do SUS.

Por fim, esse estudo explicita como sugestões aos gestores do SUS, reflexões sobre o que é a média complexidade, no sentido de integrá-la aos outros níveis de complexidade e, que eles se sensibilizem sobre a necessidade de continuidade das políticas públicas tão importantes para a população.

REFERÊNCIAS

ANDERSEN, R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health SocBehav* 1995; 36:1-10.

ANDRADE, L O M; BARRETO, I C H C; CAVALCANTI, C G C S. Modelos assistenciais em saúde no Brasil. In: Maria Zélia Rouquayrol; Marcelo Gurgel (Org). *Epidemiologia & Saúde*. 8ed. Rio de Janeiro: MEDBOOK – Editora Científica Ltda, 2018.

BRASIL. CNES. Cadastro Nacional de estabelecimentos de saúde. Consulta Estabelecimento, Identificação. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 10 fev. 2018.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A Gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. - Brasília: CONASS, 2015.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS) – Brasília: CONASS, 2011d.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. - Brasília: CONASS, 2003.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: CONASS, 2007.

_____. DATASUS. SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, e OPM do SUS. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>. Acesso em: 19 set. 2017.

_____. Departamento de Informática do SUS (DATASUS) CBO 2002. *Pessoal de Saúde Nível Superior*. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/CBO%202002.htm>. Acesso em: 19 abr. 2018.

_____. Departamento de Informática do SUS- DATASUS. *SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS*. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/ambulatoriais/sia>. Acesso em: 20 set. 2017.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Normas de apresentação tabular*. 3. ed. Rio de Janeiro, 1993. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2018.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS*. Disponível em: <https://ces.ibge.gov.br/base-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-informacoes-ambulatoriais-do-sus-sia-sus.html>. Acesso em: 20 set. 2017

_____. Ministério da Saúde / Secretaria Executiva / DATASUS/GEDINF – Gerência de Disseminação de Informações em Saúde. *Código de Procedimento Ambulatorial*. Disseminação de Informações do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS). Informe Técnico

2015-06.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.601, de 7 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto-Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União. 2011b.

_____. Ministério da Saúde Portaria nº 2.026, de 24 de agosto de 2011. Aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União. 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, v. 2, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Asis - Análise de Situação de Saúde / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Goiás. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 3v. : il. Conteúdo: v. 1. Livro texto. v. 2. Caderno de atividades. v. 3. Caderno R. ISBN 978-85-334-2287-2 1. Diagnóstico da Situação de Saúde. 2. Análise de Situação. 3. Epidemiologia. I. Título. II. Universidade Federal de Goiás. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis_analise_situacao_saude_volume_1.pdf. Acesso em: 06 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. Produção Ambulatorial do SUS por local de atendimento. Notas Técnicas. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sia/qadescr.htm>. Acesso em: 02 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes para implantação de complexos reguladores. Ministério da Saúde, Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Manual de preenchimento de instrumentação do SIA-SUS. Brasília, 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/decas/indice.mansia.htm>. Acesso em: 03 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS. Diário Oficial da União 2011a; 07 jul.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2010; 31 dez.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 880, de 16 de maio de 2013. Define a estratégia de aumento do acesso aos Procedimentos Traumatológico-ortopédicos de Média Complexidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Avaliação Normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil : monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 140p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Curso básico de regulação do Sistema Único de Saúde – SUS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistemas de Informação em Saúde e Vigilância Epidemiológica in Guia de Vigilância Epidemiológica – 6ª edição (2005) – 2ª reimpressão (2007). Série A. Normas e Manuais Técnicos.

_____. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação. Manual Técnico Operacional do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP versão DESKTOP Volume I. 2011. 58 Páginas

_____. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação. Manual técnico operacional SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais - Aplicativos de captação da produção ambulatorial APAC Magnético – BPA Magnético - VERSIA – DE-PARA – FPO Magnético. 2009. 69p.

BRANCO, Maria Alice Fernandes. Sistemas de informação em saúde no nível local. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, p. 267-270, June 1996 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1996000200016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 abr. 2018.

CANONICI, E. L. Modelos de unidades e serviços para organização da atenção ambulatorial especializada em sistemas regionais de atenção à saúde. São Paulo: Projeto Apoio ao

Desenvolvimento de Sistemas Regionais de atenção Integrada à Saúde/Regiões de Saúde, 2014. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/17/3-Revisao-Atencao-Especializada.pdf> . Acesso em: 20 out. 2021.

CARVALHO, A. O.; EDUARDO, M. B. P. Sistemas de informação em saúde para municípios. São Paulo: USP,1998. 101p. (Série Saúde & Cidadania, v. 6). Disponível em: [file:///C:/Users/ENSP/Downloads/saude-cidadania-vol-06-sistemas-de-informacao-em-saude-para-municipios-\[443-090212-SES-MT\].pdf](file:///C:/Users/ENSP/Downloads/saude-cidadania-vol-06-sistemas-de-informacao-em-saude-para-municipios-[443-090212-SES-MT].pdf). Acesso em: 14 set. 2017.

CHIAVEGATTO FILHO ADP, WANG YP, MALIK AM, TAKAOKA J, VIANA MC, ANDRADE LH. Determinants of the use of health care services: multilevel analysis in the Metropolitan Region of Sao Paulo. *Rev. Saúde Pública* 2015; 49: 15. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005246.pdf. Acesso em: 08 ago. 2017.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 7-16, 2008.

CORIOLOANO, L. S.; PENTEADO, S. M. O. ; ARREGI M. M. U. Sistema de Informação em Saúde. In Maria Zélia Rouquaryol; Marcelo Gurgel (Org). *Epidemiologia & Saúde*. 8ª Ed. Rio de Janeiro. Medbook – Editora Científica LTDA, 2018, v., p 617-634.

Descritores em Ciências da Saúde: DeCS [Internet]. ed. 2017. São Paulo (SP): BIREME / OPAS / OMS. 2017. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>. Acesso em: 28 mai. 2018.

DRUMOND, E. et al. Utilização de dados secundários do SIM, Sinasc e SIH na produção científica brasileira de 1990 a 2006. *R. Bras. Est. Pop.*, v. 26, n. 1, p. 7-19, 2009.

FARIAS, Sidney Feitoza et al . A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 16, supl. 1, p. 1043-1053, 2011 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700037&lng=en&nrm=iso. Acesso 12 jun. 2018.

FERNANDES, Léia Cristiane L; BERTOLDI, Andréa D; BARROS, Aluísio J D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 43, n. 4, p. 595-603, Aug. 2009 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 7 Jun. 2018.

FEUERWERKER, Laura. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface (Botucatu)*, Botucatu , v. 9, n. 18, p. 489-506, Dec. 2005 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000300003&lng=en&nrm=iso. Acesso 24 mai. 2018.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JR, H.M. Integralidade na assistência á saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E.E. et al. *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 125-133

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

GRIFELL, E. Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar em Catalunha: Funções e Interfaces. (Apresentação). Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=14327&tipo=B>. Acesso 04 jun. 2018.

GTISP/ABRASCO. Informação em Saúde a Serviço da Sociedade, RJ e SP/nov-93. In: ABRASCOjMS. Uso e Disseminação de Informações em Saúde -Subsídios para elaboração de uma Política de Informação em Saúde para o SUS, Brasília, agosto, 1994.

HARZHEIM, E.; HAUSER, L.; PINTO, L. F. Avaliação do grau de orientação para Atenção Primária à Saúde: a experiência dos usuários das Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre: UFRGS, 2015.

HOWE, Amanda et al . Reforma da Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro: comemorando os 450 anos de fundação da cidade. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 21, n. 5, p. 1324-1326, May 2016 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501324&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 set. 2017.

KAUR, R. Outros jeitos de usar a boca. ; tradução: Ana Guadalupe. 1 ed. – São Paulo: Planeta, 2017.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil . *Saúde e Sociedade*, v. 20, n. 4, p. 867-874, ISSN 1984-0470. São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.journals.usp.br/sausoc/article/view/29723>. Acesso em: 22 set. 2017.

LIMA, Claudia Riso de Araujo et al . Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 10, p. 2095-2109, Oct. 2009 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001000002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 abr. 2018.

MAGALHÃES JR., H. M. O desafio de construir e regular redes públicas com integralidade em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte. 2005. Tese (Doutorado) Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS/Abrasco, 2001. p. 39-64.

MENDES, E.V. O SUS que temos e o SUS que queremos. In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Convergências e Divergências sobre a Gestão Regionalizada do SUS. Brasília: CONASS, 2004. p.28-61. Disponível em: http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_6.pdf. Acesso em: 24 mai. 2018

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília:

Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p, Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf. Acesso em: 10 abr. 2018.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 5, p. 2297-2305, Aug. 2010 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 jun. 2018.

MERHY, E. E.; MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: FREESE, E. (Org.). Municípios: a gestão da mudança em saúde. Recife: UFPE, 2004.

Mota E, Carvalho DM. Sistemas de Informação em Saúde. In: Rouquaryol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e Saúde. 5a ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p.505-521.

MOURA, Egberto Gaspar de; CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel de. A crise no financiamento da pesquisa e pós-graduação no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 33, n. 4, e00052917, 2017 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000400101&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 jun. 2018.

NERI, Suzana Costa Carvalho. A qualidade dos dados dos sistemas de informação em saúde aplicados na atenção à saúde materno-infantil. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/21636>. Acesso em: 08 dez. 2017.

NEVES, FA; JUNGES F. Sistema de Informação em Saúde como Instrumento de Avaliação da Saúde da População. Disponível em: <http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/6mostra/artigos/SAUDE/FL%C3%81VIA%20DE%20ASSUN%C3%87%C3%83O%20NEVES.pdf>

OLIVEIRA, Hipólita Siqueira de. Contradições entre desenvolvimento, trabalho e espaço em tempos de crise: o caso do estado do Rio de Janeiro. **Cad. Metrop.** São Paulo , v. 19, n. 38, p. 179-200, Abril 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-99962017000100179&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 mai. 2018.

Oya Sawyer, Diana, Costa Leite, Iúri da, Alexandrino, Ricardo, Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil **Ciência & Saúde Coletiva** , 2002, 7 . 2017. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa>". Acesso em: 21 de set. 2017.

Painel regional : Rio de Janeiro e bairros / Observatório Sebrae/RJ. -- Rio de Janeiro: SEBRAE/RJ, 2015.

PINEAULT, R; DAVELUY, C. Lesindicateurs d'utilisation des services de santé. In: Pineault R, Daveluy C, editors. La planification de la santé: concepts, méthodes et stratégies. Montréal: Agence d'Arc; 1986. p. 191-202.

PINHEIRO RS, VIACAVAL F, TRAVASSOS C, BRITO AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2002.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia; DEMO, Pedro. Políticas de saúde e crise do Estado de Bem-Estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. *Saudesoc.*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 56-71, ago/set 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 mai. 2018.

Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. PMS 2014 – 2017. Secretaria Municipal de Saúde www.rio.rj.gov.br/web/SMS Rio de Janeiro – 2013. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf. Acesso em: 27 abr. 2018.

RIPSA, Rede Intergerencial de Informações da Saúde. Indicadores básicos de saúde no Brasil, Brasília, OPAS, 2002. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/1ed/indicadores.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2012.

ROCHA, A. P. da. Regulação assistencial ambulatorial no Município do Rio de Janeiro, RJ: efeitos da inserção da APS na regulação. 2015. Dissertação de Mestrado.

ROMANO, Cátia Maria Costa; SCATENA, João Henrique Gurtler. A relação público-privada no SUS: um olhar sobre a assistência ambulatorial de média e alta complexidade na região de saúde da Baixada Cuiabana em Mato Grosso. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 2, p. 439-458, Abril, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122014000200008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 7 jun. 2018.

SANTOS, A. C. D. Sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde: documentação do sistema para auxiliar o uso das suas informações. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

SANTOS, M.A.B.; GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 795-806, 2004.

SANTOS, M. A. B et al.. Indicadores de desempenho e decisão sobre terceirização em rede pública de laboratórios. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 456-465, Junho 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000300007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 mai. 2018.

SAYD, Jane Dutra. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p. 194-197, Junho 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312002000100014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 jun. 2018.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. Comissão Intergestores Bipatite. Deliberação CIB-RJ Nº 3.145 De 03 De Setembro De 2014. Pactua Proposta De Regulação Da Oferta De Consultas E Procedimentos Ambulatoriais Dos Hospitais E Institutos Federais Com Sede No Município Do Rio De Janeiro. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/409-2014/agosto/3557-deliberacao-cib-n-3-145-de-03-de-setembro-de-2014.html?highlight=WyJzaXNyZWciXQ>. Acesso em: 04 abr. 2017.

_____. Comissão Intergestores Bipatite. Deliberação CIB-RJ Nº 3.470 De 20 De Julho De 2015. Pactua A Criação De Uma Central Unificada De Regulação –Reuni-Rj - Com O Objetivo De Ordenação Do Acesso Dos Usuários Dos Municípios Fluminenses À Serviços Estratégicos Localizados No Município Do Rio De Janeiro. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/450-2015/julho/3948-deliberacao-cib-n-3-470-de-20-de-julho-de-2015.html>. Acesso em: 04 abr. 2017.

Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e promoção à saúde. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. **SISREG – Protocolo para o Regulador**. 2016. Disponível em: http://www.subpav.org/download/sisreg/SISREG%E2%80%9393Protocolo_Regulador_2016.pdf. Acesso em: 02 mar. 2018.

_____. *Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro PMS 2014 – 2017*. Rio de Janeiro. 2003. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf. Acesso em: 08 mai. 2018.

_____. Índice de Desenvolvimento Social - IDS: comparando as realidades microurbanas da cidade do Rio de Janeiro Nº 20080401 Abril - 2008 Fernando Cavallieri, Gustavo Peres Lopes - IPP/Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 2008.

SILVA, Silvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, Junho 2011. Disponível em: "http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600014&lng=en&nrm=iso". Acesso em: 21 set. 2017.

SIMÕES PP, GAMEIRO F, NUNES PC, JÚNIOR AGS, SCARDUA MT, SIMAS KBF. Expansão da Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro em 2010: o desafio do acesso e a completude das equipes de saúde da família. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 2016.

SOLLA, Jorge; CHIORO, Arthur. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. cap. 17, p. 547-576

SORANZ, Daniel; PINTO, Luiz Felipe; PENNA, Gerson Oliveira. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1327-1338, May 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501327&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 set. 2017.

SOUSA, Fabiana de Oliveira Silva et al . Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 4, p. 1283-1293, Apr. 2014 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401283&lng=en&nrm=is. Acesso em: 17 Mai. 2018.

SPEDO, Sandra Maria; PINTO, Nicanor Rodrigues da Silva; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis*, Rio de Janeiro , v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 mar. 2018.

STARFIELD, Bárbara . Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 726p., 2004.

ROESE A, GERHARDT TE. Fluxos e utilização de serviços de saúde: mobilidade dos usuários de média complexidade. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS), 2008.

TESSER, Charles Dalcanale; POLI NETO, Paulo. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 941-951, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002300941&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 04 jun. 2018.

TEIXEIRA, C.F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-277, set./dez. 2003.

TRAVASSOS, Cláudia et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S1413-81232000000100012&pid=S1413-81232000000100012&pdf_path=csc/v5n1/7085.pdf&lang=pt. Acesso em: 22 set. 2017.

TRAVASSOS, C. M. de R. et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. 2002. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2002.v11n5-6/365-373/pt/>. Acesso em: 20 set. 2017.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>. Acesso em: 22 set. 2017.

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. Gestão pública em saúde: sistemas de informação de apoio à gestão em saúde/Paola Trindade Garcia; Regimarina Soares Reis .(Guia de Gestão Pública em Saúde, Unidade VI). São Luís, 2016.

VALDERAS, J. M. et al. Ambulatory care provided by office-based specialists in the United States. *Ann Fam Med.*, v. 7, n. 2, p. 104-111, 2009.

ANEXO A
TABELAS DE RESULTADOS EM NÚMEROS ABSOLUTOS

Tabela 1b- Distribuição de procedimentos segundo Nível de Complexidade – Município do Rio de Janeiro, 2009 a 2016 (N= 860.306.233)

Nível de Complexidade	Procedimentos Apresentados por ano (N)								
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
Atenção Básica	11.903.981	14.446.815	23.637.555	28.626.706	30.011.949	33.442.327	39.175.770	37.185.828	218.430.931
Média Complexidade	27.690.785	33.167.707	38.589.567	39.453.295	41.853.226	45.002.250	46.282.041	41.877.342	313.916.213
Alta Complexidade	26.614.276	36.568.122	33.632.611	38.345.705	43.377.649	48.835.388	50.447.651	44.325.214	322.146.616
Não se Aplica	243.341	681.613	500.318	547.049	659.638	679.223	665.965	1.835.326	5.812.473
Total	66.452.383	84.864.257	96.360.051	106.972.755	115.902.462	127.959.188	136.571.427	125.223.710	860.306.233

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

Tabela 2b- Distribuição de procedimentos realizados, por Documento de Origem. Município do Rio de Janeiro - 2009 a 2016 (N= 313.916.213)

Documento de origem	Procedimentos apresentados por ano (N)								
	2.009	2.010	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	Total
BPA-C	25.560.289	31.018.493	36.101.540	37.123.939	39.760.842	42.676.368	43.700.984	33.774.359	289.716.814
BPA-I	1.370.739	1.423.791	1.697.551	1.564.540	1.529.941	1.760.485	1.945.970	7.387.893	18.680.910
APAC - Procedimento Principal	291.022	265.483	340.268	303.920	19.839	19.038	20.038	20.871	1.280.479
APAC - Procedimento Secundário	468.735	459.940	450.208	452.358	478.188	449.865	477.895	507.764	3.744.953
RAAS - Atenção Domiciliar	0	0	0	8.538	14.521	17.505	13.519	2.765	56.848
RAAS - Psicossocial	0	0	0	0	49.895	78.989	123.635	183.690	436.209
Total	27.690.785	33.167.707	38.589.567	39.453.295	41.853.226	45.002.250	46.282.041	41.877.342	313.916.213

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

Tabela 3b - Distribuição de procedimentos realizados, por grupo de procedimentos ambulatoriais. Município do Rio de Janeiro - 2009 a 2016 (N= 313.916.213)

Informações do Procedimento	Procedimentos apresentados por ano (N)								
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Grupo da tabela SIGTAP									
Ações de promoção e prevenção em saúde	105.585	126.500	172.665	166.158	165.263	150.958	179.252	169.749	1.236.130
Procedimentos com finalidade diagnóstica	18.366.159	20.991.647	23.658.331	25.284.031	26.212.243	27.101.508	29.011.479	26.346.612	196.972.010
Procedimentos clínicos	9.011.550	11.787.682	14.590.120	13.867.064	15.309.676	17.589.792	16.912.500	15.201.205	114.269.589
Procedimentos cirúrgicos	197.211	252.379	158.798	123.434	133.919	150.898	169.324	151.059	1.337.022
Transplantes de órgãos, tecidos e células	10.280	9.499	9.653	12.608	32.125	8.778	9.366	8.717	101.026
Outros	0	0	0	0	0	0	316	120	436
Total	27.690.785	33.167.707	38.589.567	39.453.295	41.853.226	45.001.934	46.282.237	41.877.462	313.916.213

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

Tabela 4b- Distribuição de Procedimentos com Finalidade Diagnóstica apresentados, segundo por Tipo de Prestador e Tipo de Estabelecimento, 2009 a 2016. Município do Rio de Janeiro (n= 196.972.010)

Variáveis de Interesse	Procedimentos apresentados por ano (n)								
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Tipo de Prestador									
Municipal	8.071.370	9.009.902	11.331.963	10.509.318	11.348.863	12.826.552	14.196.752	13.560.314	90.855.034
Estadual	1.912.708	3.148.016	3.746.639	4.977.775	5.462.198	5.467.817	5.919.278	3.891.979	34.526.410
Federal	5.679.329	6.122.675	5.917.774	7.048.488	6.588.441	6.041.601	6.000.254	6.124.953	49.523.515
Privado com fins de lucro	600.031	614.120	611.863	612.954	584.555	607.689	683.480	731.205	5.045.897
Privado sem fins de lucro	2.102.721	2.096.934	2.050.092	2.135.496	2.228.186	2.157.849	2.211.715	2.038.161	17.021.154
Tipo de Estabelecimento									
Atenção Primária e Ambulatorial	4.147.677	5.042.554	6.272.750	5.690.259	6.913.252	8.998.796	11.089.334	10.855.193	59.009.815
Atenção Hospitalar	13.558.943	14.870.864	14.714.794	15.967.171	15.192.214	13.626.555	13.867.252	12.289.799	114.087.592
Atendimento em Urgência/Emergência	324.224	713.298	2.283.640	3.097.971	3.622.203	4.030.988	3.578.909	2.699.537	20.350.770
SADT	335.315	364.931	387.147	528.630	484.574	437.731	458.966	488.146	3.485.440
Outros	0	0	0	0	0	7.438	17.018	13.937	38.393
Total	18.366.159	20.991.647	23.658.331	25.284.031	26.212.243	27.101.508	29.011.479	26.346.612	196.972.010

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

Tabela5b- Distribuição de Procedimentos com Finalidade Diagnóstica apresentados, segundo subgrupo de procedimentos - 2009 a 2016. Município do Rio de Janeiro (n= 196.972.010)

Subgrupos	Procedimentos apresentados por ano (%)								
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Coleta de material	23.547	19.269	14.162	10.656	12.140	13.672	14.185	12.751	120.382
Diagnóstico em laboratório clínico	15.045.442	17.422.227	19.977.747	21.448.250	22.221.837	23.151.274	25.070.470	22.578.026	166.915.273
Diagnóstico por anatomia patológica e citopat	351.959	331.181	337.051	334.242	223.175	186.699	218.052	237.562	2.219.921
Diagnóstico por radiologia	1.515.347	1.746.274	1.893.970	1.886.566	1.925.617	1.913.225	1.748.580	1.453.560	14.083.139
Diagnóstico por ultrasonografia	262.878	269.867	229.093	316.769	393.934	426.632	400.919	409.936	2.710.028
Diagnóstico por endoscopia	50.756	49.904	36.765	46.056	43.662	34.785	32.809	33.783	328.520
Métodos diagnósticos em especialidades	526.495	552.014	636.308	738.896	918.815	874.292	893.338	857.112	5.997.270
Diagnóstico e procedim. especiais em hemoterap	567.090	576.030	523.786	493.892	450.427	414.492	455.863	535.917	4.017.497
Diagnóstico em vigil epidemiológica ambiental	9.641	10.348	7.766	7.127	5.217	6.495	21.850	41.074	109.518
Diagnóstico por teste rápido	13.004	14.533	1.683	1.577	17.419	79.942	155.413	186.891	470.462
TOTAL	18.366.159	20.991.647	23.658.331	25.284.031	26.212.243	27.101.508	29.011.479	26.346.612	196.972.010

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

Tabela 6b- Distribuição de Procedimentos Clínicos apresentados, por Tipo de Prestador e Tipo de Estabelecimento - 2009 a 2016. Município do Rio de Janeiro (n= 114.269.589)

Variáveis de Interesse	Procedimentos apresentados por ano (n)								
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Tipo de Prestador									
Municipal	2.870.653	4.398.818	6.198.532	5.904.884	6.258.746	7.230.170	7.927.438	7.905.199	48.694.440
Estadual	2.034.175	3.515.902	4.594.400	4.184.698	5.581.438	7.222.828	5.685.640	4.234.119	37.053.200
Federal	2.068.645	1.838.744	2.052.836	2.389.510	2.062.577	1.784.293	1.969.112	1.722.965	15.888.682
Privado com fins de lucro	741.984	729.121	534.057	264.113	285.849	250.597	263.848	328.646	3.398.215
Privado sem fins de lucro	1.296.093	1.305.097	1.210.295	1.123.859	1.121.066	1.101.904	1.066.462	1.010.276	9.235.052
Tipo de Estabelecimento									
Atenção Primária e Ambulatorial	2.471.415	2.756.461	3.130.192	2.840.719	2.704.064	2.607.295	2.859.161	2.713.696	22.083.003
Atenção Hospitalar	5.629.308	5.643.880	5.677.819	5.931.539	5.415.307	5.129.488	5.502.815	4.848.897	43.779.053
Atendimento em Urgência/Emergência	910.827	3.387.341	5.782.109	5.094.806	7.190.305	9.830.706	8.486.706	7.410.426	48.093.226
SADT	0	0	0	0	0	0	1.966	1.793	3.759
Outros		0	0	0	0	0		196.877	196.877
Central de Regulação	0	0	0	0	0	22.303	61.852	29.516	113.671
Total	9.011.550	11.787.682	14.590.120	13.867.064	15.309.676	17.589.792	16.912.500	15.201.205	114.269.589

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

Tabela 7b - Distribuição de Procedimentos Clínicos apresentados, segundo subgrupo de procedimentos ambulatoriais -2009 a 2016. Município do Rio de Janeiro (n= 114.269.589)

Subgrupo de Procedimentos	Procedimentos apresentados por ano (n)								
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	7.718.482	10.486.242	13.370.807	12.934.482	14.382.830	16.697.841	16.070.902	14.343.264	106.004.850
Fisioterapia	842.553	860.913	779.998	555.465	519.478	529.042	513.894	598.260	5.199.603
Tratamentos clínicos (outras especialidades)	112.915	91.487	82.742	57.544	51.742	49.101	45.597	32.404	523.532
Tratamento em nefrologia	0	0	0	0	9	10	10	3	32
Hemoterapia	278.914	278.965	270.297	233.606	257.411	220.492	198.657	152.235	1.890.577
Tratamentos odontológicos	46.462	51.536	64.765	65.646	56.760	60.050	66.051	57.894	469.164
Terapias especializadas	12.224	18.539	21.511	20.321	41.446	33.256	17.389	17.145	181.831
Total	9.011.550	11.787.682	14.590.120	13.867.064	15.309.676	17.589.792	16.912.500	15.201.205	114.269.589

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

Tabela 8b- Distribuição de procedimentos realizados, segundo Tipo de Estabelecimento e Tipo de Prestador, Município do Rio de Janeiro - 2009 a 2016 (N= 313.916.213)

Informações do Prestador	Procedimentos apresentados por ano (%)								
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Tipo de Estabelecimento									
Atenção Primária e Ambulatorial	6.727.848	7.917.311	9.530.955	8.670.485	9.752.767	11.759.562	14.126.784	13.749.144	82.234.856
Atenção Hospitalar	19.387.963	20.770.337	20.595.648	22.052.812	20.791.273	18.879.730	19.515.877	17.267.250	159.260.890
Atendimento em Urgência/Emergência SADT	1.239.659	4.115.128	8.075.817	8.201.368	10.824.612	13.895.103	12.098.189	10.130.648	68.580.524
Central de Regulação	335.315	364.931	387.147	528.630	484.574	437.772	461.801	489.939	3.490.109
Outros	0	0	0	0	0	30.083	79.390	43.484	152.957
Total	0	0	0	0	0			196.877	196.877
Total	27.690.785	33.167.707	38.589.567	39.453.295	41.853.226	45.002.250	46.282.041	41.877.342	313.916.213
Tipo de Prestador									
Público Municipal	11.078.140	13.580.113	17.714.611	16.597.224	17.792.260	20.269.458	22.374.533	21.678.749	141.085.088
Público Estadual	4.008.633	6.770.792	8.376.940	9.194.083	11.073.583	12.723.412	11.655.755	8.191.790	71.994.988
Público Federal	7.828.177	8.035.557	8.064.502	9.488.075	8.711.432	7.868.511	8.003.628	7.878.061	65.877.943
Privado sem fins de lucro	3.427.020	3.433.987	3.284.358	3.292.837	3.401.815	3.277.263	3.298.040	3.067.676	26.482.996
Privado com fins de lucro	1.348.815	1.347.258	1.149.156	881.076	874.136	863.606	950.085	1.061.066	8.475.198
Total	27.690.785	33.167.707	38.589.567	39.453.295	41.853.226	45.002.250	46.282.041	41.877.342	313.916.213

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

Tabela 9b- Distribuição de procedimentos realizados, segundo Tipo de Prestador, por Tipo de Estabelecimento, por ano, Município do Rio de Janeiro - 2009 a 2016 (N= 313.916.213)

Natureza Jurídica por Tipo de Estabelecimento	Procedimentos apresentados por ano (N)								
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
Atenção Primária e Ambulatorial									
Privado sem fins de lucro	454.911	575.352	518.092	501.551	746.536	680.661	705.361	809.717	4.992.181
Estadual	26.796	82.621	248.818	140.559	78.097	127.319	130.021	64.591	898.822
Federal	8.782	9.520	6.317	11.048	9.372	3.493	35.005	74.148	157.685
Municipal	5.221.241	6.256.368	7.842.336	7.257.063	8.145.929	10.174.954	12.410.363	11.885.464	69.193.718
Privado com fins de lucro	1.016.118	993.450	915.392	760.264	772.833	773.135	846.034	915.224	6.992.450
Atenção Hospitalar									
Privado sem fins de lucro	2.972.109	2.858.635	2.766.266	2.791.286	2.655.279	2.596.602	2.592.679	2.257.959	21.490.815
Estadual	2.733.434	3.763.891	3.020.990	3.530.754	4.491.704	4.267.654	5.270.091	4.096.179	31.174.697
Federal	7.538.460	7.763.812	7.768.390	9.183.497	8.514.874	7.715.216	7.789.425	7.606.682	63.880.356
Municipal	5.838.702	6.062.083	6.837.114	6.487.402	5.104.846	4.276.574	3.839.838	3.280.329	41.726.888
Privado com fins de lucro	305.258	321.916	202.888	59.873	24.570	23.684	23.844	26.101	988.134
Atendimento em Urgência/Emergência									
Estadual	1.221.462	2.853.466	5.040.656	5.348.609	6.283.127	8.077.173	5.981.821	3.651.034	38.457.348
Municipal	18.197	1.261.662	3.035.161	2.852.759	4.541.485	5.817.930	6.116.368	6.479.614	30.123.176

Tabela 9b- Distribuição de procedimentos realizados, segundo Tipo de Prestador, por Tipo de Estabelecimento, por ano, Município do Rio de Janeiro - 2009 a 2016 (N= 313.916.213) (Continuação)

Natureza Jurídica por Tipo de Estabelecimento	Procedimentos apresentados por ano (N)								
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
SADT									
Estadual	26.941	70.814	66.476	174.161	220.655	221.183	197.191	145.908	1.123.329
Federal	280.935	262.225	289.795	293.530	187.186	149.802	179.198	197.231	1.839.902
Municipal	0	0	0	0	0	0	7.964	33.342	41.306
Privado com fins de lucro	27.439	31.892	30.876	60.939	76.733	66.787	77.448	113.458	485.572
Outros									
Estadual	0	0	0	0	0	30.083	76.631	37.201	143.915
Privado com fins de lucro	0	0	0	0	0	0	2.759	6.283	
Central de Regulação									
Estadual	0	0	0	0	0	0	0	196.877	196.877
Total	27.690.785	33.167.707	38.589.567	39.453.295	41.853.226	45.002.250	46.282.041	41.877.342	313.916.213

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

Tabela10b - Distribuição de procedimentos realizados, segundo Grupo de Procedimentos Ambulatoriais, por Tipo de Estabelecimento, por ano, Município do Rio de Janeiro - 2009 a 2016 (N= 313.916.213) (Continuação)

Tipo de Estabelecimento e Grupo SIGTAP	Procedimentos apresentados por ano (%)								Total
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
SADT									
Procedimentos com finalidade diagnóstica	335.315	364.931	387.147	528.630	484.574	437.731	458.966	488.146	3.485.440
Procedimentos clínicos	0	0	0	0	0	0	1.966	1.793	3.759
Outros	0	0	0	0	0	41	869	0	910
Central de Regulação									0
Procedimentos clínicos	0	0	0	0	0	0	0	196.877	196.877
Outros									0
Outros grupos									0
Procedimentos com finalidade diagnóstica	0	0	0	0	0	7.438	17.018	13.937	38.393
Procedimentos clínicos	0	0	0	0	0	22.303	61.852	29.516	113.671
Outros	0	0	0	0	0	342	520	31	893
Total	27.690.785	33.167.707	38.589.567	39.453.295	41.853.226	44.972.167	46.202.651	41.833.858	313.763.256

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

Tabela 11b - Distribuição de procedimentos realizados, segundo classificação da Natureza Jurídica do Prestador (Pública ou Privada) e variáveis de interesse, por ano, Município do Rio de Janeiro - 2009 a 2016 (N= 313.916.213)

Classificação do Prestador	Procedimentos realizados por ano (%)							
	2009		2010		2011		2012	
	Públ.	Priv.	Públ.	Priv.	Públ.	Priv.	Públ.	Priv.
Por Grupo do Procedimento Apresentado								
Ações de promoção e prevenção em saúde	89.740	15.845	107.466	19.034	155.449	17.216	145.402	20.756
Procedimentos com finalidade diagnóstica	15.663.407	2.702.752	18.280.593	2.711.054	20.996.376	2.661.955	22.535.581	2.748.450
Procedimentos clínicos	6.973.473	2.038.077	9.753.464	2.034.218	12.845.768	1.744.352	12.479.092	1.387.972
Procedimentos cirúrgicos	178.352	18.859	235.787	16.592	149.244	9.554	111.027	12.407
Transplantes de órgãos, tecidos e células	9.978	302	9.152	347	9.216	437	8.280	4.328
Outros	0	0	0	0	0	0	0	0
Total								
Por Tipo de Estabelecimento								
Atenção Primária e Ambulatorial	5.256.819	1.471.029	6.348.509	1.568.802	8.097.471	1.433.484	7.408.670	1.261.815
Atenção Hospitalar	16.110.596	3.277.367	17.589.786	3.180.551	17.626.494	2.969.154	19.201.653	2.851.159
Atendimento em Urgência/Emergência	1.239.659	0	4.115.128	0	8.075.817	0	8.201.368	0
SADT	307.876	27.439	333.039	31.892	356.271	30.876	467.691	60.939
Central de Regulação	0	0	0	0	0	0	0	0
Outros	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	22.914.950	4.775.835	28.386.462	4.781.245	34.156.053	4.433.514	35.279.382	4.173.913

Tabela 11b - Distribuição de procedimentos realizados, segundo classificação da Natureza Jurídica do Prestador (Pública ou Privada) e variáveis de interesse, por ano, Município do Rio de Janeiro - 2009 a 2016 (N= 313.916.213)(Continuação)

Classificação do Prestador	Procedimentos realizados por ano (%)								Total
	2013		2014		2015		2016		
	Públ.	Priv.	Públ.	Priv.	Públ.	Priv.	Públ.	Priv.	
Por Grupo do Procedimento Apresentado									
Ações de promoção e prevenção em saúde	138.545	26.718	140.876	10.082	167.042	12.210	157.407	12.342	1.236.130
Procedimentos com finalidade diagnóstica	23.399.502	2.812.741	24.335.970	2.765.538	26.116.284	2.895.195	23.577.246	2.769.366	196.972.010
Procedimentos clínicos	13.902.761	1.406.915	16.237.291	1.352.501	15.582.190	1.330.310	13.862.283	1.338.922	114.269.589
Procedimentos cirúrgicos	127.150	6.769	141.508	9.390	161.840	7.484	144.589	6.470	1.337.022
Transplantes de órgãos, tecidos e células	9.317	22.808	5.518	3.260	6.452	2.914	7.075	1.642	101.026
Outros	0	0	218	98	108	12	0	0	436
Total									0
Por Tipo de Estabelecimento									
Atenção Primária e Ambulatorial	8.233.398	1.519.369	10.305.766	1.453.796	12.575.389	1.551.395	12.024.203	1.724.941	82.234.856
Atenção Hospitalar	18.111.424	2.679.849	16.259.444	2.620.286	16.899.354	2.616.523	14.983.190	2.284.060	159.260.890
Atendimento em Urgência/Emergência	10.824.612	0	13.895.103	0	12.098.189	0	10.130.648	0	68.580.524
SADT	407.841	76.733	370.985	66.787	384.353	77.448	376.481	113.458	3.490.109
Central de Regulação	0	0	0	0	0	0	196.877	0	196.877
Outros	0	0	30.083	0	76.631	2.759	37.201	6.283	152.957
Total	37.577.275	4.275.951	40.861.381	4.140.869	42.033.916	4.248.125	37.748.600	4.128.742	313.916.213

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

Nota: "Outros" refere-se a Central de Regulação Estadual; Unidades móvel e 2 unidades municipais não existentes no CNES.

Tabela 13b - Distribuição das dez unidades de saúde com maior produção, segundo procedimentos apresentados de 2009 a 2016 e variação entre períodos de interesse. Rio de Janeiro (N=313.916.213)

CNES- Unidade	Procedimentos apresentados por ano (%)								
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
2269783 –UERJ Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE)	1.153.477	1.236.442	1.184.530	1.197.489	1.589.296	1.525.309	1.526.550	1.295.434	10.708.527
2295067 –SES Instituto Estadual de Hemat. Arthur Siqueira Cavalcanti (HEMORIO)	1.228.286	1.176.299	1.203.825	1.146.763	1.210.806	1.082.664	1.061.913	1.023.487	9.134.043
2280167 –UFRJ Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF)	1.080.843	1.049.748	1.136.146	1.182.138	961.540	1.155.928	1.107.842	1.124.643	8.798.828
2273454 –MS-INCA Hospital do Câncer I (HC-I)	1.184.781	1.165.113	975.868	1.171.640	1.078.131	1.076.707	1.086.125	892.934	8.631.299
2269988 –MSHospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE)	1.158.061	802.361	995.593	1.003.547	1.009.687	1.097.940	1.000.463	1.171.880	8.239.532
2269880 –MS Hospital Federal de Bonsucesso (HFB)	699.660	891.129	1.146.404	1.364.857	847.086	689.936	1.242.299	1.172.598	8.053.969
5717256 - SMS Hospital Municipal Ronaldo Gazolla AP 33	868.827	976.962	1.284.443	1.322.511	1.041.285	562.470	255.978	181.997	6.494.473
2270803 –SES Instituto Estadual Diabet. Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE)	540.307	572.338	609.861	630.707	695.444	871.864	867.368	795.555	5.583.444
2298120 - Hospital Municipal Albert Schweitzer AP 51	64.483	806.232	557.742	1.018.529	1.089.888	301.594	914.988	692.282	5.445.738
2295423 – MS Hospital Federal Cardoso Fontes (HFCF)	454.540	436.078	444.473	510.308	633.893	599.242	889.419	821.908	4.789.861
Total:	8.433.265	9.112.702	9.538.885	10.548.489	10.157.056	8.963.654	9.952.945	9.172.718	75.879.714

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

Tabela 14b- Distribuição de Procedimentos por ano segundo Área de Planejamento (AP), de 2009 a 2016–Município do Rio de Janeiro (N=313.916.213)

Região Sanitária	Procedimentos realizados por ano (%)								
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
CAP10	6.649.061	6.278.676	6.672.676	7.011.816	6.978.698	7.215.614	7.054.462	6.974.976	54.835.979
CAP21	2.751.777	2.851.207	2.995.240	3.355.378	3.730.419	4.078.922	4.215.632	4.011.351	27.989.926
CAP22	3.598.074	4.534.506	4.271.156	4.804.753	5.631.279	4.969.002	4.156.168	3.117.243	35.082.181
CAP31	4.912.908	5.944.403	7.198.730	6.563.506	6.592.274	7.291.802	7.174.343	6.942.087	52.620.053
CAP32	1.695.452	2.023.675	2.844.064	2.682.415	2.930.086	3.383.398	3.399.999	2.941.694	21.900.783
CAP33	2.051.999	2.552.981	3.978.449	4.315.263	4.436.092	4.540.872	4.496.492	4.258.060	30.630.208
CAP40	2.494.301	2.551.523	3.206.101	3.473.035	3.292.989	3.645.643	3.692.096	3.122.512	25.478.200
CAP51	861.875	3.016.951	3.265.769	3.426.966	3.145.361	3.857.994	4.689.427	4.044.869	26.309.212
CAP52	1.660.484	2.044.720	2.651.546	2.291.788	3.214.684	2.804.738	3.387.175	2.470.399	20.525.534
CAP53	1.014.854	1.368.576	1.505.836	1.528.375	1.901.344	3.109.923	3.709.883	3.604.580	17.743.371
Não se aplica	0	0	0	0	0	104.342	306.364	389.571	800.277
Ignorado	0	489	0	0	0	0	0	0	489
Total:	27.692.794	33.169.717	38.591.578	39.455.307	41.855.239	45.004.264	46.284.056	41.879.358	313.932.313

Nota: "Não se Aplica" refere-se a Central de Regulação Estadual e Unidades móveis; "Ignorado" refere-se a 2 unidades municipais não existentes no CNES.

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

Tabela 15b- Distribuição de estabelecimentos de saúde que apresentaram procedimentos, segundo área de planejamento, por ano, 2009 a 2016.
Município do Rio de Janeiro (N=313.916.213)

Região Sanitária	Estabelecimentos apresentados por ano							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CAP10	37	38	43	47	48	46	48	51
CAP21	26	31	39	40	40	40	43	44
CAP22	24	25	24	22	25	26	26	26
CAP31	35	48	47	45	56	56	58	65
CAP32	21	22	31	32	35	35	35	36
CAP33	24	25	34	42	46	46	47	52
CAP40	26	24	29	31	34	32	36	42
CAP51	27	31	34	33	37	37	38	42
CAP52	30	30	37	39	39	40	41	45
CAP53	18	31	32	34	35	34	34	35
Não se aplica	0	0	0	0	0	64	63	68
Ignorado	0	2	0	0	0	0	0	0
Total:	268	307	350	365	395	456	469	506

Nota: "Não se Aplica" refere-se a Central de Regulação Estadual e Unidades móvel; "Ignorados" refere-se a 2 unidades municipais não existentes no CNES.

ANEXO B
GRUPOS E SUBGRUPOS, CONFORME TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E OPM DO SUS, APRESENTADOS NO SIA-SUS PELO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO DE 2009 A 2016.

01- Ações de Promoção e Prevenção em Saúde

- 0101- Ações coletivas/individuais em saúde
- 0102 -Vigilância em saúde

02- Procedimentos com finalidade diagnóstica

- 0201- Coleta de material
- 0202- Diagnóstico em laboratório clínico
- 0203- Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia
- 0204- Diagnóstico por radiologia
- 0205- Diagnóstico por ultrassonografia
- 0209- Diagnóstico por endoscopia
- 0211- Métodos diagnósticos em especialidades
- 0212- Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia
- 0213- Diagnóstico em vigilância epidemiológica e ambiental
- 0214- Diagnóstico por teste rápido

03 - Procedimentos Clínicos

- 0301- Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos
- 0302- Fisioterapia
- 0303- Tratamentos clínicos (outras especialidades)
- 0305- Tratamento em nefrologia
- 0306- Hemoterapia
- 0307- Tratamentos odontológicos
- 0309- Terapias especializadas

04- Procedimentos Cirúrgicos

- 0401- Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa
- 0403- Cirurgia do sistema nervoso central e periférico
- 0404- Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço
- 0405- Cirurgia do aparelho da visão
- 0406- Cirurgia do aparelho circulatório
- 0407- Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal
- 0408- Cirurgia do sistema osteomuscular
- 0409- Cirurgia do aparelho geniturinário
- 0410- Cirurgia de mama
- 0411- Cirurgia obstétrica
- 0412- Cirurgia torácica
- 0413- Cirurgia reparadora
- 0414- Bucomaxilofacial
- 0415- Outras cirurgias
- 0417- Anestesiologia

05- Transplante de órgãos, tecidos e células

0501- Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de transplante

0506- Acompanhamento e intercorrências no pré e pós-transplante

07 órteses e próteses e materiais especiais

0701- Órteses, próteses e materiais especiais não relacionados ao ato cirúrgico

