

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**LUCIELI DIAS PEDRESCHI CHAVES**

**INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO AOS AGRAVOS  
CARDIOVASCULARES: AVALIAÇÃO REGIONAL**

Ribeirão Preto  
2012

LUCIELI DIAS PEDRESCHI CHAVES

**INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO AOS AGRAVOS  
CARDIOVASCULARES: AVALIAÇÃO REGIONAL**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de  
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo  
para obtenção do título de Professor Livre-  
docente, referência MS-5, perante o  
Departamento de Enfermagem Geral e  
Especializada.

Ribeirão Preto  
2012

## *DEDICATÓRIA*

*Aos meus pais, FRANCISCO (in memoriam) e NANCY, que não mediram esforços para me apoiar e incentivar, ensinando lições de vida que tornaram todas as outras lições passíveis de acontecer. Sou e serei sempre grata por terem me educado com tanto amor e dedicação.*

*Ao MILTINHO, meu marido, por estar presente em minha vida, com amor e companheirismo, grande incentivador na caminhada.*

# *AGRADECIMENTOS*

*Chegada a hora de escrever o agradecimento, lembrei daquilo que escrevi na minha tese de doutorado. Pude recordar a emoção que me tomou naquele momento, revendo minha trajetória e pensando no futuro.*

*Agora, em 2012, parte do futuro chegou! Pensei, pensei e resolvi que faria uma releitura daquele agradecimento, tendo a certeza que, por mais que possa me esmerar, o meu agradecimento estará sempre em construção.*

***Agradecer!***

*Agradecer sempre!*

*Agradecer a DEUS*

*À vida*

*Àqueles seres humanos especiais que me servem de inspiração*

*Às oportunidades*

*Às dificuldades*

*Às mãos amigas que me conduzem na caminhada da vida e nesta em especial*

*Às rosas do caminho, com seu perfume e seus espinhos*

*À fé e à esperança, sempre presentes e*

*À família abençoada.*

*Agradecer todos que ajudam a construir minha vida e minha história.*

*Agradecer os presentes e os ausentes. Em amor e pensamento estamos todos próximos, ainda que a saudade aperte o coração.*

*Agradecer todas as pessoas e situações que possibilitaram a concretização deste trabalho.  
Não citarei nomes, pois poderia cometer algum equívoco.*

*Agradecer as pessoas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo que, desde 2 de fevereiro de 1983, estiveram e estão presentes, ensinando, ajudando, convivendo.*

*Agradecer aos usuários e profissionais dos serviços de saúde com os quais atuei e ainda atuo, fontes inesgotáveis de compromisso e aprendizagem.*

*Agradecer aos alunos e orientandos que são a razão de ser do trabalho do professor e da escola.*

*Agradecer as pessoas competentes e carinhosas que me acolheram, em São Paulo, na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.*

*Agradecer, com o compromisso de retribuir, as voltas da vida e, com mão amiga, o incentivo e o apoio que recebi e continuo recebendo...*

*Agradecer com a responsabilidade de compartilhar e multiplicar todas essas conquistas.*

*Agradecer com a serenidade e a compreensão da aprendizagem, mesmo diante de todas as dificuldades, depois de tanto estudo, pois a vida é a grande escola, e ainda falta muito para aprender e nós somos eternos aprendizes.*

*Com carinho - **Muito Obrigada!***

## RESUMO

CHAVES, L.D.P. **Integralidade da atenção aos agravos cardiovasculares: avaliação regional.** 2012. 96 f. Tese (Livre-docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

**Introdução.** A magnitude dos agravos cardiovasculares na atualidade e futuro, a representação desses agravos no trabalho dos profissionais de Enfermagem, a importância da utilização de traçadores para avaliação de serviços de saúde, a possibilidade de compartilhar iniciativas exitosas implantadas no Brasil que podem trazer subsídios para sistemas de saúde de outros países, particularmente na busca de qualificação da atenção, a possibilidade de o enfermeiro exercer macrofunções gestoras nos sistemas de saúde justificaram esta investigação. **Objetivo.** Avaliar as ações da atenção aos agravos cardiovasculares como traçador de resultados da articulação dos diferentes níveis de atenção de um sistema regional de saúde.

**Material e Método.** Pesquisa avaliativa, utilizando dados secundários de sistemas de informação do Ministério da Saúde, BR. Foi analisada a totalidade dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de atenção aos agravos cardiovasculares, produzidos em 26 municípios da região de Ribeirão Preto, SP, BR, com população aproximada de 1.300.000 habitantes, de 1996 a 2010, que totalizam 774.463 exames diagnósticos e 74.375 internações. Os dados foram armazenados em planilhas Microsoft Excel. Construíram-se razões entre procedimentos que permitiram inferir a complementariedade da atenção, na perspectiva da integralidade da atenção. Este estudo foi aprovado em Comitê de Ética e Pesquisa. **Resultados.** No período, dentre as internações, 19,8% foram cirúrgicas em cardiologia e 80,2% clínicas nessa especialidade. A análise da relação entre população e internações clínicas e cirúrgicas mostra diminuição do percentual da população com internações clínicas e crescimento percentual da população com internações cirúrgicas. A comparação da proporção entre exames diagnósticos e o total de internações evidencia, incremento da produção de exames em relação às internações. Trata-se de situação que permite inferir que os usuários estão sendo atendidos com maior frequência em nível ambulatorial. Ao se analisar o exame de mais fácil acesso na atenção ambulatorial, verifica-se que, no ano 2000, a proporção era de 6,86 eletrocardiogramas para uma internação e essa proporção avançou para 16,51

eletrocardiogramas para uma internação, em 2010. Os resultados deste estudo evidenciam expressivo crescimento da produção de exames diagnósticos, indicando aumento da oferta de exames que permitem o diagnóstico precoce e o monitoramento de usuários que já manifestam problemas cardiovasculares em nível ambulatorial. **Conclusões.** A avaliação evidenciou articulação entre níveis de atenção no sistema regional de saúde, favorecendo a integralidade da atenção. O crescimento na proporção entre exames diagnósticos em relação às internações evidencia ampliação do acesso, situação que pode tornar a atenção ambulatorial mais resolutiva e qualificada. Este estudo traz como contribuições o estabelecimento de parâmetros assistenciais em atenção ambulatorial e hospitalar em cardiologia, que pode subsidiar a organização de sistemas de saúde, bem como possibilitar ao enfermeiro reordenar recursos humanos e materiais para a atenção nessa especialidade. Estudos dessa natureza instrumentalizam o enfermeiro para assumir posições decisórias e de proposição políticas de saúde, ampliando sua participação nos sistemas de saúde.

Palavras-chave: Avaliação em saúde. Gestão em saúde. Assistência Integral à Saúde. Enfermagem.

## ABSTRACT

CHAVES, L.D.P. **Comprehensive care for cardiovascular injury: regional evaluation.** 2012. 96 p. Thesis (Habilitation) - Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

**Introduction.** The magnitude of cardiovascular injuries at present and future, the representation of these injuries in the work of nursing professionals, the importance of using tracers for evaluation of health services, the possibility to share successful initiatives implemented in Brazil that can bring benefits to health systems of other countries, particularly in seeking qualified care; and the possibility of the nurse to exercise macro management functions in health systems justified this research.

**Objective.** To evaluate the actions of care for cardiovascular injuries as a tracer of results of the articulation of different levels of care of a regional health system.

**Material and Method.** Evaluative research using secondary data from information systems of the Brazilian Ministry of Health. It was analyzed the total of outpatient and hospital care procedures for cardiovascular injury, produced in 26 municipalities in the region of the city of Ribeirão Preto, state of São Paulo, Brazil, with an approximate population of 1,300,000 inhabitants, from 1996 to 2010, totaling 774,463 diagnostic tests and 74,375 hospitalizations. Data were stored in Microsoft Excel spreadsheets. Ratios were constructed among procedures that allowed inferring the complementarity of care in view of comprehensive care. It was approved by the Research Ethics Committee.

**Results.** During the period, considering the hospitalizations, 19.8% were surgical in cardiology and 80.2% clinics in that specialty. The analysis of the ratio between population and clinical and surgical hospitalizations shows decrease in the percentage of population with clinical hospitalizations and increase in the percentage of population with surgical hospitalizations. A comparison of the proportion of diagnostic tests and the total of hospitalizations shows an increased production of tests in relation to hospitalizations; it is a situation that allows inferring that the users are more frequently being assisted through outpatient clinics. By analyzing the most easily accessible test in outpatient care, it is verified that in 2000 the proportion was of 6.86 electrocardiograms per hospitalization and this proportion increased to 16.51 electrocardiograms per hospitalization, in 2010. The results show a significant growth in diagnostic tests, indicating the increasing in the offer of tests that enable early diagnosis and the



monitoring of users who already manifest cardiovascular problems at outpatient clinics. **Conclusions.** The evaluation showed links between levels of care in the regional health system, favoring comprehensive care. The growth in diagnostic tests in relation to hospitalizations shows expanding access, which might make outpatient care more resolute and qualified. This study has contributions to the establishment of care parameters in ambulatory and hospital care in cardiology, which can subsidize the organization of health systems and allows nurses to reorder human and material resources for care in that specialty. Studies of this nature instrumentalize the nurse to assume decision-making positions and propose health policies, increasing his/her participation in health systems.

**Keywords:** Health evaluation. Health management. Comprehensive Health Care. Nursing.

## RESUMEN

CHAVES, L.D.P. **Integralidad de la atención a lesiones cardiovasculares: evaluación regional.** 2012. 96 p. Tesis (Habilitación) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

**Introducción.** La magnitud de lesiones cardiovasculares en la actualidad y el futuro, la representación de estas lesiones en el trabajo de profesionales de enfermería, la importancia del uso de trazadores para la evaluación de servicios de salud, la posibilidad de compartir iniciativas desarrolladas con éxito en Brasil que pueden beneficiar a sistemas de salud de otros países, en particular en la búsqueda de calificación de la atención; y la posibilidad del enfermero ejercer macro funciones gestoras en sistemas de salud justificaron esta investigación. **Objetivo.** Evaluar acciones de atención a lesiones cardiovasculares como trazador de los resultados conjuntos de diferentes niveles de atención del sistema regional de salud. **Material y Método.** Investigación evaluativa usando datos secundarios de sistemas de información del Ministerio de Salud brasileño. Se analizaron todos los procedimientos ambulatorios y hospitalarios de atención a lesiones cardiovasculares, producidos en 26 municipios de la región de Ribeirão Preto, SP, BR, con una población aproximada de 1.300.000 habitantes, de 1996 a 2010, que totalizan 774.463 exámenes diagnósticos y 74.375 internaciones. Datos fueron almacenados en hojas de cálculo Microsoft Excel. Se construyeron ratios entre procedimientos que permitieron inferir la complementariedad de la atención en la perspectiva de integralidad de la atención. Fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación. **Resultados.** Durante el período, de entre las internaciones, 19,8% fueron quirúrgicas en cardiología y 80,2% clínicas en esa especialidad. El análisis de la relación entre población e internaciones clínicas y quirúrgicas muestra disminución en el porcentaje de la población con internaciones clínicas y crecimiento porcentual de la población con internaciones quirúrgicas. La comparación de la proporción entre exámenes diagnósticos y el total de internaciones evidencia el aumento de producción de los exámenes en relación a las internaciones; se trata de una situación que permite inferir que los usuarios están siendo atendidos con más frecuencia en el ambulatorio. Mediante el análisis del examen más fácilmente accesible en la atención ambulatoria se verifica que, en 2000, la proporción era de 6,86 electrocardiogramas para una internación y esta proporción se elevó a 16,51

electrocardiogramas para una internación, en 2010. Resultados de este estudio muestran un crecimiento significativo de la producción de exámenes diagnósticos, lo que indica una mayor oferta de exámenes que permiten el diagnóstico precoz y el seguimiento de usuarios que ya manifiestan problemas cardiovasculares en niveles ambulatorio. **Conclusiones.** La evaluación mostró los vínculos entre niveles de atención en el sistema regional de salud, favoreciendo la integralidad de la atención. El crecimiento en la proporción de exámenes diagnósticos en relación a internaciones muestra un mayor acceso, lo que podría tornar la atención ambulatoria más resolutiva y calificada. Este estudio tiene contribuciones como el establecimiento de parámetros asistenciales en atención ambulatoria y hospitalaria en cardiología, que puede subsidiar la organización de sistemas de salud y así como permite al enfermero reordenar recursos humanos y materiales para la atención en esa especialidad. Estudios de esta naturaleza instrumentalizan al enfermero para asumir posiciones de toma de decisiones y proponer políticas de salud, ampliando su participación en sistemas de salud.

Palabras clave: Evaluación en Salud. Gestión en salud. Atención Integral de Salud. Enfermería.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição numérica da população dos municípios que compõem o DRS XIII-Ribeirão Preto, segundo os Colegiados de Gestão Regional, 2012.....	42
Tabela 2	Exames diagnósticos em cardiologia, realizados em nível ambulatorial, pelo SUS, nos municípios do DRS XIII-Ribeirão Preto, com distribuição percentual, segundo ano, no período de 2000 a 2010.....	47
Tabela 3	Exames diagnósticos em cardiologia, realizados em nível ambulatorial, pelo SUS, nos municípios do DRS XIII-Ribeirão Preto, com distribuição percentual, segundo tipo de exame, no período de 2000 a 2010.....	49
Tabela 4	Exames diagnósticos em cardiologia, realizados em nível ambulatorial, pelo SUS, no Colegiado de Gestão Regional de Ribeirão Preto <sup>1</sup> , com distribuição percentual, segundo ano, no período de 2000 a 2010.....	51
Tabela 5	Exames diagnósticos em cardiologia, realizados em nível ambulatorial, pelo SUS, no Colegiado de Gestão Regional de Sertãozinho <sup>2</sup> , com distribuição percentual, segundo ano, no período de 2000 a 2010.....	52
Tabela 6	Exames diagnósticos em cardiologia, realizados em nível ambulatorial, pelo SUS, no Colegiado de Gestão Regional de Batatais <sup>3</sup> , com distribuição percentual, segundo ano, no período de 2000 a 2010.....	53
Tabela 7	Internações em cardiologia, realizadas pelo SUS, por Colegiado de Gestão Regional do DRS-XIII, com distribuição percentual, segundo o ano, no período de 1996 a 2010.....	55
Tabela 8	Internações em cardiologia, realizadas pelo SUS, com distribuição percentual, segundo o Colegiado de Gestão Regional do DRS-XIII, no período de 1996 a 2010.....	56

Tabela 9	Internações clínicas em cardiologia, realizadas pelo SUS, por Colegiado de Gestão Regional do DRS-XIII, com distribuição percentual, segundo o ano, no período de 1996 a 2010.....	58
Tabela 10	Internações clínicas em cardiologia, realizadas pelo SUS, com distribuição percentual, segundo o Colegiado de Gestão Regional do DRS XIII, no período de 1996 a 2010.....	59
Tabela 11	Internações cirúrgicas em cardiologia, realizadas pelo SUS, por Colegiado de Gestão Regional do DRS XIII, com distribuição percentual, segundo o ano, no período de 1996 a 2010.....	60
Tabela 12	Internações cirúrgicas em cardiologia, realizadas pelo SUS, com distribuição percentual, segundo o Colegiado de Gestão Regional do DRS XIII, no período de 1996 a 2010.....	61
Tabela 13	Proporção entre internações clínicas e internações cirúrgicas em cardiologia pelo SUS, por Colegiado de Gestão Regional do DRS-XIII, no período de 1996 a 2010.....	62
Tabela 14	Valores absolutos e proporcionais da população, de internações clínicas e cirúrgicas em cardiologia pelo SUS, por Colegiado de Gestão Regional do DRS-XIII, no período de 1996 a 2010.....	64
Tabela 15	Proporção entre exames diagnósticos e total de internações em cardiologia pelo SUS, nos municípios do DRS-XIII, segundo tipo de exame, no período de 1996 a 2010.....	65

## LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CGR	Colegiado de Gestão Regional
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DRS-XIII	Departamento Regional de Saúde XIII
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MAPA	Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial
NOB-93	Norma Operacional Básica 93
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SIA-SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde
SIH-SUS	Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
1.1 Apresentação.....	17
1.2 Contextualizando o problema.....	21
1.3 Avaliação na gestão em saúde.....	24
1.4 Atenção aos agravos cardiovasculares.....	28
<b>2. JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>33</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>36</b>
3.1 Geral.....	37
3.2 Específicos.....	37
<b>4. MATERIAL E MÈTODO.....</b>	<b>38</b>
4.1 Desafios científicos.....	39
4.2 Delineamento do estudo.....	39
4.3 Local do estudo.....	40
4.4 Objeto de estudo.....	42
4.5 Procedimentos de coleta e análise dos dados.....	42
4.6 Procedimentos éticos.....	44
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>45</b>
<b>6. DISCUSSÃO.....</b>	<b>67</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>81</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>85</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>92</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>94</b>

## *1. INTRODUÇÃO*

---



## 1.1 Apresentação

A saúde é uma questão que tem sido objeto de atenção e discussão de profissionais, comunidades e governos, tanto no que diz respeito à condição de vida das pessoas quanto no que se refere ao setor da economia, no qual se produzem bens e serviços. Nesse sentido, cada sociedade organiza o seu sistema de saúde, segundo sua própria cultura, leis vigentes, panorama político, condição econômica, sob a influência de determinantes sociais (PAIM, 2010).

No que diz respeito ao setor da economia, responsável pela produção de serviços a uma dada população, pode-se dizer que as discussões concentram-se em dois grandes temas: a gestão e o financiamento. Quanto à gestão, debatem-se aspectos tais como rede/cobertura assistencial, condições de acesso, prestação direta de assistência à saúde; qualidade da atenção; participação social; recursos humanos, implicações da transição demográfica e epidemiológica para o sistema de saúde, instrumentos de gestão tais como o planejamento, o controle, a regulação, a avaliação, dentre outros. Quanto ao financiamento, o debate concentra-se na determinação de fontes e na (in)suficiência de recursos financeiros, racionalização de gastos, crescente incorporação tecnológica, participação do setor público *versus* setor privado. Enfim, temas distintos, com interface bastante clara e campo de tensões entre as diferentes esferas governamentais e da sociedade em geral.

A gestão dos sistemas de saúde é transversalizada por processos permanentes de decisão e de avaliação. Desse modo, é possível inferir que os processos decisórios deveriam ocorrer fortemente articulados àqueles de planejamento e avaliação, amparados em sistemas de informação apropriados (PICCOLO, CHAVES, AZEVEDO, 2009). Por exemplo, avaliar mecanismos de articulação da atenção básica com outros níveis do sistema de saúde permite identificar fragilidades e potencialidades das estratégias de integração adotadas, favorecendo a estruturação de mecanismos inovadores que contribuam para o fortalecimento da gestão do sistema de saúde.

Cabe destacar que, a rigor, os termos gestão e gerência são sinônimos. Tanto no aspecto vernacular quanto conceitual, referem-se à idéia de dirigir e de decidir (MOTTA, 1991). Entretanto, no setor saúde, no Brasil, a partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o termo gestão tem sido empregado para

designar as atividades de comando de macroesferas de ação/decisão no âmbito do sistema de saúde municipal, estadual ou nacional, e o termo gerência à internalidade das ações em unidades e serviços de saúde. Nesta tese utiliza-se a palavra gestão como referência ao espaço de articulação, interação, participação e decisão nas secretarias municipais e estaduais da saúde, bem como em nível de Ministério da Saúde, que desencadeiam ações gerenciais e assistenciais em unidades e serviços de saúde. Ou seja, aqui, refere-se à gestão no âmbito de sistemas de saúde.

Na contemporaneidade, o enfoque multidisciplinar da área da saúde e da gestão ganha reforço, pressupõe uma forma de organizar a dinâmica de trabalho e das relações em bases coletivas sem, contudo, perder a singularidade de espaços, saberes e profissões. Particularizando o trabalho do enfermeiro, entende-se que se trata de um desafio pensar sob perspectiva ampliada de atuação desse profissional, para além dos aspectos técnicos, assistenciais e gerenciais, mas na lógica de inserção na estrutura organizacional dos sistemas de saúde, no campo da gestão, em uma proposta de participação ativa e articulada em processos decisórios.

Envidar esforços para inserção nos diferentes espaços da gestão permite ao enfermeiro consolidar sua atuação na formulação, pactuação, monitoramento e avaliação de políticas que incidem sobre os serviços de saúde e, portanto, sobre o cuidado, em diferentes esferas do sistema de saúde. Contudo, ainda hoje, parece haver o desafio de o enfermeiro avançar em direção ao protagonismo em espaços decisórios, com potência para direcionar e consolidar políticas de saúde.

O papel reservado ao enfermeiro é predominantemente centrado em aspectos técnicos, assistenciais e gerenciais, reforçando a ação coadjuvante, embora seja um profissional presente e atuante nos diferentes serviços de saúde. Uma possibilidade de superar esse quadro é o investimento/desenvolvimento de competências na área da gestão, sob ótica na qual as atividades tenham caráter articulador e integrativo, sendo determinada e determinante do processo de organização de serviços e efetivação de políticas de saúde (SPAGNOL, 2005).

Não se trata de discutir, questionar ou colocar em segundo plano a centralidade do cuidado no processo de trabalho do enfermeiro, ao contrário disso, exatamente por valorizar e priorizar o cuidado, faz-se necessária a atuação política, na esfera da gestão, na dimensão dos sistemas de saúde, perpassando pelos diferentes serviços de saúde com o objetivo de favorecer as melhores práticas de

cuidado.

Cabe, ainda, destacar a importância e a opção pelas práticas multidisciplinares, sem, contudo, desconsiderar a identidade que caracteriza cada profissão. Nesse sentido, o enfermeiro pode se apropriar de ferramentas gerenciais com o intuito de instrumentalizar sua participação no processo de planejamento e gestão, ou seja, à tomada de decisão (SPAGNOL, 2005). Trata-se de proposta ampla, entretanto, aqui, foca-se a avaliação, como campo de aplicação de conhecimentos, que propicia múltiplas dimensões de participação. Por possibilitar mudanças é que a avaliação se apresenta como atividade essencial nos programas e políticas de saúde.

O contexto socioeconômico, político e cultural do mundo contemporâneo requer constante reflexão acerca do trabalho do enfermeiro, o qual é influenciado e pode influenciar o cenário que se apresenta. O desenvolvimento de processos de trabalho singulares, com foco na assistência e atribuições gerenciais, caracteriza o trabalho do enfermeiro, requerendo conhecimentos e competências que o habilitem a assumir papel relevante no setor saúde (FREITAS, FUGULIN, FERNANDES, 2006).

O processo de trabalho na enfermagem organiza-se em subprocessos que podem ser denominados cuidar ou assistir, administrar ou gerenciar, pesquisar e ensinar, sendo que cada um desses possui seus próprios objetos, meios/instrumentos e atividades, coexistindo ou não, em um mesmo momento e instituição (KURCGANT, 2010).

O exercício da dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro varia segundo o contexto socioeconômico de cada época, o modelo clínico de atenção à saúde predominante, as demandas de saúde da população, o quantitativo e a qualificação dos recursos humanos de enfermagem disponível, da política de saúde, da própria inserção do enfermeiro no cenário de saúde e do sistema de saúde vigente. O enfermeiro é o profissional legalmente responsável por assumir a atividade gerencial, a quem compete a coordenação da equipe de enfermagem bem como a viabilização do processo cuidativo com as peculiaridades inerentes a cada serviço de saúde.

Nos sistemas de saúde, a gestão assume caráter dinâmico, polêmico e complexo que estimula a reflexão sobre a inserção dos enfermeiros nesse processo (SOUZA, MELO; 2009).

Os últimos 30 anos representaram um salto para a enfermagem que começou a se estabelecer como protagonista, criando condições políticas, éticas, técnicas e humanas para o desenvolvimento da saúde, com destaque para o cuidado humano. Entretanto, entende-se que muito ainda há para ser feito (MALVAREZ, 2007).

A atuação do enfermeiro precisa superar posições hierárquicas, a rigidez de organogramas e as disputas em torno da competência disciplinar de cada área profissional, com vistas a estabelecer a relação de interação e construção de competências técnicas, clínicas, políticas e relacionais que preservem a singularidade profissional, mas favoreça a atuação coletiva no âmbito dos sistemas de saúde. Contudo, não é possível desconsiderar que esse processo articulado à gestão, cenário de participação política do enfermeiro, envolve competição e disputa pelo poder (MELO, SANTOS; 2007).

As limitações do enfermeiro para identificar aspectos políticos em sua atuação refletem uma profissão que, historicamente, enfatizou a prática de cuidados e a gerência predominantemente centradas em conhecimentos biológicos e técnicos, em detrimento dos aspectos políticos (MELO, SANTOS; 2007).

O profissional enfermeiro tem potencial para a participação diferenciada no âmbito dos sistemas de saúde, face à formação acadêmica que contempla além dos conhecimentos técnico-científicos, relativos à assistência à saúde, aqueles atinentes ao gerenciamento de serviços. Nesse sentido, a reformulação e a implantação de sistemas de saúde, associadas à incorporação cada vez mais acentuada e rápida de novas tecnologias vêm requerendo do enfermeiro um conjunto de conhecimentos políticos, teóricos, técnicos e operacionais relativos às políticas de saúde, à legislação, à economia em saúde e aos processos de gestão propriamente ditos, que lhe permitirão ampliar e consolidar novos espaços de atuação por meio da prática profissional crítica e competente.

A atuação dos enfermeiros em ações não assistenciais representa desafio crescente às políticas de formação e inserção no mundo do trabalho e destacam-se, particularmente, questões relativas à gestão e avaliação de políticas que incidem sobre o sistema de saúde e, portanto, sobre o cuidado individual e coletivo.

## **1.2 Contextualizando o Problema**

Ao longo do século XX, no Brasil, o setor saúde passou por importantes mudanças. O movimento de Reforma Sanitária marcou a transição de um modelo de atenção excludente, caracterizado pela fragmentação e dicotomia entre ações preventivas e curativas, segmentadas entre o setor público e privado, atendendo, de modo diferenciado, a população economicamente ativa ou não, para uma nova condição legal de saúde, enquanto direito de cidadania, que ainda está sendo construída, com avanços e retrocessos.

O SUS é definido como o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta ou indireta, das fundações mantidas pelo poder público e, complementarmente, pela iniciativa privada, embasado em princípios filosóficos e organizativos. Constitui-se em uma diretriz política, para o reordenamento dos serviços e ações de saúde, estabelecida pela Constituição de 1988 e, posteriormente, pelas Leis Orgânicas da Saúde, Normas Operacionais e demais legislações que o regulamentam, enfatizando de modo especial a importância e responsabilidade do município enquanto participante desse sistema (BRASIL, 2001).

Para favorecer a consolidação dos princípios da universalidade, equidade e integralidade, que representam a base política e filosófica do SUS, foram estabelecidos princípios organizativos que se referem à estruturação, conformação e funcionamento do sistema. Destaca-se a regionalização que corresponde à forma como a rede de serviços deve estar organizada, permitindo o conhecimento maior dos problemas de saúde da população em uma área delimitada, cujo acesso à rede deve se dar, preferencialmente, por meio dos serviços de atenção primária, qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde. Casos que não forem resolvidos nesse nível deverão ser referenciados para outros serviços da rede de atenção à saúde (CHAVES, 2005).

A conquista dos princípios da universalidade, equidade e integralidade é dificultada porque a implantação da regionalização é precária, havendo o risco de o sistema descentralizado atingir a universalidade sem integralidade, ou seja, viabilizando o atendimento básico universal sem estruturar cobertura suficiente e adequada de serviços especializados (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004).

Para Ferreira et al (2011), a regionalização pode ser entendida como um processo de ordenação de ações e serviços, em uma região, com vistas a favorecer a integralidade da atenção, a racionalização de gastos, a otimização de recursos e a equidade, enquanto possibilidade de garantir o direito à saúde.

Segundo o princípio da integralidade, as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas, ao mesmo tempo, para a prevenção e a cura, atendendo o indivíduo como um ser humano integral, submetido às mais diferentes situações de vida e trabalho, que o levam a adoecer e a morrer, recebendo atenção para promoção de saúde (que envolve ações de saúde em outras áreas como habitação, meio ambiente, educação), prevenção de doenças (saneamento básico, imunização, ações coletivas e preventivas, vigilância à saúde e sanitária) e de recuperação – que pressupõe atendimento médico, tratamento, internação e reabilitação (BRASIL, 2001).

A integralidade compreende uma pluralidade de ações que não se restringe à acessibilidade, inclui também o planejamento terapêutico, a regulação de políticas públicas do setor, a reorientação das relações de poder entre o estado e a sociedade e o enfoque do usuário em uma perspectiva de atenção que considere o cuidado nas diferentes dimensões do ser humano (PINHO et al, 2007).

A integralidade pode ser analisada em uma dimensão vertical, que inclui a visão do ser humano como um todo, único, indivisível e, numa dimensão horizontal, que se constitui em um conjunto de ações, em diferentes campos e níveis de atenção, do primário ao quaternário. É um elemento norteador da mudança do modelo de atenção à saúde nos grandes conglomerados urbanos (CARVALHO, 2006). Para viabilizar a integralidade da atenção é esperada a articulação e a participação efetiva das três esferas de governo na definição e implantação das estratégias de descentralização (CHAVES, 2005).

Os diferentes conceitos de integralidade parecem convergir para a integralidade do cuidado, considerando aspectos de oferta, organização e articulação de diferentes atores e serviços de saúde, uma vez que nenhum serviço ou profissional de saúde dispõe da totalidade de recursos necessários para a resolução de todos os problemas de saúde (BRITO-SILVA, BEZERRA, TANAKA, 2012; TANAKA, OLIVEIRA, 2007; CONILL, 2004; LORENZO, KEENOY, GASPAR, 2002; LEATT, PINK, GUERRIERE, 2000).

A abrangência de concepções atribuídas à integralidade caracteriza a sua

relevância na operacionalização do SUS. A sua efetivação constitui-se em um verdadeiro desafio, no entanto, é possível evidenciar experiências exitosas na construção da saúde em uma perspectiva ampliada (BRITO-SILVA, BEZERRA, TANAKA, 2012).

Além dos princípios que norteiam o SUS, no decorrer dos anos, o sistema foi se ordenando em dois blocos, um que contempla a atenção básica e outro relativo às ações de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar. Nesse sentido, foram definidos sistemas de informação, pagamento, controle, avaliação e regulação específicos (BRASIL, 2007).

A oferta adequada de atenção primária à saúde é fator relevante para evitar as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, havendo necessidade de organizar a rede de cuidado de modo a melhorar a articulação entre atenção primária e hospitalar, favorecendo a eficiência alocativa de recursos financeiros despendidos com hospitalização que poderiam ser empregados em outros níveis do sistema de saúde (MENDES, 1999).

Faz-se presente o desafio de garantir o atendimento à população historicamente desassistida e, simultaneamente, implantar redes de atenção para atender integralmente as necessidades de saúde dos usuários. Torna-se assim, fundamental o conhecimento e discussão acerca das ações de atenção de média e alta complexidade, com o objetivo de implementar medidas em complementação da atenção básica, garantindo que o sistema público de saúde atenda integralmente a população. Ou seja, embora a atenção básica seja o eixo orientador do sistema, os procedimentos realizados em seus serviços não esgotam todas as necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2007).

O conceito de integralidade remete à ideia de redes assistenciais, integração de serviços e interdependência, uma vez que nenhum serviço de saúde ou categoria profissional dispõe da totalidade de recursos e competências necessários para atender as necessidades de saúde de uma população ao longo do ciclo vital. Torna-se indispensável desenvolver gestão eficiente dos recursos, na perspectiva de ampliar as oportunidades de cuidado adequado (HARTZ, CONTANDRIOPOULUS, 2004).

Nesse sentido, cabe ao gestor acompanhar, controlar, regular e avaliar a qualidade, eficiência, eficácia e efetividade da execução das ações de saúde realizadas no sistema local de saúde, bem como os resultados referentes ao

atendimento às necessidades da população (CHAVES, 2005).

O escopo de atuação dos gestores do SUS envolve dois âmbitos bastante imbricados: o político e o técnico. O político está relacionado ao exercício da gestão voltada para o interesse público e para a concretização da saúde como direito de cidadania. A atuação técnica caracteriza-se pelo exercício de funções relativas à formulação de políticas e planejamento de ações, financiamento do sistema; coordenação, regulação, controle, avaliação de serviços e prestação direta de serviços de saúde (BRASIL, 2002).

É possível entender que o conjunto de ações previstas para o gestor local é transversalizado por processos permanentes de decisão e de avaliação, sustentados por meio de dados/informações produzidas e organizadas, de forma sistematizada, pelos setores competentes. Acredita-se que as informações encaminhadas às outras esferas de governo, além de caracterizar o panorama regional/estadual/nacional das condições de saúde, também devem ser utilizadas no próprio município como recurso de planejamento, programação, avaliação, enfim como ferramenta útil à prática de gerência e gestão do sistema municipal de saúde.

### **1.3 Avaliação na Gestão em Saúde**

A crescente disputa entre as demandas da população, a incorporação de novos conhecimentos e técnicas, bem como a necessidade de controlar os gastos públicos evidenciam a fragilidade dos sistemas de saúde e levam ao questionamento da viabilidade desses sistemas. Em face da crise mundial dos sistemas de saúde, a necessidade da concepção e implantação de verdadeira cultura de avaliação parece ainda mais importante que há dez anos (CONTANDRIOPOULUS, 2006).

A avaliação não é uma ciência ou área da ciência, mas, sim, campo de aplicação de conhecimentos de várias áreas, utilizando múltiplos conceitos e enfoques metodológicos que favoreçam visão mais abrangente do objeto avaliado (TANAKA, MELO; 2001).

Trata-se de tarefa complexa conceituar avaliação, termo que possui grande riqueza semântica e é aplicável a diferentes áreas do saber. A palavra



“avaliar”, em sua raiz latina significa medir, a partir de padrões quantificáveis, e em grego, seu radical *axios* diz respeito à produção de juízos de valor, produção ligada a medidas qualitativas, etimologia que evidencia a contribuição de várias ciências para o campo da avaliação (ALMEIDA, 2002). No senso comum, a avaliação constitui-se em atividade bastante antiga, processo essencialmente humano e realizado cotidianamente. Em sentido bastante amplo, avaliar consiste em julgar, estimar, medir, classificar, analisar criticamente, enfim, atribuir valor a algo ou a alguém (CONTANDRIOPOULUS et al, 2002; MINAYO, ASSIS, SOUZA, 2005).

Avaliação é a “determinação do valor ou mérito de um objeto de avaliação” ou, ainda, a “identificação, o esclarecimento e a aplicação de critérios defensáveis para determinar valor ou mérito, a qualidade, a utilidade, a eficácia ou a importância do objeto avaliado em relação a estes critérios” (WORTHEN, SANDRES, FITZPATRICK; 2004). É um “processo técnico-administrativo destinado à tomada de decisão”, envolve momentos de medir, comparar e emitir juízo de valor, significa expor valor assumido a partir do julgamento realizado com base em critérios previamente definidos (TANAKA, MELO; 2001).

“Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões” (CONTANDRIOPOULUS et al, 2002). Esse julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou da elaboração a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). Nessa definição, percebe-se que a avaliação tem o objetivo de ajudar na tomada de decisões.

Na gestão em saúde, a avaliação torna-se fundamental, uma vez que estabelece um olhar crítico sobre o que está sendo feito e o compara com o que deveria estar ocorrendo, favorecendo a busca por resultados desejáveis. Pode assumir caráter de suporte ao processo decisório, na prestação de serviços de saúde, além de auxiliar na identificação de pontos frágeis nos serviços instalados, mensurar a eficiência e a efetividade das ações assistenciais e verificar o impacto advindo das ações de saúde na condição sanitária da população. Nesse sentido, a avaliação pode ter papel de destaque, tornando-se ferramenta de grande importância no processo de planejamento e gestão dos sistemas e serviços de saúde (PAIM, 2006).

No âmbito do SUS, embora a avaliação em saúde seja um pressuposto da

condição de gestão do sistema local de saúde, previsto desde a Norma Operacional Básica 93 (NOB-93) até o Pacto pela Saúde, essa ferramenta gerencial ainda não é utilizada em toda sua potencialidade, sendo pouco incorporada ao processo de trabalho cotidiano.

A avaliação expandiu-se no final do século XX, tanto em produção científica quanto em sua institucionalização. A avaliação pode produzir informação para a melhoria das intervenções em saúde e também para o julgamento acerca da sua cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade, eficiência, percepção dos usuários. Porém, tanto entre os gestores quanto entre profissionais de saúde ainda há importante lacuna relativa à incorporação do conhecimento produzido pelas avaliações (SILVA, 2010).

Embora existam diferentes definições e atribuições para a avaliação, entende-se que ela deve contribuir para a tomada de decisão, tendo como compromisso a melhoria das intervenções em saúde e, em última análise, a própria saúde e o cuidado aos usuários.

Nessa perspectiva, propiciar a participação de diferentes atores sociais envolvidos na avaliação, favorece o desenvolvimento de processo crítico e reflexivo sobre as práticas desenvolvidas no âmbito dos sistemas de saúde, a fim de tornar a avaliação contínua e sistemática, mediada por relações de poder, constituindo função importante da gestão. Acredita-se ser pertinente que o enfermeiro invista esforços nessa área, uma vez que a enfermagem tem demonstrado potencial para implantação, manutenção e desenvolvimento das políticas de saúde que tenham como objetivo qualificar a assistência. Ou seja, o enfermeiro tem assumido papel de executor de políticas de saúde, porém, entende-se que o profissional tem condições de assumir posições decisórias e de proposição de políticas de saúde, ampliando sua participação nos sistemas de saúde.

Apesar das iniciativas para a consolidação do SUS e a existência de uma série de projetos voltados para avaliação das inovações que vêm sendo implementadas, particularmente em serviços/programas de atenção básica, não existe iniciativa governamental no sentido de avaliar o impacto dessas mudanças no sistema como um todo. Um sistema de avaliação de desempenho do SUS precisa considerar a sua concepção legal, a forma de sua implantação e os problemas de saúde priorizados, além de possibilitar avaliar em que medida seus objetivos estão sendo cumpridos (VIACAVA et al, 2004).

Uma das definições prioritárias a ser tomada pelo gestor municipal refere-se ao monitoramento das diretrizes básicas da política de saúde em relação à prestação dos serviços, que confere às avaliações de desempenho de metas pactuadas nos municípios um sentido de avaliação da qualidade dos sistemas municipais (CONILL, 2006).

Avaliar requer a construção de consensos. Muito além de compatibilizar instrumentos, faz-se necessário pactuar o objeto e os objetivos da avaliação, em uma atividade negociada entre diferentes atores do sistema de saúde (BRASIL, 2005).

Assim, evidencia-se que avaliação em saúde é uma demanda emergente do SUS. Nessa perspectiva, os traçadores constituem-se em um referencial utilizado na avaliação da qualidade e acesso a um serviço ou rede de saúde. São definidos como “uma atividade típica do sistema de saúde que possa ser utilizada como preditor da qualidade da atenção” (KESSNER et al, 1973).

A principal vantagem da utilização de um traçador é seu potencial de gerar dados de fácil compreensão, capazes de retroalimentar o sistema de prestação de serviços de saúde. A partir da avaliação da atenção a um grupo de condições/patologias, pode-se inferir a qualidade da atenção à saúde em geral (PENNA, 1995).

Os traçadores devem atender seis condições básicas: ter um efeito funcional definido; ser de fácil diagnóstico; apresentar altas taxas de prevalência; possuir história natural sensível à intervenção médica; contar com conduta médica bem definida (prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação) e sofrer efeitos conhecidos de fatores não médicos (KESSNER et al, 1973).

Apesar do uso inicialmente restrito, a utilização de traçadores é considerada uma das abordagens mais úteis para avaliação da atenção em saúde, por permitir a análise horizontal e sequencial do atendimento prestado, possibilitando a avaliação de serviços de saúde de forma integral (TANAKA; ESPÍRITO SANTO, 2008).

Seu uso facilita a delimitação de focos de avaliação da integralidade, abrangendo múltiplos níveis de atenção à saúde, envolvidos na integração dos diferentes serviços, mostra-se ferramenta adequada tanto para os estudos de avaliação quanto para o sistema de monitoramento (HARTZ, CONTANDRIOPOULUS, 2004).

Traçadores são indicados para avaliação de serviços de saúde, tendo como base o fato que determinadas condições podem ser utilizadas como parâmetro de análise da assistência como um todo (CAMPOS, 2005).

A técnica de traçadores está fundamentada na ideia que a partir da avaliação da assistência prestada a um conjunto de determinadas patologias, pode-se inferir a qualidade da atenção à saúde em geral, incluindo o acesso em níveis mais complexos do sistema (BOTTARI, VASCONCELOS, MENDONÇA, 2008).

Respeitando os critérios propostos para a seleção de traçadores e buscando valorizar atividades de grande cobertura, com ênfase na integralidade, o foco desta investigação constitui-se nas ações de atenção em agravos cardiovasculares.

## **1.4 Atenção aos Agravos Cardiovasculares**

A incidência de doenças crônicas não transmissíveis teve expressivo incremento no Brasil e no restante do mundo. Dentre elas, destacam-se as doenças cardiovasculares, que representam algumas das mais frequentes causas de morbimortalidade, acarretando aumento da demanda por atenção em diferentes níveis do sistema de saúde (BRASIL, 2007).

Um grupo de doenças crônicas não transmissíveis que apresenta altos índices de morbimortalidade são aquelas do aparelho circulatório que, em conjunto, representam aproximadamente 20% do total das mortes nas Américas. Destacam-se nesse grupo a cardiopatia isquêmica e a doença vascular cerebral, como as mais importantes. As doenças hipertensivas e a insuficiência cardíaca também são causas importantes de morte. Entre 8 e 30% da população das Américas sofre de hipertensão, fator que contribui para o aumento de risco para o desenvolvimento de cardiopatias e acidente vascular cerebral (OPAS, 2007).

As doenças cardiovasculares apresentam expressivos índices de mortalidade e morbidade no contexto da saúde mundial. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) estima que 16,6 milhões de pessoas morrem anualmente por doenças cardiovasculares, sendo 7,2 milhões por doença isquêmica, 5,5 milhões por doença vascular cerebral e 3 milhões por hipertensão e

outras cardiopatias o que representou, em 2001, um terço de todas as mortes no mundo. Essas doenças representam grave problema de saúde pública tanto para países desenvolvidos como para aqueles em desenvolvimento. Aproximadamente 80% das mortes por doenças cardiovasculares ocorrem em países com renda baixa ou média (OMS, 2003).

No mundo, estima-se em 36 milhões o número de mortes prematuras até o ano 2015, de modo especial em países em desenvolvimento, que têm sua população doente cada vez mais jovem, frequentemente com complicações e mortes precoces (OMS, 2005).

Na América Latina, cerca de 31% de todas as mortes são atribuíveis à doença cardiovascular e é esperado que esse índice seja elevado para 38%, em 2020 (GAZIANO, 2006).

No Brasil, as doenças cardiovasculares são uma das principais causas de morbimortalidade, cujas possíveis justificativas podem ser o aumento na expectativa de vida, com conseqüente exposição, cada vez mais prematura, aos fatores de risco cardiovascular, associados ao deficiente acesso à saúde (BRASIL, 2006a). No Brasil, em 2004, as doenças do aparelho circulatório ocuparam a terceira causa de internação, respondendo por 10,5% ou 1.205.067 internações hospitalares (BRASIL, 2006a). Em 2005, as principais causas de morte foram, em primeiro lugar, as doenças do aparelho circulatório, em segundo lugar as neoplasias e, em terceiro lugar, as causas externas, havendo variações segundo a faixa etária, gênero e regiões do país (BRASIL, 2008).

As doenças cardiovasculares causam impacto na economia brasileira. O acometimento de adultos jovens repercute em gastos do sistema de saúde, muitas vezes com necessidade de internação com utilização de tecnologias terapêuticas de alto custo/complexidade, no sistema previdenciário e ao próprio usuário do serviço de saúde. Tal situação é preocupante considerando-se o envelhecimento populacional nas próximas décadas e a ocorrência de diagnósticos tardios, com a doença já complicada (AZAMBUJA et al, 2008).

Dentre as doenças cardiovasculares as mais incidentes são as doenças coronarianas, infarto, doença vascular cerebral, hipertensão, insuficiência cardíaca e doença reumática cardíaca (OMS, 2003).

Para ROSA et al (2009), o cuidado adequado aos pacientes hipertensos e diabéticos, em todos os níveis de atenção, pode limitar o aparecimento de sequelas

e complicações, bem como pode reduzir os efeitos sociais e econômicos adversos. Garantir a integralidade da atenção tem sido a grande meta a ser alcançada pelo SUS e desafio para os gestores da saúde. Em contrapartida, está em pauta a discussão acerca da necessidade da oferta e organização das ações de assistência serem delineadas, a partir do perfil epidemiológico de cada região. Nesse sentido, ganha destaque o planejamento de sistemas funcionais de saúde, dotados de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento, construindo redes de atenção que favoreçam o acesso dos usuários às ações e aos serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, favorecendo a resolutividade e otimizando a utilização dos recursos disponíveis. A regionalização da saúde é uma estratégia possível para o avanço do SUS, embora ainda encontre obstáculos para sua efetivação.

Atualmente, o Brasil vive situação de transição demográfica acelerada, com forte predominância de condições crônicas em decorrência do envelhecimento da população, além de elevada incidência de agravos agudos, decorrentes do trauma e violência urbana. Esse perfil epidemiológico traz reflexos na organização dos serviços e sistema de saúde. O sistema de saúde encontra-se fragmentado e operando sem coordenação, de forma episódica e reativa. Esse sistema é voltado principalmente para a atenção às condições agudas e à agudização de condições crônicas (COLEMAN, WAGNER, 2008).

Para Mendes (2011), a crise do sistema público de saúde no Brasil decorre da crescente incidência de doenças crônicas e a organização do sistema de saúde ser fragmentada e centrada nas condições agudas. Para o autor, a crise só será superada com a substituição do sistema fragmentado pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS), sem hierarquização, mas uma organização horizontalizada disponibilizando distintas densidades tecnológicas em diferentes sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles. A implantação dessas redes pode ocasionar intervenção concomitante sobre as condições crônicas e sobre as condições agudas. Para melhorar a atenção às condições agudas e aos eventos decorrentes das agudizações das condições crônicas, há que se implantar a rede de atenção às urgências e às emergências.

A organização do Sistema de Redes de Atenção à Saúde tem sido concebida como estratégia voltada para responder, de forma contínua e integral, às necessidades de saúde da população, seja diante das condições crônicas e/ou

agudas, além de promover ações de vigilância e promoção da saúde que, conseqüentemente, geram impacto positivo nos indicadores de saúde da população.

A partir da necessidade de superar o modelo fragmentado das ações e serviços de atenção à saúde, voltado para as condições agudas, o Ministério da Saúde normatizou a Portaria 4.279/2010, que institui as Redes de Atenção à Saúde, caracterizadas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

O objetivo da RAS é superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde, além de promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica.

Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

Cabe destacar que a estruturação de RAS segue lógica diferenciada em relação à hierarquização de serviços de saúde.

A concepção de redes de atenção deve ser discutida e articulada por todos os envolvidos no processo de assistência. A construção de redes deve contemplar a assistência em todos os seus níveis, integrando-os de forma lógica.

Está em implantação pelo Ministério da Saúde a Rede de Atenção, voltada para as doenças crônicas em uma perspectiva de constituição de sistemas locorregionais com vistas à integralidade da atenção. Particularmente, no tocante à atenção cardiovascular, ainda está vigente a Portaria 1.169/GM, de 15 de junho de 2004, que institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, por meio da organização e implantação de Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular.

É desejável que os gestores deem ênfase à prevenção primária e secundária para as doenças cardiovasculares, pois há muitas estratégias de

intervenção consagradas que, se aplicadas como prioridade, já demonstraram produzir efeitos positivos no controle dessas doenças (BOMBARDIA, 2008).

A Política de Alta Complexidade em Cardiologia tem uma proposta de planejamento que, se por um lado exerce regulação quanto à produção dessa prestação de assistência, quando exige habilitação para os serviços atuarem, por outro lado aponta a necessidade de regulação do acesso à assistência que é complexa, diferenciada e concentrada. Para que haja análise mais efetiva do acesso aos serviços de saúde e ao mecanismo de regulação é necessário que se investigue e contemple todos os níveis de atenção à saúde, isto é, que se identifique no processo de assistência, a trajetória dos usuários atendidos, caracterizando as ações peculiares em cada esfera de atenção (BOMBARDIA, 2008).

Embora seja cada vez mais discutido e argumentado acerca da potencialidade das redes de atenção para favorecer a integralidade do cuidado, ainda há ênfase na atenção de alta complexidade para os agravos cardiovasculares.



## *2. JUSTIFICATIVA*

---

A reformulação do sistema de saúde precisa elencar aspectos de necessidade de saúde da população, da oferta de serviços, além de considerar, de modo abrangente, tecnologias e recursos necessários à atenção, buscando equilíbrio entre aspectos epidemiológicos, técnicos e políticos na tomada de decisão acerca dos rumos da política locorregional de saúde. Nesse sentido, a avaliação constitui-se em ferramenta útil ao processo de gestão.

Avaliar mecanismos de articulação da atenção básica com outros níveis de atenção do sistema de saúde permite identificar fragilidades e potencialidades das estratégias de integração adotadas, favorecendo a estruturação de mecanismos inovadores de articulação que contribuam para o fortalecimento da gestão do SUS, no tocante à integralidade, e que impactem positivamente no usuário.

Estudos acerca da avaliação da assistência precisam estar mais adequados ao contexto nacional, ao processo de mudança do modelo assistencial do SUS, de modo a refletir a realidade do país. Faz-se necessária a investigação focada nos processos de trabalho, na resolubilidade e na percepção de cuidado dos usuários (SILVA et al, 2006).

A magnitude das doenças cardiovasculares perante a população mundial e particularmente a brasileira, o aporte de recursos tecnológicos, humanos, financeiros, materiais e programáticos para atenção a este grupo específico de agravos representam expressiva parcela da atenção à saúde no SUS.

Especificamente para os enfermeiros envolvidos nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde, tanto os que desenvolvem ações assistenciais quanto aqueles que desenvolvem ações gerenciais, as doenças cardiovasculares correspondem a importante demanda por cuidados, empregando significativo contingente de recursos humanos, materiais e financeiros, justificando um olhar sistematizado para esse grupo de agravos, na perspectiva da integralidade da atenção.

As doenças cardiovasculares apresentam etiologia, diagnóstico, terapêutica e prevenção bem definidos. Existe amplo conhecimento científico sobre os fatores causais, formas de detecção e tratamento, têm história natural sensível às intervenções terapêuticas e são objeto de um programa nacional para seu controle, atendendo, desse modo, critérios definidos (KESSNER et al, 1992) para a seleção de um traçador para avaliação de serviços de saúde.

Assim, aspectos relativos à organização do sistema de saúde com vistas à

integralidade, à articulação entre os diferentes níveis de atenção, à importância da avaliação em saúde, à expressiva incidência de problemas cardiovasculares na população, à utilização de traçadores para avaliação de serviços de saúde e à representação desse grupo de doenças no trabalho do enfermeiro em diferentes esferas do sistema de saúde, justificaram a realização desta investigação.

Diante do exposto, considerando a atenção aos agravos cardiovasculares, questiona-se:

- a utilização de condição traçadora mostra-se como estratégia metodológica adequada para a avaliação do resultado da articulação dos níveis de atenção do sistema regional de saúde?

*3. OBJETIVOS*

---

### **3.1 GERAL**

- Avaliar as ações da atenção aos agravos cardiovasculares como traçador de resultados da articulação dos diferentes níveis de atenção de um sistema regional de saúde.

### **3.2- ESPECÍFICOS**

- - Mapear a oferta local de serviços de atenção aos agravos cardiovasculares, na região de abrangência do Departamento Regional de Saúde XIII.
- - Analisar a produção de procedimentos relacionados à atenção aos agravos cardiovasculares no sistema regional de saúde, a partir do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS) e do Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS).

#### *4. MATERIAL E MÉTODO*

---

## 4.1 Desafios Científicos

Este estudo é resultado de vivências profissionais e acadêmicas relativas ao SUS, no campo da gestão, utilização de sistemas de informação para avaliação em saúde e gerência de enfermagem, em serviços de internação hospitalar. O enfoque na atenção a agravos cardiovasculares deve-se a estudos anteriores acerca de internações hospitalares em clínica cirúrgica, em clínica médica e em unidade de terapia intensiva (UTI), cujos resultados evidenciam a magnitude desses problemas para a saúde da população e sua representatividade no trabalho de enfermagem, na gestão de serviços e sistemas locais de saúde.

No âmbito do SUS, dentre outros, a consolidação do princípio da integralidade constitui-se em desafio permanente. Nesse contexto, a participação do profissional enfermeiro tem sido valorizada em face da formação acadêmica que contempla, além dos conhecimentos técnico-científicos, relativos à assistência à saúde, aqueles relativos ao gerenciamento de serviços.

A atuação dos enfermeiros, entretanto, no sistema de saúde, em ações não assistenciais, particularmente no âmbito da gestão, representa ainda hoje desafio crescente às políticas de formação e inserção no mercado de trabalho.

A representatividade da temática de avaliação em saúde, a experiência em serviço de saúde e no desenvolvimento de pesquisas utilizando dados secundários para a análise da produção de sistemas de saúde, aliadas ao *background* no desenvolvimento de pesquisas de abordagem quantitativa estimularam o investimento em abordagens metodológicas mais específicas para a pesquisa avaliativa. Assim, o desafio científico desta investigação diz respeito à utilização da condição traçadora como estratégia metodológica para a avaliação da articulação dos diferentes níveis de atenção do sistema regional de saúde.

## 4.2 Delineamento do Estudo

Trata-se de pesquisa avaliativa, utilizando dados quantitativos, que tem como foco a análise da produção de exames diagnósticos e internações da atenção aos agravos cardiovasculares, como traçador de resultados da articulação dos

diferentes níveis de atenção do sistema de saúde, na região de abrangência do Departamento Regional de Saúde XIII (DRS-XIII).

A pesquisa avaliativa avança sob perspectiva analítica, estabelecendo relações entre o problema, a intervenção, os objetivos da intervenção, os recursos, os efeitos, as ações e o contexto no qual a intervenção se insere (CONTANDRIOPOULOS et al, 2002).

A utilização da abordagem quantitativa em estudos avaliativos possibilita estabelecer um diagnóstico situacional, a partir de dados referentes à produção de procedimentos em serviços de saúde, favorecendo a aproximação inicial ao objeto de avaliação (TANAKA, MELO, 2001).

A seleção de um traçador para avaliação de serviços de saúde requer que sejam atendidos critérios relativos a um problema de saúde que tenha etiologia, diagnóstico, terapêutica e prevenção bem definidos, exista um amplo conhecimento científico sobre os fatores causais, diagnóstico e tratamento, tenha história natural sensível às intervenções terapêuticas e seja objeto de um programa nacional para seu controle (KESSNER et al, 1992). As doenças cardiovasculares atendem os critérios elencados e, dentre outras já apresentadas, essa é uma das justificativas para ela ser foco desta pesquisa.

### **4.3 Local de Estudo**

O presente estudo teve como foco os municípios que compõem o Departamento Regional de Saúde XIII (DRS-XIII, região de Ribeirão Preto, SP), em 26 municípios situados na região nordeste do estado de São Paulo, com população que chega a 1,3 milhões de pessoas quando considerada a população de abrangência do DRS-XIII (BRASIL, 2012). Ribeirão Preto destaca-se como município sede da região e constitui-se em polo de atração das atividades comerciais e de prestação de serviços, configurando-se como um dos principais centros universitários e de pesquisa do Estado e do País, com destaque para a área da saúde.

Do ponto de vista de gestão em saúde, os municípios estão organizados em Colegiados de Gestão Regional (CGR), são responsáveis por executar e



gerenciar a atenção básica, desenvolvendo ações preventivas, de promoção e de recuperação da saúde tanto individual quanto coletiva, em unidades próprias; em nível secundário e terciário, a depender das condições organizacionais e de estrutura dos serviços de saúde de cada município, garantem acesso aos serviços próprios, conveniados e contratados de atenção especializada e de maior complexidade em procedimentos diagnósticos, terapêuticos e de internação hospitalar.

O território do DRS-XIII é conformado por três Regiões de Saúde (Aquífero Guarani, Horizonte Verde e Vale das Cachoeiras), tendo o município de Ribeirão Preto como sede administrativa e polo assistencial regional.

A Região de Saúde do Aquífero Guarani (Ribeirão Preto) possui, aproximadamente, 807.106 habitantes (BRASIL, 2012), sendo composta por 10 municípios, a saber: Cravinhos, Guatapar, Jardinópolis, Luís Antnio, Ribeirão Preto, Santa Rosa de Viterbo, Santa Rita do Passa Quatro, São Simão, Serra Azul e Serrana.

A Região de Saúde do Horizonte Verde (Sertãozinho) possui, aproximadamente, 393.431 habitantes (BRASIL, 2012), sendo composta por nove municípios, a saber: Barrinha, Dumont, Guariba, Jaboticabal, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Pradópolis e Sertãozinho.

A Região de Saúde do Vale das Cachoeiras (Batatais) possui, aproximadamente, 127.452 habitantes (BRASIL, 2012), sendo composta por sete municípios, a saber: Altinópolis, Batatais, Brodowski, Cajuru, Cássia dos Coqueiros, Santa Cruz da Esperança e Santo Antnio da Alegria.

As regiões de saúde, os municípios e suas populaes encontram-se listados na Tabela 1.

Tabela 1 Distribuição numérica da população dos municípios que compõem o DRS-XIII-Ribeirão Preto, segundo os Colegiados de Gestão Regional, 2012

<b>Aquífero Guarani</b>		<b>Horizonte Verde</b>		<b>Vale das Cachoeiras</b>	
<b>Município</b>	<b>População</b>	<b>Município</b>	<b>População</b>	<b>Município</b>	<b>População</b>
Cravinhos	31.691	Barrinha	28.496	Altinópolis	15.607
Guatapar	6.966	Dumont	8.143	Batatais	56.476
Jardinópolis	37.661	Guariba	35.486	Brodowski	21.107
Luiz Antonio	11.286	Jaboticabal	71.662	Cajuru	23.371
Ribeirão Preto	604.682	Monte Alto	46.642	Cássia Coqueiros	2.634
Santa R. P. Quatro	26.478	Pitangueiras	35.307	Santa C. Esperança	1.953
Santa R. Viterbo	23.862	Pontal	40.244	Santo A. Alegria	6.304
São Simão	14.346	Pradópolis	17.377		
Serra Azul	11.256	Sertãozinho	110.074		
Serrana	38.878				
<b>TOTAL</b>	<b>807.106</b>	<b>TOTAL</b>	<b>393.431</b>	<b>TOTAL</b>	<b>127.452</b>

Fonte: (BRASIL, 2012).

#### 4.4 Objeto de Estudo

Foi constituído por todos os procedimentos ambulatoriais e hospitalares de ateno aos agravos cardiovasculares, realizados pela Secretaria de Estado e Secretarias Municipais de Saúde (SMS), registrados no SIA-SUS e no SIH-SUS, nos municípios do DRS-XIII, no período de 1996 a 2010.

#### 4.5 Procedimentos de Coleta e Análise de Dados

Como técnica de coleta de dados foi utilizada a pesquisa documental, com dados secundários disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema nico de Saúde (DATASUS), pelo DRS-XIII, particularmente do SIA-SUS e SIH-SUS.

Os dados foram coletados pela própria pesquisadora, no período de março a setembro de 2011. Utilizou-se instrumento (APÊNDICE A) que permitiu agrupar os dados de interesse que, após foram transportados para planilhas

eletrônicas.

Entende-se que um conjunto de variáveis relativas à atenção ambulatorial e hospitalar permitiram focar as ações destinadas aos agravos cardiovasculares como traçador da integralidade da atenção. Quanto ao atendimento ambulatorial, dentre os dados disponibilizados pelo SIA/SUS, constituíram-se em variáveis de interesse nesse estudo: local de atendimento, ano de competência, quantitativo e valores pagos para os procedimentos (eletrocardiograma, ecocardiograma, ergométrico, *holter*, MAPA (monitorização ambulatorial da pressão arterial), cateterismo). No tocante à internação hospitalar, foram variáveis de interesse, disponibilizadas pelo SIH/SUS, local de atendimento, ano de competência, total de internações cirúrgicas em cardiologia e total de internações clínicas em cardiologia.

Os dados relativos aos exames diagnósticos têm como recorte temporal o período de 2000 a 2010. Tal opção deve-se à conformação do SIA-SUS que no período anterior ao ano 2000, não permitia o detalhamento dos exames diagnósticos em cardiologia por tipo de exame e, sim, apresentava dados de um grupo de exames, sendo que essa situação não se mostrava adequada à análise proposta nesta investigação. Os dados de internação referem-se ao período de 1996 a 2010. Destaca-se que foram considerados os procedimentos ambulatoriais e internações pagos.

Os dados de interesse coletados foram armazenados em planilhas eletrônicas do formato Microsoft Excel.

Para a análise foi utilizada estatística descritiva das variáveis estudadas adotando-se frequências e valores médios, construindo séries temporais que indicaram as tendências.

Séries temporais, são um conjunto de observações ordenadas no tempo, indicam claramente a tendência do evento que está sendo estudado e, em sua análise, é preciso considerar a tendência do evento em longo prazo, as flutuações cíclicas, as oscilações sazonais e as variações acidentais (PEREIRA, 2002).

A análise das tendências dos procedimentos elencados permitiu comparar a ampliação da oferta e a consequente resposta institucional, para o diagnóstico e acompanhamento do caso. Essa análise considera a magnitude dos procedimentos realizados e as respectivas proporções de procedimentos complementares.

O presente estudo pautou-se pela construção de razões entre procedimentos que permitiram inferir a complementariedade da atenção necessária

para o provimento da atenção integral aos agravos cardiovasculares. Essa dinâmica de análise permitiu reconstruir a lógica do cuidado de forma empírica, possibilitando conhecer a efetividade das ações de saúde em um dado território.

A discussão foi desenvolvida a partir do referencial teórico adotado, qual seja, a reorganização do sistema de saúde no município na perspectiva do SUS, com enfoque na avaliação das ações destinadas à atenção aos agravos cardiovasculares como traçador de resultados da articulação dos diferentes níveis de atenção segundo a proposta de Kessner et al (1992), na perspectiva da integralidade em saúde.

#### **4.6 Procedimentos Éticos**

O estudo foi desenvolvido de modo a garantir o cumprimento dos preceitos da Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1997).

Foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Protocolo nº 1116/2010.

## *5. RESULTADOS*

---

A produção de procedimentos de atenção ambulatorial e hospitalar de atenção aos agravos cardiovasculares, incluindo exames diagnósticos e internações são apresentados, privilegiando o procedimento, a série temporal ou o espaço microrregional, dentro do contexto do sistema regional de saúde.

Os procedimentos ambulatoriais e de internação em cardiologia foram agrupados em três Colegiados de Gestão Regional, a saber, Aquífero Guarani, Horizonte Verde e Vale das Cachoeiras que, para favorecer a leitura, serão identificados, de agora em diante, pelo nome dos municípios de maior concentração populacional, respectivamente, Ribeirão Preto, Sertãozinho e Batatais.

Tabela 2 - Exames diagnósticos em cardiologia, realizados em nível ambulatorial, pelo SUS, nos municípios do DRS XIII-Ribeirão Preto, com distribuição percentual, segundo ano, no período de 2000 a 2010

Ano	Exames													
	Eletrocardiograma		Ecocardiograma		Ergométrico		Holter		Mapa		Cateterismo		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
2000	41.976	80,0	6.894	13,1	2.242	4,3	841	1,6	371	0,7	143	0,3	52.467	100
2001	43.537	78,6	7.843	14,2	2.202	4,0	1.089	2,0	578	1,0	116	0,2	55.365	100
2002	47.610	79,3	8.445	14,1	2.318	3,9	892	1,5	658	1,1	100	0,2	60.023	100
2003	35.602	75,9	7.274	15,5	2.086	4,4	1.088	2,3	760	1,6	98	0,2	46.908	100
2004	36.494	75,9	7.526	15,7	2.232	4,6	849	1,8	586	1,2	376	0,8	48.063	100
2005	45.897	77,1	8.861	14,9	2.543	4,3	891	1,5	610	1,0	754	1,3	59.556	100
2006	51.869	78,3	9.354	14,1	2.600	3,9	1.006	1,5	752	1,1	702	1,1	66.283	100
2007	49.794	79,2	8.163	13,0	2.131	3,4	1.084	1,7	895	1,4	807	1,3	62.874	100
2008	77.884	81,2	10.852	11,3	3.205	3,3	1.315	1,4	1.650	1,7	1.022	1,1	95.928	100
2009	82.345	80,5	11.768	11,5	3.654	3,6	1.564	1,5	1.805	1,8	1.188	1,2	102.324	100
2010	103.675	83,2	12.827	10,3	3.616	2,9	1.429	1,1	1.813	1,5	1.321	1,1	124.681	100
<b>Total</b>	<b>616.683</b>	<b>79,6</b>	<b>99.807</b>	<b>12,9</b>	<b>28.829</b>	<b>3,7</b>	<b>12.048</b>	<b>1,6</b>	<b>10.478</b>	<b>1,4</b>	<b>6.627</b>	<b>0,9</b>	<b>774.472</b>	<b>100</b>

Fonte: Departamento Regional de Saúde–XIII – Ribeirão Preto

A produção de exames diagnósticos em cardiologia teve crescimento no período de 2000 a 2010. O eletrocardiograma corresponde a 79,6% do total de exames, é realizado por todos os municípios que compõem os três CGRs. Trata-se de exame de menor complexidade, cujo resultado pode desencadear outras ações de saúde, incluindo a realização de exames de maior complexidade.

O ecocardiograma, o ergométrico e o *holter*, no período de 2004 a 2010, apresentaram queda na produção. O cateterismo, exame invasivo, de maior complexidade, apresentou expressivo incremento, variando de 0,3% dos exames realizados em 2000 para 1,1% em 2010.

Considerando a série temporal e a crescente incorporação tecnológica apresenta-se, na Tabela 3, a distribuição da produção de exames no período todo.



Tabela 3 - Exames diagnósticos em cardiologia, realizados em nível ambulatorial, pelo SUS, nos municípios do DRS XIII-Ribeirão Preto, com distribuição percentual, segundo tipo de exame, no período de 2000 a 2010

Ano	Exames													
	Eletrocardiograma		Ecocardiograma		Ergométrico		Holter		Mapa		Cateterismo		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
2000	41.976	6,8	6.894	6,9	2.242	7,8	841	7,0	371	3,5	143	2,2	52.467	6,8
2001	43.537	7,1	7.843	7,9	2.202	7,6	1.089	9,0	578	5,5	116	1,8	55.365	7,1
2002	47.610	7,7	8.445	8,5	2.318	8,0	892	7,4	658	6,3	100	1,5	60.023	7,7
2003	35.602	5,8	7.274	7,3	2.086	7,2	1.088	9,0	760	7,3	98	1,5	46.908	6,0
2004	36.494	5,9	7.526	7,5	2.232	7,7	849	7,0	586	5,6	376	5,7	48.063	6,2
2005	45.897	7,4	8.861	8,9	2.543	8,8	891	7,4	610	5,8	754	11,3	59.556	7,7
2006	51.869	8,4	9.354	9,4	2.600	9,0	1.006	8,3	752	7,2	702	10,6	66.283	8,5
2007	49.794	8,1	8.163	8,2	2.131	7,4	1.084	9,0	895	8,5	807	12,2	62.874	8,1
2008	77.884	12,6	10.852	10,9	3.205	11,1	1.315	10,9	1.650	15,7	1.022	15,4	95.928	12,4
2009	82.345	13,4	11.768	11,8	3.654	12,7	1.564	13,0	1.805	17,2	1.188	18,0	102.324	13,2
2010	103.675	16,8	12.827	12,9	3.616	12,5	1.429	11,9	1.813	17,3	1.321	20,0	124.681	16,1
<b>Total</b>	<b>616.683</b>	<b>100</b>	<b>99.807</b>	<b>100</b>	<b>28.829</b>	<b>100</b>	<b>12.048</b>	<b>100</b>	<b>10.478</b>	<b>100</b>	<b>6.627</b>	<b>100</b>	<b>774.472</b>	<b>100</b>

Fonte: Departamento Regional de Saúde–XIII – Ribeirão Preto

Houve flutuação no percentual de exames realizados a cada ano, sendo que no ano de 2000 o percentual correspondia a 6,8% e, em 2010 a 16,1% dos exames dos exames realizados. Destaca-se que 2003 e 2004 foram os anos com menor percentual de exames realizados no período, 6,0 e 6,2%, respectivamente. Interessante realçar que, a cada ano, todos os exames tiveram crescimento, desde o de menor complexidade – eletrocardiograma até o cateterismo, que é um exame complexo, indicando que houve ampliação da oferta de serviços.

Em cada um dos três CGRs, que compõem a DRS-XIII, a oferta de serviços à atenção aos agravos cardiovasculares é diferenciada. O CGR de Batatais realiza eletrocardiogramas e ecocardiogramas, o CGR de Sertãozinho realiza esses dois exames e testes ergométricos e o CGR de Ribeirão Preto realiza desde os exames mais simples até os mais complexos.

Tabela 4 - Exames diagnósticos em cardiologia, realizados em nível ambulatorial, pelo SUS, no Colegiado de Gestão Regional de Ribeirão Preto<sup>1</sup>, com distribuição percentual, segundo ano, no período de 2000 a 2010

Ano	Exames													
	Eletrocardiograma		Ecocardiograma		Ergométrico		Holter		Mapa		Cateterismo		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
2000	27.321	72,3	6.842	18,1	2.242	6,0	841	2,2	371	1,0	143	0,4	37.760	100
2001	26.464	69,1	7.843	20,5	2.202	5,7	1.089	2,8	578	1,5	116	0,3	38.292	100
2002	28.312	69,5	8.445	20,7	2.318	5,7	892	2,2	658	1,6	100	0,2	40.725	100
2003	17.558	60,9	7.243	25,1	2.075	7,2	1.088	3,8	760	2,6	98	0,3	28.822	100
2004	15.535	57,7	7.375	27,4	2.183	8,1	848	3,1	586	2,2	376	1,4	26.903	100
2005	22.647	63,4	8.443	23,6	2.381	6,7	890	2,5	610	1,7	754	2,1	35.725	100
2006	25.537	65,3	8.686	22,2	2.400	6,1	1.001	2,6	752	1,9	702	1,8	39.078	100
2007	22.816	65,4	7.326	21,0	1.950	5,6	1.084	3,1	895	2,6	807	2,3	34.878	100
2008	46.208	72,9	10.082	15,9	3.079	4,8	1.315	2,0	1.650	2,6	1.022	1,6	63.356	100
2009	52.116	73,5	10.713	15,1	3.496	4,9	1.564	2,2	1.805	2,5	1.188	1,7	70.882	100
2010	66.989	77,3	11.654	13,4	3.371	3,9	1.429	1,6	1.813	2,0	1.321	1,5	86.577	100
<b>Total</b>	<b>351.503</b>	<b>69,9</b>	<b>94.652</b>	<b>18,8</b>	<b>27.697</b>	<b>5,5</b>	<b>12.041</b>	<b>2,4</b>	<b>10.478</b>	<b>2,0</b>	<b>6.627</b>	<b>1,3</b>	<b>502.998</b>	<b>100</b>

Fonte: Departamento Regional de Saúde–XIII – Ribeirão Preto  
Ribeirão Preto<sup>1</sup> CRG Aquífero Guarani

Tabela 5 - Exames diagnósticos em cardiologia, realizados em nível ambulatorial, pelo SUS, no Colegiado de Gestão Regional de Sertãozinho<sup>2</sup>, com distribuição percentual, segundo ano, no período de 2000 a 2010

Ano	Exames													
	Eletrocardiograma		Ecocardiograma		Ergométrico		Holter		Mapa		Cateterismo		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
2000	7.988	99,3	52	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8.040	100
2001	8.691	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8.691	100
2002	10.438	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10.438	100
2003	10.097	99,6	31	0,3	11	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10.139	100
2004	11.577	98,3	150	1,3	49	0,4	1	0,0	0	0,0	0	0,0	11.777	100
2005	13.934	96,0	418	2,9	162	1,1	1	0,0	0	0,0	0	0,0	14.515	100
2006	14.313	94,3	667	4,4	200	1,3	5	0,0	0	0,0	0	0,0	15.185	100
2007	14.008	93,3	821	5,5	181	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15.010	100
2008	18.902	95,5	755	3,8	126	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19.783	100
2009	17.891	94,8	819	4,3	158	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18.868	100
2010	22.170	95,7	739	3,1	245	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	23.154	100
<b>Total</b>	<b>150.009</b>	<b>96,4</b>	<b>4.452</b>	<b>2,9</b>	<b>1.132</b>	<b>0,7</b>	<b>7</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>155.600</b>	<b>100</b>

Fonte: Departamento Regional de Saúde – XIII – Ribeirão Preto  
Sertãozinho<sup>2</sup> CGR Horizonte Verde

Tabela 6 - Exames diagnósticos em cardiologia, realizados em nível ambulatorial, pelo SUS, no Colegiado de Gestão Regional de Batatais<sup>3</sup>, com distribuição percentual, segundo ano, no período de 2000 a 2010

Ano	Exames													
	Eletrocardiograma		Ecocardiograma		Ergométrico		Holter		Mapa		Cateterismo		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
2000	6.667	100	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6.667	100
2001	8.382	100	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8.382	100
2002	8.860	100	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8.860	100
2003	7.947	100	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7.947	100
2004	9.382	99,9	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9.383	100
2005	9.316	100	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9.316	100
2006	12.019	99,9	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12.020	100
2007	12.970	99,8	16	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12.986	100
2008	12.774	99,8	15	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12.789	100
2009	12.338	98,1	236	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12.574	100
2010	14.516	97,1	434	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14.950	100
<b>Total</b>	<b>115.171</b>	<b>99,4</b>	<b>703</b>	<b>0,6</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>115.874</b>	<b>100</b>

Fonte: Departamento Regional de Saúde–XIII – Ribeirão Preto  
Batatais<sup>3</sup> CGR Vale das Cachoeiras

O CGR de Ribeirão Preto realiza todos os exames diagnósticos em cardiologia. No período, houve crescimento da produção dos exames MAPA e cateterismo. O CGR de Sertãozinho não realiza MAPA e cateterismo, tendo apresentado produção de *holter* apenas entre os anos 2004 e 2006. O CGR de Batatais, dentre os exames diagnósticos em cardiologia, realiza apenas eletrocardiograma e ecocardiograma.

O sistema de saúde é um todo dinâmico e, nesse sentido, as ações de diagnose e terapia impactam as internações hospitalares. A análise da produção ambulatorial permitiu evidenciar variabilidade que remete à verificação dos percentuais de internações ao longo dos anos e microrregiões, com vistas a compreender a amplitude dessa variação.

No período de 1996 a 2010, foram realizadas 96.637 internações na especialidade de cardiologia, o CGR de Ribeirão Preto realizou 58.716 internações (60,8%), o CGR de Sertãozinho 23.767 (24,6%) e o CGR de Batatais 14.154 internações (14,6%).

Tabela 7 - Internações em cardiologia, realizadas pelo SUS, por Colegiado de Gestão Regional do DRS-XIII, com distribuição percentual, segundo o ano, no período de 1996 a 2010

Ano	Colegiado de Gestão Regional							
	Ribeirão Preto <sup>1</sup>		Sertãozinho <sup>2</sup>		Batatais <sup>3</sup>		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1996	3.317	55,1	1.760	29,3	940	15,6	6.017	100
1997	2.781	55,4	1.481	29,5	756	15,1	5.018	100
1998	3.073	56,9	1.564	29,0	762	14,1	5.399	100
1999	3.368	57,9	1.662	28,6	786	13,5	5.816	100
2000	3.654	59,7	1.532	25,0	932	15,2	6.118	100
2001	3.803	61,2	1.527	24,6	884	14,2	6.214	100
2002	4.136	61,5	1.597	23,7	994	14,8	6.727	100
2003	4.479	61,9	1.808	25,0	946	13,1	7.233	100
2004	4.735	62,3	1.848	24,3	1.016	13,4	7.599	100
2005	4.378	62,1	1.722	24,4	949	13,5	7.049	100
2006	4.265	60,6	1.668	23,7	1.103	15,7	7.036	100
2007	4.327	64,2	1.462	21,7	950	14,1	6.739	100
2008	4.089	63,7	1.322	20,6	1.010	15,7	6.421	100
2009	4.337	62,2	1.514	21,7	1.120	16,1	6.971	100
2010	3.974	63,3	1.300	20,7	1.006	16,0	6.280	100
<b>Total</b>	<b>58.716</b>	<b>60,8</b>	<b>23.767</b>	<b>24,6</b>	<b>14.154</b>	<b>14,6</b>	<b>96.637</b>	<b>100</b>

Fonte: Departamento Regional de Saúde–XIII – Ribeirão Preto  
 Ribeirão Preto<sup>1</sup> CGR Aquífero Guarani  
 Sertãozinho<sup>2</sup> CGR Horizonte Verde  
 Batatais<sup>3</sup> CGR Vale das Cachoeiras

Tabela 8 - Internações em cardiologia, realizadas pelo SUS, com distribuição percentual, segundo o Colegiado de Gestão Regional do DRS-XIII, no período de 1996 a 2010

Ano	Colegiado de Gestão Regional							
	Ribeirão Preto <sup>1</sup>		Sertãozinho <sup>2</sup>		Batatais <sup>3</sup>		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1996	3.317	5,6	1.760	7,4	940	6,6	6.017	6,2
1997	2.781	4,7	1.481	6,2	756	5,3	5.018	5,2
1998	3.073	5,2	1.564	6,6	762	5,4	5.399	5,6
1999	3.368	5,7	1.662	7,0	786	5,5	5.816	6,0
2000	3.654	6,2	1.532	6,4	932	6,6	6.118	6,3
2001	3.803	6,5	1.527	6,4	884	6,2	6.214	6,4
2002	4.136	7,0	1.597	6,7	994	7,0	6.727	7,0
2003	4.479	7,6	1.808	7,6	946	6,7	7.233	7,4
2004	4.735	8,0	1.848	7,8	1.016	7,2	7.599	7,9
2005	4.378	7,4	1.722	7,2	949	6,7	7.049	7,3
2006	4.265	7,2	1.668	7,0	1.103	7,8	7.036	7,3
2007	4.327	7,4	1.462	6,1	950	6,7	6.739	7,0
2008	4.089	6,9	1.322	5,6	1.010	7,1	6.421	6,6
2009	4.337	7,4	1.514	6,4	1.120	7,9	6.971	7,2
2010	3.974	6,8	1.300	5,5	1.006	7,1	6.280	6,5
<b>Total</b>	<b>58.716</b>	<b>100</b>	<b>23.767</b>	<b>100</b>	<b>14.154</b>	<b>100</b>	<b>96.637</b>	<b>100</b>

Fonte: Departamento Regional de Saúde–XIII – Ribeirão Preto  
 Ribeirão Preto<sup>1</sup> CGR Aquífero Guarani  
 Sertãozinho<sup>2</sup> CGR Horizonte Verde  
 Batatais<sup>3</sup> CGR Vale das Cachoeiras

O CGR de Ribeirão Preto concentra as internações em cardiologia, tendo sido responsável por 55,1% (1996) das internações, chegando a 63,3% (2010).

A análise do total de internações evidencia que o ano 1997 teve o menor percentual de internações em cardiologia no período (5,2%) e, o ano 2004 correspondeu ao maior percentual de internações (7,9%). Ainda é possível constatar o crescimento nas internações no CGR de Ribeirão Preto no período de 1997 a 2004; no CGR de Sertãozinho houve diminuição nos períodos de 1999-2002 e 2005-2008; no CGR de Batatais aconteceu pequena variabilidade.



Considerando que internações clínicas e cirúrgicas apresentam dinâmicas diferenciadas, quanto à demanda de usuários com respectivas patologias e necessidades afetadas, o aporte tecnológico, de recursos humanos, materiais, equipamentos e de área física, apresenta remuneração distinta pela tabela SIH/SUS. Apresentam-se a seguir os dados de internação clínica e cirúrgica, segundo ano e CGR.

Tabela 9 - Internações clínicas em cardiologia, realizadas pelo SUS, por Colegiado de Gestão Regional do DRS-XIII, com distribuição percentual, segundo o ano, no período de 1996 a 2010

Ano	Colegiado de Gestão Regional							
	Ribeirão Preto <sup>1</sup>		Sertãozinho <sup>2</sup>		Batatais <sup>3</sup>		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1996	2.776	52,8	1.613	30,7	865	16,5	5.254	100
1997	2.166	51,9	1.346	32,2	663	15,9	4.175	100
1998	2.360	53,5	1.401	31,7	653	14,8	4.414	100
1999	2.636	55,0	1.471	30,7	687	14,3	4.794	100
2000	2.896	56,8	1.363	26,8	836	16,4	5.095	100
2001	2.992	58,6	1.329	26,0	781	15,3	5.102	100
2002	3.111	58,9	1.316	24,9	851	16,1	5.278	100
2003	3.435	59,3	1.545	26,7	808	14,0	5.788	100
2004	3.726	60,7	1.540	25,1	868	14,2	6.134	100
2005	3.438	61,1	1.394	24,8	799	14,2	5.631	100
2006	3.438	59,6	1.362	23,6	967	16,8	5.767	100
2007	3.447	63,2	1.161	21,3	850	15,6	5.458	100
2008	3.224	63,0	1.051	20,5	843	16,5	5.118	100
2009	3.298	60,9	1.170	21,6	947	17,5	5.415	100
2010	3.006	61,7	983	20,2	884	18,1	4.873	100
<b>Total</b>	<b>45.949</b>	<b>58,7</b>	<b>20.045</b>	<b>25,6</b>	<b>12.302</b>	<b>15,7</b>	<b>78.296</b>	<b>100</b>

Fonte: Departamento Regional de Saúde–XIII – Ribeirão Preto  
 Ribeirão Preto<sup>1</sup> CGR Aquífero Guarani  
 Sertãozinho<sup>2</sup> CGR Horizonte Verde  
 Batatais<sup>3</sup> CGR Vale das Cachoeiras

Tabela 10 - Internações clínicas em cardiologia, realizadas pelo SUS, com distribuição percentual, segundo o Colegiado de Gestão Regional do DRS-XIII, no período de 1996 a 2010

Ano	Colegiado de Gestão Regional							
	Ribeirão Preto <sup>1</sup>		Sertãozinho <sup>2</sup>		Batatais <sup>3</sup>		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1996	2.776	6,0	1.613	8,0	865	7,0	5.254	6,7
1997	2.166	4,7	1.346	6,7	663	5,4	4.175	5,3
1998	2.360	5,1	1.401	7,0	653	5,3	4.414	5,6
1999	2.636	5,7	1.471	7,3	687	5,6	4.794	6,1
2000	2.896	6,3	1.363	6,8	836	6,8	5.095	6,5
2001	2.992	6,5	1.329	6,6	781	6,3	5.102	6,5
2002	3.111	6,8	1.316	6,6	851	6,9	5.278	6,7
2003	3.435	7,5	1.545	7,7	808	6,6	5.788	7,4
2004	3.726	8,1	1.540	7,7	868	7,1	6.134	7,8
2005	3.438	7,5	1.394	7,0	799	6,5	5.631	7,2
2006	3.438	7,5	1.362	6,8	967	7,9	5.767	7,4
2007	3.447	7,5	1.161	5,8	850	6,9	5.458	7,0
2008	3.224	7,0	1.051	5,2	843	6,9	5.118	6,5
2009	3.298	7,2	1.170	5,8	947	7,7	5.415	6,9
2010	3.006	6,5	983	4,9	884	7,2	4.873	6,2
<b>Total</b>	<b>45.949</b>	<b>100</b>	<b>20.045</b>	<b>100</b>	<b>12.302</b>	<b>100</b>	<b>78.296</b>	<b>100</b>

Fonte: Departamento Regional de Saúde–XIII – Ribeirão Preto  
 Ribeirão Preto<sup>1</sup> CGR Aquífero Guarani  
 Sertãozinho<sup>2</sup> CGR Horizonte Verde  
 Batatais<sup>3</sup> CGR Vale das Cachoeiras

No período de 1996-2010 o total da produção de internações clínicas em cardiologia variou de 5.254 internações (1996) para 4.873 (2010), ou seja, no período todo houve decréscimo de 7,2%. Cabe destacar que em cada um dos CGR houve um comportamento diferenciado na respectiva produção de internações, apresentando variabilidade de participação de cada CGR em relação à produção total.

O total da produção de internações clínicas, por ano, variou entre 5,3% em 1997 e 7,8% em 2004; o CGR de Ribeirão Preto teve o menor percentual em 1996 (6,0%) e o maior em 2004 (8,1%); no CGR de Sertãozinho 8% das internações ocorreram em 1997 e 4,9% em 2010, evidenciando acentuada diminuição no

período; o CGR de Batatais apresenta pouca variação entre os anos, sendo o menor percentual em 1998 (5,3%) e o maior em 2004 (7,8%).

As internações cirúrgicas concentram-se no CGR de Ribeirão Preto, cuja estrutura hospitalar é diferenciada em relação aos demais CGRs.

Tabela 11 - Internações cirúrgicas em cardiologia, realizadas pelo SUS, por Colegiado de Gestão Regional do DRS-XIII, com distribuição percentual, segundo o ano, no período de 1996 a 2010

Ano	Colegiado de Gestão Regional							
	Ribeirão Preto <sup>1</sup>		Sertãozinho <sup>2</sup>		Batatais <sup>3</sup>		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1996	541	70,9	147	19,3	75	9,8	763	100
1997	615	73,0	135	16,0	93	11,0	843	100
1998	713	72,4	163	16,5	109	11,1	985	100
1999	732	71,6	191	18,7	99	9,7	1.022	100
2000	758	74,1	169	16,5	96	9,4	1.023	100
2001	811	72,9	198	17,8	103	9,3	1.112	100
2002	1.025	70,7	281	19,4	143	9,9	1.449	100
2003	1.044	72,2	263	18,2	138	9,6	1.445	100
2004	1.009	68,9	308	21,0	148	10,1	1.465	100
2005	940	66,3	328	23,1	150	10,6	1.418	100
2006	827	65,2	306	24,1	136	10,7	1.269	100
2007	880	68,7	301	23,5	100	7,8	1.281	100
2008	865	66,4	271	20,8	167	12,8	1.303	100
2009	1.039	66,8	344	22,1	173	11,1	1.556	100
2010	968	68,8	317	22,5	122	8,7	1.407	100
<b>Total</b>	<b>12.767</b>	<b>69,6</b>	<b>3.722</b>	<b>20,3</b>	<b>1.852</b>	<b>10,1</b>	<b>18.341</b>	<b>100</b>

Fonte: Departamento Regional de Saúde–XIII – Ribeirão Preto  
 Ribeirão Preto<sup>1</sup> CGR Aquífero Guarani  
 Sertãozinho<sup>2</sup> CGR Horizonte Verde  
 Batatais<sup>3</sup> CGR Vale das Cachoeiras

Tabela 12 - Internações cirúrgicas em cardiologia, realizadas pelo SUS, com distribuição percentual, segundo o Colegiado de Gestão Regional do DRS XIII, no período de 1996 a 2010

Ano	Colegiado de Gestão Regional							
	Ribeirão Preto <sup>1</sup>		Sertãozinho <sup>2</sup>		Batatais <sup>3</sup>		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1996	541	4,2	147	3,9	75	4,0	763	4,2
1997	615	4,8	135	3,6	93	5,0	843	4,6
1998	713	5,6	163	4,4	109	5,9	985	5,4
1999	732	5,7	191	5,1	99	5,3	1.022	5,6
2000	758	5,9	169	4,5	96	5,2	1.023	5,6
2001	811	6,4	198	5,3	103	5,6	1.112	6,1
2002	1.025	8,0	281	7,5	143	7,7	1.449	7,8
2003	1.044	8,2	263	7,1	138	7,5	1.445	7,8
2004	1.009	7,9	308	8,3	148	8,0	1.465	7,9
2005	940	7,4	328	8,8	150	8,1	1.418	7,7
2006	827	6,5	306	8,2	136	7,3	1.269	6,9
2007	880	6,9	301	8,1	100	5,4	1.269	6,9
2008	865	6,8	271	7,3	167	9,0	1.303	7,1
2009	1.039	8,1	344	9,2	173	9,3	1.556	8,5
2010	968	7,6	317	8,5	122	6,6	1.407	7,7
<b>Total</b>	<b>12.767</b>	<b>100</b>	<b>3.722</b>	<b>100</b>	<b>1.852</b>	<b>100</b>	<b>18.341</b>	<b>100</b>

Fonte: Departamento Regional de Saúde – XIII – Ribeirão Preto  
 Ribeirão Preto<sup>1</sup> CGR Aquífero Guarani  
 Sertãozinho<sup>2</sup> CGR Horizonte Verde  
 Batatais<sup>3</sup> CGR Vale das Cachoeiras

Entre os anos 1996 e 2010, a produção de internações cirúrgicas em cardiologia variou de 763 (1996) para 1.407 (2010), ou seja, houve um incremento da ordem de 84,4%. Em cada um dos CGRs houve comportamento diferenciado no respectivo percentual de produção de internações, apresentando variabilidade entre o percentual mínimo e máximo de participação de cada CGR, em relação à produção total.

O ano 1996 teve o menor percentual de internações cirúrgicas e o ano de 2009 (8,5%), o maior.

O CGR de Ribeirão Preto foi responsável pela maioria das internações cirúrgicas, variando entre o mínimo de 65,2% (2006) e o máximo de 72,9% (1997); o

CGR de Sertãozinho variou entre o mínimo de 16% (1997) e 24,1% (2006) e, o CGR de Batatais variou entre o mínimo de 7,8% (2007) e 12,8% (2008).

Tabela 13 - Proporção entre internações clínicas e internações cirúrgicas em cardiologia pelo SUS, por Colegiado de Gestão Regional do DRS-XIII, no período de 1996 a 2010

Ano	Colegiado de Gestão Regional		
	Ribeirão Preto <sup>1</sup>	Sertãozinho <sup>2</sup>	Batatais <sup>3</sup>
1996	5,1	11,0	11,5
1997	3,5	10,0	7,1
1998	3,3	8,6	6,0
1999	3,6	7,7	6,9
2000	3,8	8,1	8,7
2001	3,7	6,7	7,6
2002	3,0	4,7	6,0
2003	3,3	5,9	5,9
2004	3,7	5,0	5,9
2005	3,7	4,3	5,3
2006	4,2	4,5	7,1
2007	3,9	3,9	8,5
2008	3,7	3,9	5,0
2009	3,2	3,4	5,5
2010	3,1	3,1	7,2

Fonte: Departamento Regional de Saúde–XIII – Ribeirão Preto  
 Ribeirão Preto<sup>1</sup> CGR Aquífero Guarani  
 Sertãozinho<sup>2</sup> CGR Horizonte Verde  
 Batatais<sup>3</sup> CGR Vale das Cachoeiras

É possível verificar que, no período, em todos os CGRs, houve uma diminuição da proporção de internações clínicas para cada internação cirúrgica, sendo que, no CGR de Sertãozinho, tal situação é mais marcante. Tal constatação reforça a suposição de ampliação da atenção ambulatorial que favorece o diagnóstico e monitoramento de usuários com agravos cardiovasculares e a utilização de atenção hospitalar para casos cuja terapêutica tem indicação cirúrgica, que requer atenção hospitalar.

O uso de dados secundários requer a construção de possibilidades de análise que favoreçam interpretar os possíveis significados de um número ou porcentagem, em um contexto de sistema locorregional de saúde, ou seja, há necessidade de selecionar critérios para análise, quais sejam, a variação da base populacional, padrão de morbimortalidade, ocorrência de catástrofes/acidentes, modificações no padrão de oferta de serviços de saúde, dentre outros.

Neste estudo, a primeira opção foi levantar a base populacional do DRS-XIII, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com a contagem populacional de 1996 e os censos populacionais de 2000 e 2010.

Tabela 14 - Valores absolutos e proporcionais da população, de internações clínicas e cirúrgicas em cardiologia pelo SUS, por Colegiado de Gestão Regional do DRS-XIII, no período de 1996 a 2010

<b>Variáveis</b>	<b>Ribeirão Preto<sup>1</sup></b>	<b>Sertãozinho<sup>2</sup></b>	<b>Batatais<sup>3</sup></b>
<b>população</b>			
1996	609.096	322.851	106.406
2000	678.891	341.033	114.940
2010	807.106	393.431	127.452
<b>nº de internações clínicas</b>			
1996	2.776	1.613	865
2000	2.896	1.363	836
2010	3.006	983	884
<b>nº de internações cirúrgicas</b>			
1996	541	147	75
2000	758	169	96
2010	968	317	122
<b>% população com internação clínica</b>			
1996	0,45	0,50	0,81
2000	0,43	0,40	0,73
2010	0,37	0,25	0,69
<b>% população com internação cirúrgica</b>			
1996	0,09	0,05	0,07
2000	0,12	0,05	0,08
2010	0,11	0,08	0,10
<b>proporção hab/internação clínica</b>			
1996	220	200	123
2000	235	250	137
2010	269	400	144
<b>proporção hab/internação cirúrgica</b>			
1996	1.130	2.196	1.419
2000	898	2.018	1.197
2010	836	1.241	1.045

Fonte: Departamento Regional de Saúde–XIII – Ribeirão Preto  
Ribeirão Preto<sup>1</sup> CGR Aquífero Guarani  
Sertãozinho<sup>2</sup> CGR Horizonte Verde  
Batatais<sup>3</sup> CGR Vale das Cachoeiras



Nos anos 1996, 2000 e 2010, as internações clínicas em cardiologia diminuíram apenas no CGR de Sertãozinho, as internações cirúrgicas cresceram nos três CGRs. O percentual da população com internações clínicas foi decrescente nos três CGRs. O percentual da população com internações cirúrgicas, nos mesmos anos, foi crescente nos três CGRs.

Quanto às internações clínicas, o CGR de Batatais é o que apresenta menor proporção de habitantes, no ano 1996, com uma internação clínica para cada 123 habitantes, e o CGR de Sertãozinho, no ano 2010, apresenta a maior proporção, 400 habitantes para cada internação clínica. Nos três CGRs a proporção de habitantes por internação cirúrgica diminuiu.

Nos três CGRs, no período, houve diminuição da proporção de habitantes por internações cirúrgicas, indicando que essas estão sendo mais frequentes.

Interessante também acompanhar, no período, a proporção entre os exames diagnósticos pelo SUS e o total de internações em cardiologia.

Tabela 15 – Proporção entre exames diagnósticos e total de internações em cardiologia pelo SUS, nos municípios do DRS XIII, segundo tipo de exame, no período de 1996 a 2010

Ano	Tipo de Exame					
	Eletrocardiograma	Ecocardiograma	Ergométrico	MAPA	Holter	Cateterismo
2000	6,86	1,13	0,37	0,06	0,14	0,02
2001	7,01	1,26	0,35	0,09	0,18	0,02
2002	7,08	1,26	0,34	0,10	0,13	0,01
2003	4,92	1,01	0,29	0,11	0,15	0,01
2004	4,80	0,99	0,29	0,08	0,11	0,05
2005	6,51	1,26	0,36	0,09	0,13	0,11
2006	7,37	1,33	0,37	0,11	0,14	0,10
2007	7,39	1,21	0,32	0,13	0,16	0,12
2008	12,13	1,69	0,50	0,26	0,20	0,16
2009	11,81	1,69	0,52	0,26	0,22	0,17
2010	16,51	2,04	0,58	0,29	0,23	0,21

Fonte: Departamento Regional de Saúde–XIII – Ribeirão Preto

Quando se compara a produção de exames e as internações em

cardiologia, no período, há expressivo incremento na proporção de exames para cada internação, evidenciando ampliação da atenção ambulatorial.

No período a produção de exames diagnósticos apresentou oscilação, com tendência ao crescimento, o que se intensificou a partir de 2008. A produção de internação teve crescimento entre os anos 2001 e 2004.

## 6. *DISCUSSÃO*

---

Os resultados deste estudo evidenciam expressivo crescimento da produção de exames diagnósticos, indicando aumento da oferta de procedimentos que permitem o diagnóstico precoce e o monitoramento de usuários que já manifestam problemas cardiovasculares. Destaca-se o importante crescimento da produção de eletrocardiogramas, exame de menor complexidade, que é capaz de diagnosticar/monitorar os problemas cardiovasculares mais comuns na comunidade, um indicativo de qualificação da atenção básica.

O incremento da produção de exames diagnósticos pode decorrer da expansão de estratégias que favorecem o acesso, promovendo o diagnóstico precoce de problemas que requerem atenção especializada, ou seja, aumenta a oferta de serviços de saúde que favorecem o acesso e repercute na ampliação da demanda. Ou seja, ampliar acesso dos usuários à rede de serviços de saúde aumenta a demanda e, conseqüentemente, requer adequação da oferta de atenção especializada, com a estruturação da rede de serviços para atenção aos agravos cardiovasculares.

A expansão da cobertura e acesso a serviços de saúde, representa etapa importante na construção de sistemas de saúde. A garantia do acesso é a primeira resposta que deve ser dada pelo sistema de saúde, quando da sua busca pelo usuário e requer a implantação de estruturas sólidas de gestão como o planejamento, o controle, a regulação e a avaliação da assistência.

No Brasil, a expansão de estratégias de fortalecimento da atenção primária à saúde (APS) tem melhorado o acesso à atenção integral e contínua, constituindo-se em uma plataforma para a prevenção e gestão de doenças crônicas (SCHMIDT et al, 2011).

Para Mendes (2011), a APS deve responder por mais de 85% dos problemas de saúde, disponibilizando tecnologias de alta complexidade relativas a mudanças de comportamentos e estilos de vida, enquanto em esferas de atenção secundárias e terciárias são oferecidas intervenções e procedimentos de maior densidade tecnológica, mas não mais complexas.

A articulação entre a atenção básica, de média e alta complexidade, é importante desafio a ser vencido uma vez que, no Brasil, desde a implantação do SUS, houve importante ampliação da cobertura de serviços com ênfase da oferta de atenção básica, mas as ações de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar, constituem-se em expressivo elenco de ações e procedimentos

relevantes para complementar a atenção básica, com vistas à garantia da resolubilidade e integralidade da atenção (BRASIL, 2006b). Além disso, avançar na direção da integralidade, resolubilidade e qualificação da atenção básica constitui-se em importante meta a ser atingida.

As intervenções e procedimentos realizados na atenção básica não esgotam todas as necessidades de saúde dos usuários. Nem sempre é possível, na internalidade do município, disponibilizar recursos que atendam todas as demandas de usuários.

Os resultados evidenciam que também houve crescimento na produção de exames de maior complexidade dentre eles o *holter*, o MAPA e o cateterismo cardíaco, que requerem recursos humanos, materiais e equipamentos especializados. O fato de estarem disponíveis em apenas um município da região, parece ser condição que favorece a otimização e racionalização de recursos, mas que requer articulação regional que favoreça o acesso regulado, para evitar demanda reprimida e/ou implica em restrição de acesso dos usuários.

Esses exames de maior complexidade requerem a adoção de protocolos de indicação, que são pactuados no sistema locorregional, na perspectiva de ordenar o acesso e de minimizar a realização de múltiplos exames diagnósticos sem uma adequada indicação clínica e/ou o estabelecimento de terapêutica subsequente. Cabe destacar que exames de alto custo e complexidade em cardiologia, na maioria das vezes, são realizados por prestadores privados que prestam serviços ao SUS.

Ressalta-se que a realização de exames diagnósticos favorece tanto aspectos de diagnose quanto o monitoramento de pacientes já acometidos por agravos cardiovasculares. No entanto, faz-se necessária a organização de uma rede de atenção que favoreça a integralidade. Ou seja, não basta diagnosticar, é preciso ter condições de atenção integral, situação que nem sempre é possível em municípios menores, que não dispõem da totalidade de recursos necessários. Ainda assim, é responsabilidade do município garantir o acesso dos usuários aos recursos/serviços.

Centralizar a realização de exames de maior complexidade favorece a racionalização de recursos humanos e materiais, a otimização do uso de equipamentos e materiais, em contrapartida, implica a necessidade de organizar fluxos de referência e contrarreferência que garantam o acesso aos exames e, para

o usuário, pode representar gastos com locomoção e alimentação.

A construção de redes de atenção com abrangência regional pode favorecer a integralidade, porém, esbarra em problemas que extrapolam o setor saúde.

A regionalização é estratégia importante para consolidar a descentralização da saúde, uma vez que é possível ao município atender as necessidades de saúde da população, sem, contudo, ser provedor da totalidade de serviços e ações, sendo responsável por garantir acesso aos municípios/serviços de referência em diferentes componentes do sistema de saúde.

No processo de regionalização é importante que sejam consideradas as diversas realidades dos territórios que têm desenhos bastante diferenciados, do ponto de vista de necessidades e de disponibilidade de recursos, resultando, muitas vezes, em acessos difíceis e iníquos, com comprometimento da integralidade e da humanização do atendimento.

O desafio posto reside em mapear as singularidades, avaliar as potencialidades e as fragilidades dessas realidades e, de modo cooperativo e integrador de fazer a gestão, propor soluções locorregionais que contemplem as necessidades dos usuários, viabilizando e qualificando a regionalização.

Aos serviços de atenção básica não é suficiente referenciar os usuários para serviços de maior concentração de recursos tecnológicos, é interessante pensar em alternativas de ação que possam ser desenvolvidas na atenção básica para o portador de agravos cardiovasculares. Entende-se que o desafio é criar uma rede de atenção que articule o sistema locorregional de saúde, não apenas para o diagnóstico precoce, acompanhamento e controle, mas, também, para a adoção de medidas de prevenção desses agravos e promoção de saúde, favorecendo o fortalecimento das ações na atenção básica e, em seguida, nos componentes secundário e terciário do sistema de saúde.

Interessante pensar a organização dos serviços de saúde centrada nas necessidades do usuário, na perspectiva da atenção integral e resolutive. Não basta aos municípios disponibilizar consultas especializadas e profissionais que possam solicitar exames diagnósticos adequados à condição clínica do usuário, faz-se necessário estabelecer a terapêutica indicada para cada caso, com acesso aos medicamentos e outras intervenções terapêuticas que precisam estar disponíveis nos serviços de saúde, bem como as medidas de promoção da saúde.

A proposta da rede tem como princípio estabelecer relações horizontais entre os pontos de atenção, sendo a APS o centro dessa rede, responsável pela coordenação e elaboração do plano assistencial. Os pontos de atenção à saúde são locais onde são oferecidos determinados serviços de saúde, entre eles considera-se o domicílio, as unidades básicas de saúde, unidades ambulatoriais especializadas, entre outros. Importante ressaltar que o hospital dentro desse contexto, apresenta vários pontos de atenção sendo, por exemplo, o pronto atendimento e o centro cirúrgico pontos diferentes. As outras áreas que fazem parte do sistema são a atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) e os cuidados de urgência e emergência (MENDES, 2011).

Segundo esses princípios, os níveis de atenção primário, secundário e terciário são classificados conforme sua densidade tecnológica e devem fornecer serviços de acordo com o problema de saúde apresentado, utilizando recursos necessários, seguindo um fluxo iniciado na APS, através de contratos de gestão. Cada esfera de atenção precisa ser resolutiva, ou seja, atender os casos possíveis com os recursos que dispõem, encaminhando apenas os casos que não sejam possíveis de serem solucionados naquela esfera de atenção.

Na Europa, a tendência é a constituição de redes regionais de atenção, com o fortalecimento da APS para o desempenho das funções de porta de entrada dos sistemas de saúde e coordenação da atenção especializada, bem como de reversão de modelos hospitalocêntricos encontrados em alguns países (ERSKINE, 2006).

A concepção de redes de atenção com foco nos agravos cardiovasculares requer garantia do acesso aos serviços de saúde desde a atenção básica até as intervenções de alta complexidade, realizadas em nível ambulatorial e/ou hospitalar. A expansão do acesso a serviços diagnósticos tem implicações para o cuidado do usuário, mas, também, para o próprio sistema de saúde, refletindo não apenas na adoção de medidas preventivas, de diagnóstico precoce e estabelecimento de terapêutica, mas, também, mudança no perfil de utilização dos serviços de saúde, abrangendo as dimensões vertical e horizontal da integralidade.

Entende-se a integralidade não apenas princípio constitucional, mas, para além disso, no âmbito do estabelecimento de redes de atenção, de formulação de diretrizes tanto de ordenação de serviços de saúde, quanto de abordagem do usuário de serviço de saúde, enfim um conceito que envolve o cuidado em ampla

perspectiva e repercute em aspectos políticos, organizacionais e profissionais.

A integralidade pode ser entendida a partir de diversos ângulos não excludentes entre si, mas que destacam aspectos diversos da mesma questão. A integralidade é um termo polissêmico originado do *holos* grego, cujo sentido está ligado à completude, à totalidade, à inteireza e à unidade (XAVIER, 2004). Pode ser entendida como “atendimento integral”, focando, prioritariamente, as atividades preventivas e de promoção à saúde, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Pode ainda ser tomada como a articulação entre promoção, prevenção, recuperação e restauração da saúde, que são postas para a realização do cuidado em saúde, por meio de ações que se estruturam em um mesmo espaço, com a constituição de saberes e de ações que se articulam. A integralidade tem forte matiz ideológico que permeia a abordagem do processo saúde/doença em sua determinação histórico-social e tem como objeto do trabalho, em saúde, o ser cuidado e a finalidade de atender as necessidades de saúde (SILVA et al, 2006).

Assim, a integralidade em sua dimensão horizontal implica na atuação decisiva dos gestores, enquanto a integralidade vertical requer os saberes técnicos e as práticas dos diferentes profissionais que atuam diretamente no cuidado em saúde. Em última análise, a integralidade vertical prescinde de elementos da integralidade horizontal para se concretizar, sendo verdadeira a recíproca.

A discussão sobre as possibilidades da integralidade e a estruturação de redes de atenção à saúde tem crescido como potencialidade para qualificar o SUS, favorecendo a sua sustentabilidade. Entretanto, em relação aos agravos cardiovasculares, apesar de estarem em estruturação na rede de atenção às condições crônicas, permanece vigente a normalização ministerial acerca de atenção de alta complexidade em cardiologia.

Em 2004, o Ministério da Saúde do Brasil instituiu a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade. Tal Política se operacionaliza, em todo território nacional, por meio da organização e implantação de redes regionalizadas de atenção cardiovascular, com vistas a oferecer condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada e humanizada a portadores de patologias cardiovasculares, bem como desenvolver forte articulação e integração com o sistema local e regional de atenção à saúde (BRASIL, 2004).

Merece destaque o fato de permanecer vigente o enfoque para atenção



cardiovascular com ênfase no atendimento especializado, de alta complexidade, em uma lógica que não privilegia a integralidade da atenção, não valorizando ações preventivas, de diagnóstico precoce e monitoramento de usuários já acometidos por problemas cardiovasculares. Embora não seja o foco deste estudo, é preciso considerar, dentre outras, as implicações econômicas vinculadas à atenção aos agravos cardiovasculares, na ótica de disputas entre interesses públicos e privados, de serviços de saúde, profissionais, indústria farmacêutica e de equipamentos, que nem sempre tem como centralidade o usuário e a sustentabilidade do sistema de saúde.

A comparação entre a produção de exames diagnósticos e o total de internações evidencia, no período, incremento da produção de exames em relação às internações. Trata-se de situação que permite inferir que os usuários estão sendo atendidos mais frequentemente em nível ambulatorial. Cabe o desenvolvimento de novas investigações para a verificação do enfoque desse atendimento ambulatorial, se apenas na diagnose e terapia, ou se está havendo ampliação de intervenções de promoção de saúde e prevenção de doenças.

Interessante destacar que entre 1996 e 1997 houve diminuição de internações em todos os CGR, tal situação pode, em parte, decorrer do intenso movimento de mudança na modalidade de gestão do conjunto de municípios na área de abrangência da DRS-XIII.

A NOB-93, dentre outras, previa a modalidade de gestão semi-plena, segundo a qual os municípios tornavam-se responsáveis pela gestão e gerência do sistema de saúde em âmbito local, recebendo repasses financeiros diretos do nível federal/estadual, administrando contratos/convênios com prestadores de serviços de saúde, além da criação dos setores de avaliação e controle, com a finalidade de credenciar, acompanhar e controlar o faturamento assim como avaliar o desempenho/produção dos serviços. Acredita-se que inicialmente a ampliação no uso de mecanismos de controle de produção pode ter acarretado diminuição no número de internações.

Ribeirão Preto é o município que concentra hospitais de maior complexidade e maior número de leitos, situação que pode justificar porquê a maioria de internações clínicas ocorre no CGR de Ribeirão Preto. Entretanto, é importante analisar a tipologia de recursos necessários para a diagnose e a terapia nos casos clínicos, de modo a organizar uma rede de atenção que possa ter

atendimento resolutivo e adequado nos outros CGRs, evitando a concentração de recursos e de demanda em um único município.

A análise da relação entre população, internações clínicas e cirúrgicas, evidencia que na região houve diminuição das internações clínicas e incremento das internações cirúrgicas. Vale ressaltar que o atendimento cirúrgico destina-se a pacientes cujo quadro clínico não responde adequadamente à terapêutica medicamentosa e/ou aos quadros clínicos de tratamento exclusivamente cirúrgico e que são atendidos no âmbito do hospital.

Muitos casos de internação clínica, à medida que passam a contar com atenção ambulatorial especializada e resolutiva, diminuem a necessidade de internação. Por outro lado, há que se monitorar a atenção hospitalar para evitar a seleção da demanda por internações, uma vez que, de modo geral, as internações cirúrgicas são mais bem remuneradas que as internações clínicas.

Interessante destacar que, ao mencionar a adequação de serviços ambulatoriais e internações clínicas, fala-se sob perspectiva ampliada de integralidade da atenção, não apenas de acesso a um maior número de consultas ou exames diagnósticos e medicamentos; refere-se às ações desenvolvidas pela atenção básica em seu território, bem como aos componentes secundário e terciário do sistema, de modo articulado, com vistas ao diagnóstico precoce, seguimento e controle adequados, agregando estratégias de prevenção destas doenças e de promoção da saúde.

Na análise de internações cirúrgicas por ano, chama a atenção o CGR de Sertãozinho, cuja produção, embora oscile, cresceu no período, situação que contrasta com as internações clínicas, cujo percentual diminuiu no mesmo período. Tal fato remete a diferentes hipóteses acerca da demanda, da oferta de serviços, da reorganização de serviços de saúde na perspectiva de incorporar procedimentos de maior densidade tecnológica.

Entende-se que os procedimentos cirúrgicos requerem infraestrutura (área física, recursos humanos, materiais e tecnológicos) específica da atenção hospitalar, que não está disponível em outros serviços que compõem o sistema de saúde. Assim, pode-se levantar duas hipóteses acerca do aumento da demanda para esses procedimentos: os serviços de atenção ambulatorial e de internação clínica estão funcionando tão adequadamente que captam precocemente usuários que precisam de intervenções cirúrgicas; os serviços de atenção ambulatorial e de internação

clínica não estão funcionando adequadamente, o que leva ao agravamento dos casos com conseqüente necessidade de indicação de procedimentos cirúrgicos.

Quanto ao incremento da demanda, uma possibilidade refere-se as modificações no perfil epidemiológico. Entretanto, estas alterações, no caso de doenças crônicas não transmissíveis são graduais e não tão intensas quanto ao incremento de internações observado no período e, ainda hoje, no Brasil, há limitações no acompanhamento da morbidade por doenças crônicas não transmissíveis, uma vez que os sistemas de informação relacionados a esses agravos ainda são incipientes.

A análise da proporção de habitantes por internação pode levar ao questionamento acerca da oferta de leitos clínicos nos hospitais, dos critérios e protocolos estabelecidos ou não para internações clínicas, a ocorrência de demanda reprimida, a existência de serviços de pronto atendimento e prontos-socorros que possam atender casos clínicos de relativa complexidade sem a necessidade de internação.

Na Europa, a diminuição e racionalização das internações hospitalares expressa a ideia de redes de atenção à saúde, uma vez que envolve não apenas o próprio hospital, mas também a APS, os cuidados especializados secundários e a atenção hospitalar. O centro dessa mudança está na expansão do escopo das ações da atenção primária à saúde, em função do desenvolvimento de tecnologias de menor densidade e com preços relativamente menores (EDWARDS, HENSHER, WERNEKE;1998).

Na organização de sistemas de saúde, é indiscutível a importância dos hospitais, seja pelo tipo de serviços ofertados e respectiva densidade tecnológica, seja pelo considerável aporte de recursos humanos e materiais consumidos. A constituição histórica de um modelo de organização de sistema de saúde hospitalocêntrico reforça a supervalorização da unidade hospitalar enquanto espaço de produção de conhecimentos e de prática de ações de saúde. Somado a isso, o atendimento a pessoas gravemente enfermas dá maior visibilidade a essas instituições, inclusive sob a perspectiva dos usuários. Entretanto, sistematicamente, vem sendo redefinido o papel dos hospitais nos sistemas de saúde (LEMOS;CHAVES, 2011).

Os hospitais, como integrantes da RAS, desempenham funções diferentes que na concepção do sistema de saúde organizado de forma fragmentada, uma vez

que estão inseridos em uma poliarquia (MENDES, 2011). Assim, o hospital deve inserir-se de forma diferente no sistema de saúde, sendo parte integrante de uma malha de cuidados que visa a continuidade da assistência, uma vez que o usuário portador de uma condição crônica transita entre as diferentes esferas de atenção.

Dentro da lógica da RAS, aos hospitais cabem a resolução sobre as condições agudas ou aos momentos de agudização dessas. A densidade tecnológica desses serviços deve ser compatível e com vistas à manutenção da qualidade, sendo de fundamental importância a adequada gestão de meios (recursos humanos, materiais e financeiros), investimentos na introdução de tecnologias de gestão da clínica, através da implantação de diretrizes clínicas com base em evidências (MENDES, 2011).

Importante realçar que, embora muito pertinente e aceitável uma reordenação do papel do hospital no sistema de saúde, da estruturação de RAS, de abordagem humanizada e integral ao usuário do serviço de saúde, ainda é forte no “SUS concreto” a lógica hierarquizada de serviços de saúde, cuja centralidade ainda não está no usuário. Trata-se de uma importante mudança de paradigma que requer investimento em articulações políticas, no campo da gestão e da atenção, de gestores, trabalhadores da saúde e usuários, que envolve disputas e interesses.

A atenção aos agravos cardiovasculares diz respeito a um grupo de ações de grande cobertura assistencial, requer ênfase na integralidade, uma vez que implica diferentes serviços de saúde com foco desde a promoção de saúde, prevenção e recuperação dos agravos, com abordagem ampliada das dimensões biopsicossociais do usuário.

Cabe destacar que as doenças cardiovasculares apresentam expressivos índices de mortalidade e morbidade no contexto da saúde mundial, representam grave problema de saúde pública, tanto para países desenvolvidos como para aqueles em desenvolvimento. Na América Latina, cerca de 31% de todas as mortes são atribuíveis à doença cardiovascular e é esperado que o índice se eleve para 38% em 2020 (GAZIANO, 2006). No Brasil, em 2005, as principais causas de morte foram em primeiro lugar às doenças do aparelho circulatório, em segundo lugar as neoplasias e, em terceiro lugar as causas externas, havendo variações segundo a faixa etária, gênero e regiões do país (BRASIL, 2008).

Uma análise recente das doenças cardiovasculares, em nível mundial, revela as crescentes desigualdades nos casos e mortes por doenças

cardiovasculares. Em 2008, no mundo, mais de 17 milhões de pessoas morreram por doenças cardiovasculares, sendo que 82% dos óbitos ocorreram em países de baixa e média renda. Mais de três milhões de mortes ocorreram em indivíduos menores de 60 anos de idade, sendo que muitas poderiam ter sido evitadas com a modificação de hábitos de risco (consumo de tabaco, alimentação inadequada, falta de atividade física, consumo excessivo de álcool), bem como com a adoção de estratégias que favorecem a promoção de saúde e prevenção de doenças como, por exemplo, o fortalecimento da atenção primária (WHO, 2010).

Na Região das Américas ocorrem 3,9 milhões de mortes anualmente, sendo que 75% do total de mortes na Região decorrem de agravos cardiovasculares. Nos Estados Unidos uma em cada cinco pessoas apresenta uma doença crônica não transmissível, incluindo os agravos cardiovasculares e, a previsão do aumento para toda a América é de 42,4% até o ano 2030, caso o aumento do número de casos continue na proporção atual (OPAS, 2011).

Em muitos países de baixa e média renda, os cuidados aos agravos cardiovasculares estão sendo focados no hospital, aos tratamentos agudos, sendo uma abordagem muito cara e que não contribui para a redução das taxas dessas doenças, uma vez que, quando o paciente apresenta um quadro agudo, é pouco possível adotar medidas preventivas, evitando o adoecimento desse indivíduo. Diante dessa problemática, os países desenvolvidos têm enfatizado suas ações sobre a prevenção e acompanhamento dos tratamentos cardiovasculares, o que tem levado à redução nas taxas de mortalidade, enquanto nos países de média e baixa renda as taxas de sobrevivência continuam sendo muito baixas (WHO, 2010).

A adoção de medidas amplas de controle e de prevenção tem sido preocupação internacional. O avanço dos agravos cardiovasculares é uma das maiores ameaças da atualidade devido ao seu impacto, sobrecarregando os serviços de saúde e enfraquecendo as economias em desenvolvimento (OPAS, 2011).

A realidade atual e a perspectiva é que os agravos cardiovasculares representem expressiva parcela da atenção à saúde nos próximos anos, justifica a necessidade de organizar o sistema locorregional de saúde para ações que contemplem desde a promoção de saúde, prevenção das doenças, diagnóstico precoce, tratamento ambulatorial e hospitalar, bem como o seguimento de casos.

Assim, a perspectiva ampliada da atenção aos agravos cardiovasculares evidencia a relevância da integralidade tanto do ponto de vista de

gestão/organização de serviços de saúde quanto da abordagem ao usuário. Tal perspectiva requer a organização de serviços de saúde na proposta de redes de atenção à saúde e não na lógica de serviços hierarquizados, concepção essa ainda muito presente e forte no SUS. Mais que isso, requer o fortalecimento da APS como possibilidade de favorecer o acesso e disponibilizar atenção qualificada, centrada no sujeito, em uma abordagem acolhedora e humanizada, que favoreça o desenvolvimento de ações resolutivas de promoção de saúde, prevenção, diagnóstico precoce e terapêutica aos agravos cardiovasculares.

Nesse sentido, a utilização de traçadores mostra-se como estratégia metodológica adequada para a avaliação da articulação dos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde. A utilização de traçadores pode ser entendida como abordagem útil à avaliação em saúde, uma vez que favorece a análise horizontal do atendimento (TANAKA, ESPÍRITO SANTO; 2008).

Reconhecida como um componente da gestão em saúde, a avaliação pode contribuir para a tomada de decisão mais objetiva, confirmando e/ou redirecionando as intervenções e práticas de saúde, dentro de um contexto político, econômico, social, cultural e profissional. Tem potencial para qualificar a tomada de decisão em diferentes esferas, à medida que, baseada em evidências, pode reduzir o grau de incertezas que perpassa os processos decisórios.

Apesar do empenho do Ministério da Saúde na indução de uma cultura avaliativa nas esferas municipal, estadual e federal de governo do SUS, e além da colocação do tema da avaliação na agenda, o desafio posto reside em observar os resultados dos esforços empreendidos, se produzem elementos capazes de subsidiar as políticas de saúde, o planejamento local, enfim, os processos decisórios em direção a um sistema de saúde de melhor qualidade e capaz de dar respostas às necessidades de saúde da população (SANTOS et al, 2010).

Recentemente, com a publicação do Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, em especial o Art. 35, definiu-se, de fato e com amparo legal, a institucionalização da avaliação, que será implementada por meio do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, o qual definirá as responsabilidades dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011). Nessa perspectiva, a

avaliação em saúde constitui-se em demanda emergente e imprescindível no SUS.

No processo de gestão, particularmente no que diz respeito à produção de serviços de saúde, pressupõe-se objetivos para além da execução de mecanismos de controle de demanda, ou seja, esperam-se processos de avaliação aprimorados que levem em conta o perfil sociodemográfico e epidemiológico da população, a capacidade e as condições técnico-operacionais dos serviços de saúde, sejam eles próprios, conveniados ou contratados, a qualificação de seus profissionais, dentre outros. Nessa perspectiva, o uso de sistemas de informações contribui para coletar, armazenar, organizar, avaliar e disponibilizar dados relevantes acerca das interações (LEMOS et al, 2011).

Embora existam críticas, no Brasil, a abrangência e a diversidade de sistemas de informação disponibilizados pelo DATASUS constitui-se em importante fonte de dados acerca do sistema de saúde, abrangendo dados que, analisados isolada ou articuladamente, possibilitam a caracterização demográfica, epidemiológica e assistencial, favorecendo o desenvolvimento de processos de avaliação que favorecem o aprimoramento do sistema de saúde.

Sistemas de informação em saúde, implantados por longos períodos de tempo, favorecem o desenvolvimento de investigações que façam análise de séries temporais, permitindo caracterizar o evento em longo prazo, as flutuações sazonais, a implantação de estratégias de atenção à saúde e as variações decorrentes de mudanças na gestão. Por outro lado, é frequente a ocorrência de mudanças na nomenclatura de determinados procedimentos ou na forma de agrupamento desses ao longo do tempo. Para a análise de séries históricas é necessária a clara identificação dos procedimentos, as modificações na nomenclatura e no agrupamento de procedimentos, no decorrer do tempo, para possibilitar adequada interpretação dos dados coletados.

Em relação aos procedimentos de análise dos dados quantitativos, o uso de dados secundários requer a construção de possibilidades que favoreçam interpretar os possíveis significados de um número, porcentagem ou razão na perspectiva de sistema de saúde. É preciso selecionar condições de contexto para análise, quais sejam, a variação da base populacional, padrão de morbimortalidade, ocorrência de catástrofes/acidentes, modificações no padrão de oferta de serviços de saúde, dentre outros. Assim, a análise das tendências na produção dos procedimentos permite comparar o nível de variação da oferta de serviços e a

consequente resposta institucional para as demandas que emergem.

A utilização de dados secundários de produção de serviços de saúde (no caso, dos sistemas de informação em saúde acerca da produção de exames diagnósticos e internações, em cardiologia, pelo SUS) requer dinâmica de análise diferenciada que permita compreender possíveis interfaces entre os dados e possa dar significado aos achados, bem como indicativos e possibilidades de outras formas de interpretar os números absolutos e porcentagens que se apresentam.

Enfim, a avaliação é um componente da gestão cujos resultados podem contribuir para a tomada de decisão mais objetiva, possibilita a melhoria das intervenções de saúde e a reorganização das práticas de saúde, dentro de um contexto político, econômico, social e profissional. Trata-se de desafio envidar esforços para a institucionalização da avaliação enquanto possibilidade de favorecer a participação ampliada e efetiva no processo de tomada de decisão. É uma área de aplicação de conhecimentos que tem potência para mudar o panorama atual da inserção do enfermeiro na área de gestão de sistemas de saúde.

A Enfermagem insere-se no contexto dos programas e serviços de saúde, portanto, incorporar a avaliação possibilita monitorar a qualidade, acompanhar os efeitos das intervenções, identificar e corrigir problemas, com isso retroalimentar a equipe de enfermagem, gestores e comunidades, fortalecendo a imagem da profissão na sociedade. A avaliação proporciona um momento de interação multiprofissional no trabalho em equipe, contribuindo para fornecer visibilidade ao caráter interdisciplinar dos objetos de trabalho em saúde (SANTOS et al, 2010).

O enfermeiro tem participado da implantação e da manutenção de políticas de saúde, entretanto, entende-se que esse profissional tem condições e formação para assumir posição diferenciada na gestão de sistemas de saúde. A avaliação em saúde pode subsidiar o enfermeiro na tomada de decisão e na proposição de políticas de saúde, tendo como compromisso o cuidado ampliado ao usuário. Faz-se presente o desafio de consolidar a sua participação em níveis decisórios, nos espaços de gestão.



## *7. CONSIDERAÇÕES FINAIS*

---

Muitos autores conceituam avaliação em saúde, cada qual com enfoque diferenciado, no entanto, a ideia de conhecer determinado objeto para estabelecer juízo de valor e favorecer a tomada de decisão permeia boa parte dos conceitos. Cabe realçar que o julgamento sobre o valor do objeto pressupõe a visão de mundo do avaliador, a posição do objeto avaliado e o contexto em que a avaliação ocorre, ou seja, a avaliação tem um viés de subjetividade ainda que esse seja controlado e/ou minimizado. Nesse sentido, torna-se ainda mais relevante, nas avaliações, adotar uma proposta metodológica criteriosa que garanta o rigor necessário desde a concepção do projeto até a aplicação de técnicas de análise e disseminação de resultados.

A avaliação da produção de exames diagnósticos e internações em cardiologia, na área de abrangência do DRS-XIII, utilizando agravos cardiovasculares como condição traçadora evidenciou articulação entre os níveis de atenção no sistema regional de saúde. Tal situação permite inferir que, nesse cenário regional, a atenção à saúde é ofertada em uma perspectiva que favorece a integralidade, entendida em sua dimensão horizontal.

No período, no sistema regional de saúde à atenção cardiovascular:

- a produção de exames diagnósticos apresentou oscilação, com tendência a crescimento que se intensificou a partir de 2008, enquanto a produção de internações apresentou incremento menor. A produção de todos os exames diagnósticos foi crescente, desde o de menor complexidade – eletrocardiograma até o cateterismo cardíaco, que é de alto custo/complexidade;
- as internações clínicas tiveram incremento nos anos 2003, 2004 e 2009, ocorrendo declínio nos anos subsequentes; as internações cirúrgicas apresentaram tendência ao crescimento ao longo do período;
- houve diminuição do percentual da população com internações clínicas e crescimento percentual da população com internações cirúrgicas;
- a proporção entre a produção de exames diagnósticos e o total de internações evidencia, no período, incremento da produção de exames em relação às internações.

Os resultados deste estudo evidenciam, para atenção aos agravos cardiovasculares, em nível regional, a ampliação da produção de exames

diagnósticos, bem como o incremento na proporção entre exames diagnósticos e internações hospitalares, refletindo a disponibilidade de recursos em diferentes serviços de saúde.

A atenção ambulatorial abrange expressivo contingente de usuários com agravos cardiovasculares, no entanto, nem todas as demandas e necessidades desses usuários podem ser atendidas nessa modalidade de serviço de saúde, sendo necessário o suporte de atenção hospitalar, tanto para casos de urgências quanto eletivos, em internações clínicas e cirúrgicas na especialidade de cardiologia.

Agravos cardiovasculares são um problema mundial que requerem acesso à assistência integral. Nos diferentes países, os sistemas de saúde nem sempre favorecem a universalidade, criando cenários de cidadãos excluídos da atenção. Embora ainda em consolidação, experiências exitosas do sistema de saúde brasileiro podem trazer subsídios para o contexto de sistema de saúde de outros países, particularmente no tocante à organização de sistemas regionais de saúde, sob a ótica do melhor uso dos recursos, com vistas a atingir a integralidade da atenção.

O conceito de integralidade remete à ideia de rede de atenção, articulação de serviços e, nesse cenário, a regionalização da saúde favorece a organização das ações e serviços de saúde, em uma dada área, visando promover a integralidade da atenção, a racionalização dos gastos, a otimização dos recursos e a equidade, na perspectiva da universalidade. Entretanto, ainda é um desafio organizar o sistema de saúde na conformação de redes de atenção uma vez que a ideia de organização hierarquizada ainda é muito presente.

Esse estudo traz como contribuições o estabelecimento de parâmetros assistenciais em atenção ambulatorial e hospitalar em cardiologia, que pode subsidiar organização de sistemas de saúde, bem como possibilita ao enfermeiro reordenar recursos humanos e materiais para atenção nessa especialidade, além de estabelecer parâmetros de comparação para outros estudos avaliativos. Estudos dessa natureza instrumentalizam o enfermeiro para assumir posições decisórias e de proposição políticas de saúde, ampliando sua participação nos sistemas de saúde.

A avaliação em saúde pode ser considerada parte do trabalho gerencial, subsidiando o enfermeiro no processo de tomada de decisão, tanto nos aspectos relativos à produção de conhecimentos e evidências que qualifiquem a prática

quanto no aspecto de qualificar a gestão de serviços e sistemas de saúde.

Os resultados deste estudo permitiram identificar outros aspectos sobre a temática que podem ser explorados e requerem a apropriação de outros enfoques metodológicos, que favoreçam avaliar a integralidade em sua dimensão vertical, em uma perspectiva de avanço na abordagem centrada no indivíduo, que considere aspectos de acolhimento, humanização, estabelecimento de vínculos, dentre outros. Cabe destacar que está em fase inicial de desenvolvimento um projeto de pesquisa tendo como foco as condições de acesso e utilização dos serviços disponibilizados para atenção cardiovascular, uma vez que a ampliação da oferta de serviços, necessariamente não implica em garantia e viabilidade de acesso aos cidadãos, nem em qualificação da atenção. Assim, em projeto de pesquisa avaliativa com abordagem qualitativa em fase inicial de execução, pretende-se avaliar a integralidade da atenção aos agravos cardiovasculares na perspectiva de usuários e gestores de serviços de saúde.

Para finalizar, ressalta-se que o uso da condição traçadora e de dados quantitativos apresentam-se como estratégia metodológica viável e adequada para a avaliação da integralidade, em sua dimensão horizontal, no sistema regional de saúde.

Esta pesquisa apresenta a avaliação da integralidade da atenção em sistema regional de saúde sob um enfoque específico, sem, contudo, esgotar todas as possibilidades e perspectivas de abordagem dessa temática no cenário regional. Acreditando que a saúde e a organização de sistemas de saúde dizem respeito a uma construção social e coletiva, faz-se presente o desafio de, a partir das contribuições deste estudo, avançar em aspectos relevantes para a qualificação da atenção em saúde, tendo como centralidade o usuário.

## *REFERÊNCIAS*

---

- ALMEIDA, P.F. **O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços em saúde mental**: um estudo de caso do Centro de Atenção Psicossocial Rubens Correa/RJ. Rio de Janeiro, RJ: Escola Nacional de Saúde Pública, 2002.
- AZAMBUJA, M.I.R.; FOPPA, M.; MARANHÃO, M.C.; ACHUTTI, A.C. Impacto econômico dos casos de doença cardiovascular grave no Brasil: uma estimativa baseada em dados secundários. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 91, n. 3, p. 163-171, 2008.
- BARATA, L. R. B.; TANAKA, O. Y.; MENDES, J. D. V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 15-24, 2004.
- BOMBARDIA, F. P. **Regulação do acesso na assistência de alta complexidade em cardiologia - limites e possibilidades na gestão do SUS**. 2008. 104 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, 2008.
- BOTTARI, C. M. S.; VASCONCELOS, M. M.; MENDONÇA, M. H. M. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 111-122, 2008.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2007. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec\\_progtores\\_livro9.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progtores_livro9.pdf)>. Acesso em: 15 ago. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**: residentes por município, 2012. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 17 jan. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. (Cadernos de atenção básica; 14).
- BRASIL. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação Médica das Urgências**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual%20de%20Regulacao%20Medica%20das%20Urgencias.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 4.279/2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF: 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf)>. Acesso em: 15 ago. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Perfil de Mortalidade do brasileiro**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. (Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde). Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/coletiva\\_saude\\_061008.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/coletiva_saude_061008.pdf)>. Acesso em: 15 maio 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 148 p.

BRASIL. Portaria Nº 1169/GM, de 15 de junho de 2004. **Institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, e dá outras providências**. [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria\\_1169\\_ac.htm](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1169_ac.htm)>. Acesso em 9 set. 2011.

BRITO-SILVA, K.; BEZERRA, A. F. B.; TANAKA, O. Y. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 249-260, 2012

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 1, p. 63-69, 2005.

CARVALHO, G. Os governos trincam e truncam o conceito da integralidade. **Radis – comunicação em saúde**, Rio de Janeiro, n. 49, 2006.

CHAVES, L. D. P. **Produção de internações nos hospitais sob gestão municipal em Ribeirão Preto, 1996-2003**. 2005. 159 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

COLEMAN, C. F.; WAGNER, E. Mejora de la atención primaria a pacientes con condiciones crónicas: el modelo de atención a crónicos. In: BENGHOA, R.; NUÑO, R. S. **Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas**: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier España, 2008. p. 15.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 20, n. 5, p. 1417-23, 2004.

CONILL, E. M. Sobre a importância da parcimônia, do diálogo e da continuidade para a institucionalização da avaliação da atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2006. Disponível em

<<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=63011303>>. Acesso em: 20 ago. 2009.

CONTANDRIOPOULOS A. P.; CHAMPAGNE F.; DENIS J. L.; PINEAULT R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ Z. A. M. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na implantação de programas**. 3a. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 29–46.

CONTANDRIOPOULOS A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

EDWARDS, N.; HENSHER, M; WEWRNEKE, U. Changing hospital systems. In: SALTMAN, R. B.; FIGUERAS, J., SAKELLARIDES, C. (Editors) **Critical challenges for health care reform in Europe**. Buckingham: Open University Press, 1998.

ERSKINE, J. **Future vision of regional healthcare**. European Union: Network for future regional healthcare, 2006.

FERREIRA, J. B. B. et al. O processo de descentralização e regionalização da saúde no estado de São Paulo In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D'A. (Orgs.) **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Hucitec Editora, 2011, p. 731-758.

FREITAS, G. F.; FUGULIN, F. M. T.; FERNANDES, M. F. P. A regulação das relações de trabalho e o gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 434-438, 2006.

GAZIANO, J. M. Ônus Global da Doença cardiovascular. In: ZIPES, D. P.; LIBBY, P.; BONOW, R. O. (Eds.). **Braunwald - Tratado de doenças cardiovasculares**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. p. 1-19.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULUS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 331-336, 2004.

KESSNER, D. M.; et al. **Infant Death: an Analysis Of Maternal Risk And Health Care**. Washington DC: Institute of Medicine, National Academy of Sciences, 1973.

KESSNER, D. M.; KALK, C. E.; SINGER, J.; WHITE, K. L. (Editors). **Evaluación de la calidad de la salud por el método de los procesos trazadores** / Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 1992. p. 555-563. (OPS. Publicación Científica, 534).

KURCGANT P. **Gerenciamento em enfermagem**. 2a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 196 p.

LEATT, P.; PINK, G.; GUERRIERE, M. Towards a Canadian model of integrated healthcare. **Health. Pap.**, v. 1, n. 2, p. 13-55, 2000.



LEMOS, C.; JESUS, B. J.; FERREIRA, J. B. B.; CHAVES, L. D. P. Procedimentos cirúrgicos nas internações em hospitais do Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto-SP **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 13, n. 3, p. 508-520, 2011. <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n3/v13n3a17.htm>. Acesso em: 06 ago.2012.

LEMOS, C.; CHAVES, L. D. P. Produção de internações hospitalares, no sistema único de saúde, na região de Ribeirão Preto, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 727-735, 2011.

LORENZO, S. M.; KEENOY, E. M.; GASPAR, O. S. **Situación actual y futuro de la atención primaria**. Informes SESPAS 2002: invertir para la salud. Prioridades en salud pública, 2002. Valencia: Generalitat Valenciana, 2002, p. 395-438.

MALVAREZ S. El reto de cuidar en un mundo globalizado. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 520-530, 2007.

MELO, C. M. M.; SANTOS, T. A. A participação política de enfermeiras na gestão do Sistema Único de Saúde em nível municipal. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 426-432, 2007.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: <[http://telessaude.bvs.br/tiki-read\\_article.php?articleId=333](http://telessaude.bvs.br/tiki-read_article.php?articleId=333)>. Acesso em: 09 set. 2012.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2005. 244p.

MOTTA, P. R. **Gestão Contemporânea**: A Ciência e a Arte de Ser Dirigente. Rio de Janeiro, RJ: Editora Record, 1991.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, DF: OMS, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Prevenção de doenças crônicas**: um investimento vital. Brasília, DF: OMS/OPAS, 2005.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Saúde nas Américas**. Brasília, DF: OPAS, 2007. (v. 1 – Regional).

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, OPAS. **Enfermedades no transmissíveis em Iãs Américas**: construyamos un futuro más saludable. OPAS, 2011.

PAIM, J. N. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2010. 148 p.

PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND, Jr M.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo, SP: Hucitec; 2006. p. 767-82.

PENNA, M. L. F. Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. (Org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, 1995.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2002.

PICOLO, G. D.; CHAVES, L. D. P.; AZEVEDO, A. L. C. S. A produção científica sobre avaliação em serviços de internação hospitalar no Brasil: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 2, p. 395-402, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a22.htm>>. Acesso em: 18 abr. 2011.

PINHO, L. B.; KANTORSKY, L. P.; SAEKY, T.; DUARTE, M. L. C.; SOUZA, J. A. Integralidade do cuidado em saúde; um resgate de parte da produção científica na área. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 9, n. 3, p. 835-846, 2007.

ROSA, T. E. C. et al. Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 158-171, 2009.

SANTOS, T. M. M. G. et al. Tendências da produção científica sobre avaliação em saúde no Brasil. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 171-179, 2010.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, Philadelphia, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011. doi:10.1016/S0140-6736(11)60135-9

SILVA, A. G. et al. Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuição da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro, RJ: CEPESC, 2006.

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, M.A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz; 2010. p. 15-39.

SOUZA, M. K. B.; MELO, C. M. M. Atuação de Enfermeiras nas Macrofunções Gestoras em Saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 198-202, 2009.

SPAGNOL, C. A. (Re)pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 119-127, 2005.

TANAKA, O. Y.; ESPIRITO SANTO, A. C. G. Avaliação da qualidade da atenção básica utilizando a doença respiratória da infância como traçador, em um distrito sanitário do município de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 8, n. 3, p. 325-332, 2008.

TANAKA, O. Y.; MELO C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente**: um modo de fazer. São Paulo, SP: EDUSP, 2001.

TANAKA, O. Y.; OLIVEIRA, V. E. Reforma(s) e estruturação do sistema de saúde britânico: lições para o SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 7-17, 2007.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

XAVIER, C.; GUIMARÃES, K. Uma Semiótica da Integralidade, o signo da integralidade e o papel da comunicação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/UERJ-IMS: ABRASCO, 2004. p. 133-155.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global atlas on cardiovascular disease prevention and control 2011**. Genebra: World Health Organization: 2010.

WORTHEN, B.R.; SANDERS, J. S.; FITZPATRICK, J. L. **Avaliação de Programas**: concepções e práticas. São Paulo, SP: EDUSP, 2004. 730p.



**APÊNDICE A - Instrumento para coleta de dados**

Planilha para coleta dos procedimentos ambulatoriais e de internação.

Ano	Procedimentos	
	Exame/ quantidade	Exame/ quantidade
1996		
1997		
(para cada ano haverá uma linha)		
2010		
<b>TOTAL GERAL</b>		
<b>MÉDIA</b>		





Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo  
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para  
o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil  
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 010/2010

Ribeirão Preto, 11 de fevereiro de 2010.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 125ª Reunião Ordinária, realizada em 10 de fevereiro de 2010.

**Protocolo:** nº 1116/2010

**Projeto:** AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DA ATENÇÃO AOS AGRAVOS CARDIOVASCULARES COMO TRAÇADOR DO PRINCÍPIO DE INTEGRALIDADE.

**Pesquisador:** Lucieli Dias Pedreschi Chaves

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

**Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento**  
Coordenadora do CEP-EERP/USP

**Ilma. Sra.**

**Profª. Drª. Lucieli Dias Pedreschi Chaves**  
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

## FICHA CATALOGRÁFICA

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo da Publicação  
Serviço de Documentação de Enfermagem  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto  
Universidade de São Paulo

Chaves, Lucieli Dias Pedreschi

**Integralidade da atenção aos agravos  
cardiovasculares: avaliação regional**

96p: il., 30 cm

Tese de Livre-docência apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

1. Avaliação em saúde. 2. Gestão em saúde. 3. Assistência Integral à Saúde. 4. Enfermagem.