



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO EM SAÚDE

RAUL TOMÉ DE SOUSA FILHO

DESENVOLVIMENTO DE MODELO DE CÂMARA DE COMPENSAÇÃO PARA
MINIMIZAR DESEQUILÍBRIOS FINANCEIROS NA MÉDIA E ALTA
COMPLEXIDADE

FORTALEZA-CEARÁ

2018

RAUL TOMÉ DE SOUSA FILHO

DESENVOLVIMENTO DE MODELO DE CÂMARA DE COMPENSAÇÃO PARA
MINIMIZAR DESEQUILÍBRIOS FINANCEIROS NA MÉDIA E ALTA
COMPLEXIDADE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio.

FORTALEZA-CEARÁ

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Sousa Filho, Raul Tomé de .

Desenvolvimento de modelo de câmara de compensação para minimizar desequilíbrios financeiros na média e alta complexidade [recurso eletrônico] / Raul Tomé de Sousa Filho. ? 2018.

1 CD-ROM: il.; 4 ? pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 58 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) ? Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Gestão em Saúde, Fortaleza, 2018.

Orientação: Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio..

1. Compensação e reparação. 2. Simulação por computador. 3. Programação. I. Título.

RAUL TOMÉ DE SOUSA FILHO

DESENVOLVIMENTO DE MODELO DE CÂMARA DE COMPENSAÇÃO PARA
MINIMIZAR DESEQUILÍBRIOS FINANCEIROS NA MÉDIA E ALTA
COMPLEXIDADE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Gestão em Saúde. Área de concentração: Gestão em Saúde Coletiva.

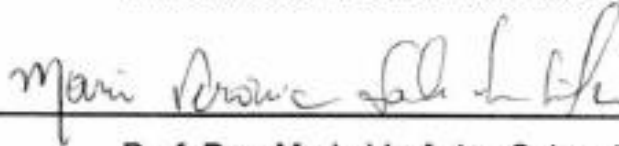
Aprovada em: 30 de Novembro de 2018.

BANCA EXAMINADORA



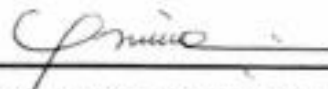
Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio (Orientador)

Universidade Estadual do Ceará - UECE



Prof. Dra. Maria Verônica Sales da Silva

Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP/CE



Prof. Dra. Maria Helena Lima Sousa

Universidade Estadual do Ceará – UECE

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Doutor José Jackson Coelho Sampaio, orientador no mais amplo espectro de sentidos que essa palavra possa trazer, minha gratidão não existe apenas pelos ensinamentos referentes a esse trabalho, mas sim de vários aspectos da vida pessoal e profissional. Considero-lhe, além de um excelente professor, um grande amigo.

Desejo agradecer igualmente a todos os demais professores do Mestrado, cada um contribuiu grandemente para formação de novos conhecimentos e lapidação dos previamente existentes. Cada um desempenhou seu papel com destreza e brilhantismo memoráveis. Dentre estes destaco a Professora Doutora Maria Salete Bessa Jorge, sua coordenação nos trouxe um curso de excelência.

Desejo igualmente agradecer aos colegas do mestrado, todos contribuindo com seus múltiplos conhecimentos, em um processo de trocas, aprendemos juntos, além de que, simplesmente estar perto desses já era uma inesgotável fonte de motivação para continuar até mesmo nos momentos mais difíceis.

Não poderia deixar de agradecer à Secretaria de Saúde de Amontada e à Regional de Saúde de Itapipoca, ambas instituições que me apoiaram e incentivaram, esse mestrado não teria sido possível sem esses presentes que me deram. Destacando a pessoa do José Mário do Couto, Coordenador da Regional de Saúde de Itapipoca, que foi um grande sustentáculo desde antes do curso começar.

RESUMO

Introdução: A escassez de recursos é uma problema antigo que assola o Sistema Público de Saúde do Brasil e a Emenda Constitucional 95 veio agravá-lo, o que exige melhor utilização destes, sendo necessária uma programação adequada e que essa seja cumprida. Para realizar os serviços de saúde que não tem capacidade instalada localmente, os municípios programam entre si as ações e serviços de saúde que um prestará ao outro e os que compram o serviço pagam ao município que pretende prestar o serviço o valor programado, independente destes serem prestados ou não. Pagar por serviços que não foram prestados traz impactos financeiros e sociais para os municípios, em especial os menores, dessa forma, essa dissertação sugere um modelo de Câmara de Compensação que visa sanar esse desequilíbrio financeiro. **Objetivo:** analisar os impactos financeiros de um modelo de Câmara de Compensação, proposto pela pesquisa, em uma região de saúde do estado do Ceará. **Tratamento metodológico:** Trata-se de estudo misto de caso, retrospectivo, analítico, avaliativo, com fontes documentais. Usando a curva ABC, priorizou-se procedimentos que seriam acompanhados pela Câmara de Compensação - CC, em seguida utilizou-se a técnica de Monte Carlo para simular quais seriam os impactos da implantação do modelo de CC proposto. **Resultados e discussão:** Foram realizadas 4.770.000 simulações, obtendo-se 10.000 situações possíveis para cada município caso o modelo proposto de CC seja implantado na Região, mostrando desde o impacto mais ao menos provável, mostrando a CC como uma solução para o desequilíbrio. **Considerações e Conclusões:** O uso da curva ABC mostrou-se eficiente, prática e de fácil utilização para priorização de procedimentos a serem monitorados pela CC, o método de Monte Carlo explicitou as possibilidades do volume de recursos que seriam reembolsados para cada município em cada situação, permitindo previsões orçamentárias e organizacionais. O modelo de Câmara de Compensação aqui proposto mostrou-se eficiente e eficaz como solução para essa injustiça na Região de Saúde de Itapipoca.

Palavras-chave: Compensação e reparação. Simulação por computador. Programação.

ABSTRACT

Introduction: The shortage of resources is an old problem that plagues the Public Health System of Brazil and Constitutional Amendment 95 has aggravated it, which requires better use of these, requiring adequate programming and that this is fulfilled. To perform health services that do not have locally installed capacity, the municipalities program the actions and health services that one will render to the other and those who buy the service pay the municipality that intends to provide the service the programmed value, regardless of whether they are provided or not. Paying for services that were not provided brings financial and social impacts to the municipalities, especially the smaller ones, so this dissertation suggests a model of Clearing House that aims to remedy this financial imbalance. Objective: to analyze the financial impacts of a model of Clearing House, proposed by the research, in a health region of the state of Ceará. Methodological treatment: This is a mixed case study, retrospective, analytical, evaluative, with documentary sources. Using the ABC curve, prioritized procedures that would be followed by the Compensation Chamber - CC, then the Monte Carlo technique was used to simulate the impacts of the proposed CC model deployment. RESULTS AND DISCUSSION: A total of 4,770,000 simulations were performed, obtaining 10,000 possible scenarios for each municipality if the proposed CC model is implemented in the Region, showing from the most probable least impact, showing CC as a solution to the imbalance. Considerations and Conclusions: The use of the ABC curve was efficient, practical and user-friendly for prioritization of procedures to be monitored by the CC, the Monte Carlo method explained the possibilities of the volume of resources that would be reimbursed for each municipality in each situation , allowing for budget and organizational forecasts. The Clearinghouse model proposed here proved to be efficient and effective as a solution to this injustice in the Itapipoca Health Region.

Keywords: Compensation and repair. Computer simulation. Programming.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Relação entre as três listas e a consolidação resultante da triangulação entre elas.....	24
Figura 2 - Plano Diretor de Regionalização do Ceará - 2014	26
Figura 3 - Gráfico boxplot dos resultados da simulação de Monte Carlo para os procedimentos pactuados com Itapipoca	33
Figura 4 - Gráfico boxplot dos resultados da simulação de Monte Carlo para os procedimentos pactuados com Fortaleza	34
Figura 5 - Gráfico boxplot dos resultados da simulação de Monte Carlo de Amontada para os procedimentos pactuados com Itapipoca	35
Figura 6 - Gráfico boxplot dos resultados da simulação de Monte Carlo de Amontada para os procedimentos pactuados com Fortaleza.....	35
Figura 7 - Gráfico boxplot dos resultados da simulação de Monte Carlo de Miraíma para os procedimentos pactuados com Fortaleza.....	36
Figura 8 - Gráfico boxplot dos resultados da simulação de Monte Carlo de Tururu para os procedimentos pactuados com Itapipoca.....	36
Figura 9 - Gráfico boxplot dos resultados da simulação de Monte Carlo de Tururu para os procedimentos pactuados com Fortaleza.....	36
Figura 10 - Gráfico boxplot dos resultados da simulação de Monte Carlo de Umirim para os procedimentos pactuados com Itapipoca	37
Figura 11 - Gráfico boxplot dos resultados da simulação de Monte Carlo de Umirim para os procedimentos pactuados com Fortaleza	37
Figura 12 - Gráfico <i>boxplot</i> dos resultados da simulação de Monte Carlo de Uruburetama para os procedimentos pactuados com Itapipoca	38
Figura 13 - Gráfico <i>boxplot</i> dos resultados da simulação de Monte Carlo de Uruburetama para os procedimentos pactuados com Fortaleza	38
Figura 14 - Gráfico boxplot dos resultados da simulação de Monte Carlo de Itapipoca como referência para os demais municípios da região ...	38
Figura 15 - Gráfico boxplot dos resultados da simulação de Monte Carlo de Itapipoca como demandante por serviços	39
Figura 16 - Saldo simulado de Itapipoca nesse modelo de Câmara de Compensação	40

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - População estimada, porte populacional e densidade demográfica dos municípios da região de saúde de Itapipoca em 2017	26
Quadro 2 - PIB per capita de 2014 e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (2010) dos municípios da região de saúde de Itapipoca.....	27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Montante de procedimentos por cada lista em cada município	30
Tabela 2 - Quantidade de procedimentos priorizados por lista e Consolidado	31
Tabela 3 - Comparativo entre o Consolidado e o programado para Itapipoca	31
Tabela 4 - Organização por quartis dos resultados da simulação de Monte Carlo para os procedimentos pactuados com Itapipoca	32
Tabela 5 - Organização por quartis dos resultados da simulação de Monte Carlo para os procedimentos pactuados com Fortaleza	34

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	TRATAMENTO METODOLÓGICO	19
2.1	ESTUDO EXPLORATÓRIO E DOCUMENTAL.....	19
2.2	ESTUDO DE AVALIAÇÃO	19
2.3	APROXIMAÇÃO QUANTITATIVA.....	20
2.3.1	Análise de Pareto.....	22
2.3.2	Simulação de Monte Carlo	24
3	CASO/CAMPO: REGIÃO DE SAÚDE DE ITAPIOCA	26
4	DIMENSÃO ÉTICA.....	29
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	30
6	CONSIDERAÇÕES E CONCLUSÕES.....	41
	REFERENCIAS	43
	APENDICES	48
	APENDICE A - TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO	49
	APENDICE B - CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA.....	50
	APENDICE C - PROCEDIMENTOS PRIORIZADOS.....	51

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Público de Saúde do Brasil sofre um problema antigo, a escassez de recursos para suas atividades, problema esse agravado com a promulgação da Emenda Constitucional-EC 95, que limita os gastos públicos por 20 anos (BRASIL, 2016), a partir de 2017.

A referida Emenda limita os gastos públicos da União, inclusive o da Saúde, ao equivalente à Despesa Corrente Liquida-DCL do ano anterior, corrigida pela inflação acumulada nos 12 meses até junho do ano anterior. Por exemplo, o teto de gastos com serviços públicos de 2018 será o mesmo que o de 2017, com o ajuste inflacionário igual à inflação acumulada no período de julho de 2016 a junho de 2017 (BRASIL, 2016).

Há, no entanto, um tratamento diferenciado para a saúde na EC 95. Para 2017, o primeiro ano de limitação dos gastos públicos, o recurso destinado à saúde teve o piso de 15% da Receita Corrente Liquida-RCL. A partir de 2018 seguirá o padrão dos demais gastos (BRASIL, 2016).

O tratamento diferenciado é paliativo e percebe-se que a citada escassez crônica de recursos agravar-se-á nos próximos anos, exigindo ações de otimização do uso dos recursos financeiros. Ocorre que a tal escassez, agravada pela EC 95, articula-se com outros desafios também previamente existentes. É o caso do acesso universal da população aos serviços de saúde, Bem como as crescentes demandas por atenção em saúde da população e os altos custos das ações e serviços de saúde. Escassez de recursos, objetivo de acesso universal, crescentes demandas e altos custos, embutindo média inflacionária muito maior que a média geral do país, exigem da gestão esforços inauditos.

Nesse sentido, a conjuntura impõe uma organização do sistema de forma que haja ordenamento no acesso, contratos claros de que serviços serão ofertados e de como será essa oferta à população, exigindo, por tanto, planejamentos e programações robustas, exigindo maior eficiência na execução das políticas públicas, pelo ótimo aproveitamento do que se tem (COIMBRA, 2017).

Por sua vez, o processo de Planejamento exige dos gestores a aplicação de conhecimentos, habilidades, ferramentas e técnicas às atividades, para que consigam melhores resultados com menores recursos. Porém, no contexto da saúde, há várias dificuldades na efetivação do processo de planejamento em todas

as esferas de governo (FENILI, 2017), entre elas o dinamismo das necessidades reais e percebidas da população.

Em suma, diante da crise aguda de subfinanciamento, surge o desafio de realizar planos, programações, regulações e avaliações bem estruturadas e focadas nas necessidades metamórficas da população, otimizando os gastos e garantindo que as ações e serviços ofertados supram as demandas dinâmicas de forma eficiente.

Apesar desses já serem problemas que se estendem desde os primórdios do Sistema Único de Saúde-SUS, muitos fatores contribuíram para que o processo de organização fosse lento, por exemplo o explicitado por Furtado (2014). O autor relata que a população brasileira, recém-saída de um regime político de exceção, inibidor de manifestações, estava longe de reivindicar responsabilidade e transparência nas políticas públicas de seus programas e serviços, retardando ações que pressionassem os gestores a conduzirem as políticas de saúde de forma a contemplar as necessidades da população.

Dessa forma, a organização do sistema de saúde veio gradualmente se moldando de acordo com as mudanças da população e da legislação até chegar ao modelo que se propõe hoje, que é o de conformação dos serviços em Rede de Atenção. Essa conformação, mais do que nunca, exige métodos, ferramentas e práticas novas e complexas de gestão.

A principal ferramenta de gestão do SUS, na atualidade, é a Programação Pactuada Integrada–PPI, construída há mais de uma década e baseada principalmente em uma lógica mercadológica de oferta de serviços, o que, por consequência, não supre as demandas de saúde da população (GOYA, 2017).

A PPI determina quais ações e serviços serão ofertados à população, seja localmente, dentro do seu município de origem, ou referenciada a outros municípios. Mas, além de uma simples programação de ações e serviços, a PPI determina também a alocação dos recursos referentes a esses serviços. Os municípios programam entre si as ações e serviços de saúde que um prestará ao outro e os que compram o serviço pagam ao município que pretende prestar o serviço o valor programado, independente destes serem prestados ou não.

Os recursos, os quais o parágrafo anterior se refere, são os do bloco financeiro de Média e Alta Complexidade–MAC, alocados conforme a PPI, podem ser divididos em hospitalar e ambulatorial, sendo o primeiro responsável pelo

financiamento dos procedimentos realizados em âmbito hospitalar e o segundo por ações e serviços que a complexidade demanda a disponibilidade de profissionais especializados e/ou o uso de tecnologias duras para diagnóstico ou tratamento (BRASIL, 2011a).

Assim, por envolver o uso de tecnologias e o inevitável enfoque em especialidades médicas, o teto MAC engloba grande fatia dos recursos do SUS, tornando-se assim, alvo de interesse econômico e político (KOERICH, 2016) e sendo o setor de maior estrangulamento da saúde (GERSCHMAN, 2008). Explicitando a necessidade de uma gerência diferenciada para os recursos desse bloco financeiro, otimizando-o e evitando desperdícios.

Os recursos federais do MAC são repassados pela União para os estados e municípios mensalmente por uma modalidade chamada Fundo a Fundo, ou seja, direto do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, já descontado ou acrescido o montante pactuado na PPI (BRASIL, 2007). A PPI constitui, portanto, um instrumento para a alocação de recursos e de definição de responsabilidades assistenciais de cada ente federado (CEARÁ, 2010). Além da sua lógica mercadológica não atender a necessidade de acesso à saúde da população, em geral, o método apresenta grave injustiça com os municípios menores, que podem ter pagado para os municípios maiores o que, efetivamente, não receberam.

A descentralização das responsabilidades no SUS, pela regionalização e municipalização, trouxe uma dispersão da oferta de serviços de saúde, em especial as cobertas pelo teto MAC, em cada esfera de governo. Consequentemente surge e se aprofunda a chamada Des-economia de Escala, gerando elevação do custo dos procedimentos e acirradas competições entre os entes da federação pelos recursos, antes inadequados, agora escassos, e de modo grave (PINHEIRO, 2012).

Com a Portaria 4279/2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde traz a conformação dos serviços em Rede de Atenção à Saúde-RAS como uma das tentativas de amenizar os dificultadores do bom desempenho do SUS. Essa conformação trata-se de um conjunto de ações e serviços de saúde, articulados em níveis de complexidade crescente, que têm a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011b) e está fundamentada em economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso, integração

horizontal e vertical, processos de substituição, territórios sanitários e níveis de atenção, para que possa ser feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade (MENDES, 2011), traz, ainda, a otimização da alocação dos recursos humanos, tecnológicos e financeiros, superando a fragmentação do sistema. Dessa forma o objetivo da RAS é incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010a).

No intuito de regulamentar a conformação em rede e de mudar a lógica da programação de ações e serviços, o Ministério da Saúde publicou o Decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei 8080/90 e lança a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde-PGASS, parte integrante do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde-COAP, instrumento jurídico para o acordo de colaboração entre os Municípios, os Estados e a União, com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2011b).

A Comissão Intergestores Tripartite-CIT, por meio da Resolução nº 03, de 30 de janeiro de 2012, definiu como seria a inserção da PGASS no COAP e que, a princípio, essa teria sua programação exatamente igual ao estabelecido na PPI, mantendo a mesma lógica de programação até que, em outro momento, a lógica da PGASS fosse efetivamente testada e implantada (BRASIL, 2012).

O problema é que, dessa forma, a PGASS herdou todos os problemas da PPI, já tida como ineficaz e ineficiente, esperando por um momento mais propício para a formulação como nova programação. Essa decisão da CIT, embora compreensível pela complexidade que seria uma reprogramação nos moldes de uma PGASS, inviabilizou, ou pelo menos postergou, a reestruturação dos serviços em RAS, pois esta exige uma programação baseada nas necessidades de saúde da população e em diretrizes clínicas, lógica bem diversa da PPI (MENDES, 2011).

O Ministério da Saúde tentou implantar alguns projetos pilotos da PGASS. A última tentativa foi a que envolveu a Região de Saúde de Quixadá/CE e a 2ª Regional da Zona Metropolitana de Curitiba/PR, com a participação de 10 e 29 municípios, respectivamente, contudo sem sucesso e sendo interrompida antes de se ter um produto prático.

Em outubro de 2015, na Portaria 1.631, o Ministério da Saúde aprovou critérios e parâmetros para o planejamento e a programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, no entanto esses critérios e parâmetros não receberam um caráter impositivo na Portaria, ficando a critério dos Estados ou dos Municípios

realizarem os ajustes conforme suas realidades epidemiológicas e demográficas, sem que altere o teto financeiro, considerando-se também os estágios de estruturação da RAS existentes em seus territórios e os patamares de oferta disponíveis (BRASIL, 2015).

Em dezembro de 2016, com a Resolução 115/2016 da Comissão Intergestores Bipartite-CIB, instância colegiada de negociação e pactuação entre os gestores Estadual e Municipais, o Estado do Ceará pactuou não assinar os aditivos dos 22 COAPs do estado, que tinham vigência até o dia 31 do mês em que se deu a resolução. Tal decisão de por fim no COAP no estado do Ceará se deu por uma série de motivos, como: o COAP não se prestou como instrumento de monitoramento das ações e nem como de prestação de contas, não foram estabelecidos mecanismos de governança regional capaz de conferir eficiência e eficácia às ações previstas no COAP, O Ministério da saúde não deu continuidade ao apoio técnico e não correspondeu quantos aos incentivos financeiros para implementação do COAP (CEARÁ, 2016). A mesma decisão foi tomada pela CIB de Mato Grosso do Sul, sendo que apenas esses dois estados haviam firmado o COAP e que até o fim de sua vigência estes não aditivaram e nem assinaram novos contratos, levando a iniciativa à extinção (Confederação Nacional de Municípios, 2017).

Nesse contexto em que o próprio Ministério da Saúde não obteve sucesso ao tentar implantar a PGASS em seus projetos pilotos e em que o COAP, do qual a PGASS era parte integrante, não faz mais parte do arcabouço jurídico do SUS, o Estado do Ceará deu início, no início de 2017, à implantação da PGASS nas suas 22 regiões, objetivando assegurar racionalidade no acesso da população a todas as Ações e Serviços de Saúde.

A partir da Portaria 1.631/2015, o estado decidiu fazer a programação com critérios próprios, baseando-a em linhas de cuidados definidas especialmente para esse processo, sendo elas a Materno-infantil, materno-infantil de alto risco, atenção à criança com síndrome congênita do Zika, atenção à criança de 0 a 12 meses, atenção a criança de 12 a 24 meses, Atenção à pessoa com hipertensão, Diabetes, Insuficiência Cardíaca, Aneurisma de Aorta Abdominal, Acidente Isquêmico Transitório, Acidente Vascular Encefálico, Doença Arterial Coronariana, Doença Renal Crônica, Doença Arterial Obstrutiva Periférica, Doença Pulmonar

Obstrutiva Crônica, Atenção e Controle do Câncer de Mama e do Colo do Útero, Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Leitos e Consultas Especializadas.

Para cada uma dessas foram definidos quais seriam os procedimentos necessários para a assistência e prevenção de seus respectivos agravos, resultando desse processo montante de 150 procedimentos diferentes a serem pactuados. É obvio que 150 procedimentos é uma diversidade pequena de procedimentos, mas em momento posterior foram acrescentados a essa lista outros tantos.

O Estado desenvolveu ainda um programa que calcula a necessidade de cada município baseado em parâmetros de cada linha de cuidado e cada município informa nesse programa sua capacidade de resolver as necessidades explicitadas pelo programa. É nessa fase do processo de implantação da PGASS que o estado se encontra durante a composição dessa dissertação.

Essa nova forma de programação se propõe a trazer maior resposta às necessidades da população do que a PPI conseguiu, com uma lógica voltada justamente para essas necessidades e para as diretrizes clínicas. No entanto o financiamento da programação também precisa de uma nova tecnologia para sanar as diferenças entre o que é programado e, portanto pago e o que é efetivamente realizado, pois, como já falado antes, as transferências financeiras são determinadas pelo que foi programado e não pelas realizações das ações e serviços. Como solução para esse desequilíbrio financeiro, sugerimos como tecnologia a adoção de ressarcimento via Câmara de Compensação.

O Tribunal de Contas da União-TCU ressaltou a importância da Câmara de Compensação, pela experiência do estado de Minas Gerais, pois essa garante o ressarcimento dos extrapolamentos das metas físicas/financeiras pactuadas entre os municípios e é uma poderosa ferramenta de gestão pois além de refletir a capacidade resolutiva dos municípios aponta também a necessidade de readequação das programações (BRASIL, 2010b).

Um modelo de Câmara de Compensação de Minas Gerais, que garante aos municípios executores o ressarcimento do extrapolamento do teto financeiro das internações da média e alta complexidade, decorrentes do atendimento à população referenciada (MINAS GERAIS, 2010), sendo limitada a ressarcir apenas quando a quantidade de internações extrapola o programado, não havendo ação quando o executado fica aquém do programado mesmo existindo demanda para os referidos procedimentos.

A Câmara de Compensação, a partir da experiência de Minas Gerais, pode-se testar a possibilidade da mesma constituir mais que uma instância da Comissão Intergestores Regional (CIR) e/ou Bipartite (CIB) que analisa tecnicamente a compatibilidade entre o demandado, programado e executado na média complexidade, não beneficiando apenas os municípios executores, mas todos os que têm programação para referenciar sua população e que, por ventura não consigam acesso aos procedimentos programados. Em outras palavras, a Câmara de Compensação poderia também atender aos municípios que receberem pacientes referenciados de outros municípios, sem que haja programação para o procedimento, ou que já se tenha extrapolado o programado, como é no caso de Minas Gerais, mas também ressarcir quando os municípios necessitarem de procedimentos dentro da quantidade programada e não haja vagas disponibilizadas pelo executor.

As instâncias colegiadas CIR e CIB têm, nos âmbitos regionais e estadual, respectivamente, a competência para instauração das Câmeras de compensação respaldadas pelo Decreto 7.508/2011, que em seu Artigo 32 arrola as competências das Comissões Intergestores e no Inciso I deste, diz que as Comissões Intergestores pactuarão os “aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS [...]”(BRASIL, 2011b), e a Lei nº 12.466/2011 que acrescenta o artigo 14-A à Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 que diz que a atuação das Comissões Intergestores terá por objetivo:

- I – decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde;
- II – definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos Entes federados;
- III – fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os Entes federados (BRASIL, 2011c).

Dessa forma, já tendo o arcabouço jurídico para respaldar a decisão das Comissões Intergestores, quanto à implantação da Câmara de Compensação, falta ainda demonstrar os impactos financeiros, a definição de quais serviços e ações seriam cobertos pela Câmara e a viabilidade político-administrativa para a referida implantação.

Levantamento prévio, visando a construção do projeto da presente investigação, do termo Câmara de Compensação na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, LILACS, SciELO e no portal de Periódicos da CAPES não foram encontrados artigos, dissertações ou teses que tratassem dessa metodologia na saúde, seja ouvindo os atores do processo, tratando de sua execução ou dificuldades na implantação, de suas implicações técnicas ou financeiras nem de projeções ou tratamentos estatísticos.

Assim, o resultado e o produto da pesquisa que fundamenta a presente Dissertação são de interesse da comunidade acadêmica, pois há um vácuo na literatura científica brasileira quando se tematiza o dispositivo Câmara de Compensação na saúde, como instrumento de gestão dos recursos financeiros.

São de interesse também da população e dos gestores da saúde dos mais diversos entes, dado que os resultados poderão explicitar o impacto financeiro positivo sobre a forma pela qual os recursos estão sendo geridos atualmente e mostrará a Câmara de Compensação como instrumento válido para minimizar as perdas, possibilitando melhor gestão dos recursos, garantindo redução do desequilíbrio financeiro.

Por Objetivo Geral tem-se: analisar os impactos financeiros de um modelo de Câmara de Compensação, proposto pela pesquisa, em uma região de saúde do estado do Ceará.

Dele decorrem os Objetivos Específicos:

- a) Comparar Câmaras de Compensação existentes para ajuste às necessidades da região escolhida;
- b) Identificar as ações e procedimentos prioritários para a criação de um modelo de Câmara de Compensação;
- c) Averiguar a existência de disparidade entre o demandado, o programado e o executado;
- d) Realizar simulação computacional dos impactos que a implantação da Câmara poderá trazer.

2 TRATAMENTO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo quantitativo de caráter exploratório, avaliativo ex ante, com fontes documentais.

2.1 ESTUDO EXPLORATÓRIO E DOCUMENTAL

O tipo de pesquisa exploratório se dá porque esse artigo apropria o leitor do assunto abordado, já o estudo com fonte documental busca localizar bases de dados objetivos, além de várias naturezas de normativas, que não passaram por nenhum tratamento analítico ou ainda que possam ser reelaborados dependendo dos objetivos do pesquisador. Nesse caso, os documentos podem estar na forma de texto ou em formato eletrônico, como é o caso de bancos de dados dos sistemas de informação (FLICK, 2009).

2.2 ESTUDO DE AVALIAÇÃO

Os estudos de avaliação são realizados quando se faz necessário responder uma série de perguntas e por conta da complexidade dessas, muitas vezes, utiliza-se de métodos mistos, fazendo uso das perspectivas quantitativa e qualitativa, dependendo de qual delas é mais apropriada para compreender cada parte do problema (POLIT; BECK, 2011; LEOPARDI et al., 2001).

Lobo (2009) considera os estudos avaliativos como instrumentos de decisões e que propiciam canais de controle social sobre os gastos públicos. Já Minayo (2008), coloca-os como sendo um processo sistemático de se fazer perguntas sobre o mérito e/ou relevância de determinado assunto ou proposta.

Para Contandriopoulos et al. (2000), por outro lado, não é possível estabelecer uma definição absoluta e universal do que seja avaliação, isso por conta da sua diversidade conceitual e metodológica, mas definem o ato de avaliar como fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção objetivando a tomada de decisões.

De um modo geral, o estudo de avaliação nos permite determinar a viabilidade de programas, projetos ou intervenções, identificando a necessidade de

redirecionar objetivos ou mesmo a reformulação das propostas originais (POLIANA, 2012), tornando-se uma etapa indispensável para a administração no setor da saúde, subsidiando as tomadas de decisão de maneira mais racional (MENDES, 2010).

Mas a avaliação é algo tão velho quanto a própria humanidade, fazendo parte inerente do ato de aprender (CONTANDRIOPOULOS, 1997) e os principais teóricos dividem a história da avaliação em quatro estágios ou gerações, o primeiro estágio, no qual a avaliação se baseia na mensuração e o técnico deveria dominar a construção e o manuseio de instrumentos para medir determinada realidade. O segundo estágio baseia-se na descrição, ocupando-se em descrever o processo pelo qual se atinge resultados. O terceiro destaca-se o julgamento, nele o avaliador assumia papel de juiz, mas ainda retendo o lado técnico e de mensuração dos estágios anteriores. No quarto estágio há um processo de negociação entre as partes envolvidas para gerar os limites e parâmetros da avaliação (CONTANDRIOPOULOS, 2000).

Poliana (2012) resume a definição de avaliação como o processo de aprendizagem intencional e sistemático, não se limitando a quantificar resultados obtidos, mas que se articula com os atores envolvidos no programa ou intervenção avaliada.

2.3 APROXIMAÇÃO QUANTITATIVA

Foram levantados os dados referentes às ações e serviços prestados à população residente na Região de Saúde de Itapipoca que foram prestados fora de seu município de residência no período de 2013 a 2017, cruzando essas informações com o que se tem de programação para cada um desses municípios e quais desses procedimentos foram efetivamente realizados ou não.

Em posse dessas informações foram identificados os impactos financeiros das ações programadas não realizadas e das realizadas sem programação ou além desta.

Para tanto, foram utilizados dados extraídos dos sistemas de informações da saúde, sendo eles o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), o UNISUSWEB e o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e

Órteses, Próteses e Materiais Especiais (SIGTAP) e de documentos, como no caso da PPI de referência. Para tabular as informações foi usado um tabulador chamado *TABWIN 3.6* e para os cruzamentos das informações e cálculos necessários utilizou-se o *Microsoft Excel 2010*.

O SIA foi criado em 1992 visando subsidiar os financiamentos dos atendimentos ambulatoriais, em uma lógica predominantemente contábil (BRASIL, 2017; BARROS, 2003), o sistema registra os atendimentos ambulatoriais realizados em cada estabelecimento de saúde que receba financiamento do SUS.

A produção ambulatorial é registrada no Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), no Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPAi) e no documento chamado Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) e estes, por sua vez, têm suas informações digitadas no SIA (BRASIL, 2017).

Dessa forma, o SIA armazena informações referentes a todos os atendimentos ambulatoriais de todos os estabelecimentos de saúde que atendam pelo SUS, sejam estes públicos ou privados, servido para determinar os pagamentos pelo produzido.

O UNISUSWEB é o sistema de informação usado nas Centrais de Regulação do estado do Ceará para regular os atendimentos ambulatoriais e as referencias inter-hospitalares, conta com um banco de dados dos pacientes regulados, para quais procedimentos foram encaminhados e os desfechos do caso, se ele foi atendido, se ainda aguarda agendamento, se foi cancelado ou se teve o atendimento negado.

No SIGTAP constam os custos dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares com os valores da Tabela SUS, que cotem o valor obrigatório a ser cobrado por procedimentos executados com financiamento do SUS (COSTA, 2016), e constam também, várias regras de processamento, quais unidades estão habilitadas para a realização de determinados procedimentos e quais profissionais podem realizá-los.

Os dados do SIA são de domínio público e disponibilizados para download no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) em um formato bruto, sem tratamento prévio, mas facilmente tabuláveis pelo *TABWIN*.

Já os dados do UNISUSWEB são de acesso restrito, que só podem ser extraídos diretamente do sistema mediante a utilização de identificação e senha.

Dessa forma, para os dados serem utilizados nessa pesquisa se fez necessário o Termo de Fiel Depositário (APENDICE A), em respeito às normativas impostas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12. Também em respeito à Resolução 466/12 do CNS, Carta de Anuência para Autorização de Pesquisa (APENDICE B) para a realização da pesquisa com dados sob a guarda da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde de Itapipoca (6ª CRES).

2.3.1 Análise de Pareto

A análise de Pareto, também chamada de curva ABC, é um método que visa classificar as informações, separando os itens em três faixas por sua importância ou impacto financeiro (CARVALHO, 2002), permitindo identificar os itens que merecem maior atenção e tratamento adequado pela administração por apresentarem maior impacto financeiro, mesmo muitas vezes seja em menor número (PONTES, 2013).

Esse método classifica os itens por ordem decrescente de valor monetário, assim a classe A comporta os itens que juntos representam até 80% do impacto financeiro, a classe B, que abarca cerca de 15% desse impacto e a classe C que fica com os 5% restantes, mas que via de regra é a classe que carrega maior número de itens.

Embora o modelo oficial trabalhe com a relação 80/20 entre os itens, ou seja, que classifica a classe A com o impacto de 80% e as demais com os 20% restantes, essa relação não é imperativa, podendo-se usar outras relações como 70/30, por exemplo (PONTES, 2013).

Tendo em vista o grande número de itens programados na PPI, demandados pelos municípios e dos realizados, se faz necessário a priorização da atenção aos de maior relevância e para identificá-los usamos a curva de Pareto.

No entanto, se usarmos para fazermos a curva ABC apenas os procedimentos como estão programados na PPI, cairíamos no viés que é inerente desta, que não mostra a real necessidade da população coberta, no entanto não pode ser desprezada, pois ela traz o que foi contratualizado entre os municípios, tendo, pois uma relevância indispensável.

Já se usarmos os procedimentos realizados pelos municípios de referência, mostraríamos onde estão as sendo efetivamente utilizados os recursos, mas há um viés, porque se não foi ofertado determinado procedimento, ou se não havia programação não conseguiríamos visualizar as demandas não assistidas.

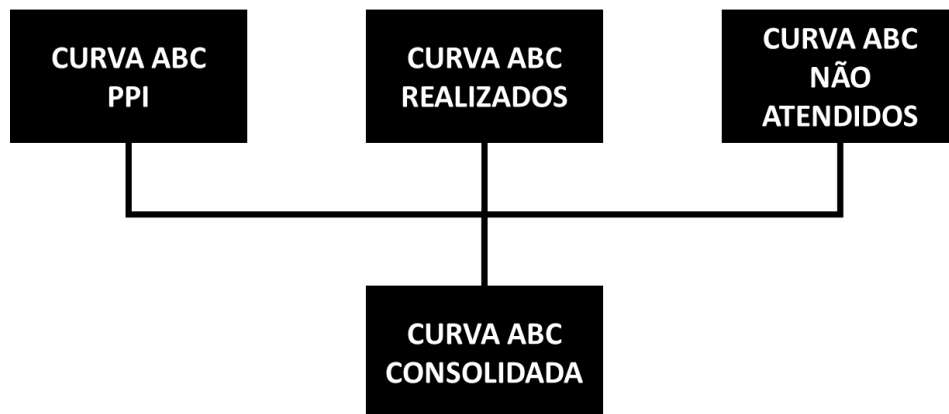
Por outro lado, usando a fila de demanda reprimida do UNISUSWEB, visualizaríamos aqueles que não conseguem vagas para os procedimentos demandados, no entanto nem sempre há programação para esses procedimentos ou possivelmente, os digitadores, já sabendo da não existência da vaga específica nem registra a demanda no sistema.

Dessa forma, para suprir as deficiências desses bancos e aproveitar as vantagens deles, as curvas ABC foram feitas para cada um deles e o resultado delas foram consolidados em uma única lista, que trará de forma mais robusta o rol de procedimentos que devem ser priorizados e com redução dos possíveis vieses já listados.

Foram priorizados para análise e proposta dessa pesquisa procedimentos que foram classificados como A na curva ABC, com a proporção de 70/30, ou seja, aqueles que representaram 70%, seja no quesito financeiro ou por demanda, conforme a fonte, foram classificados como A e priorizados nesse estudo. Para construção e parametrização na análise de Pareto foi usado o programa *Microsoft Office Excel 2016* ®

As fontes utilizadas foram a PPI, o SIA e o UNISUSWEB. Para a PPI o critério de priorização foi o financeiro, mais especificamente o valor total programado por cada procedimento, no SIA foi o quanto cada procedimento foi realizado e no UNISUSWEB, o quanto cada procedimento foi demandado dentre os não marcados. A utilização de apenas os procedimentos demandados não marcados, no caso do UNISUSWEB, justifica-se para evitar redundância, já que os procedimentos realizados já haviam sido contabilizados ao analisar o SIA. Para cada uma das três fontes de dados propostas foi feita uma Curva ABC independente para cada um dos municípios. As três listas de procedimentos priorizados foram trianguladas, resultando em apenas uma consolidada por município. A Figura 1 mostra graficamente essa relação entre as três listas e a consolidação resultante da triangulação entre elas.

Figura 1 - Relação entre as três listas e a consolidação resultante da triangulação entre elas



Fonte: Elaborado pelo autor.

2.3.2 Simulação de Monte Carlo

A origem da palavra simulação está no Latim *simulare*, que significa “imitar”, em termos modernos a simulação é uma representação em computador que imita o funcionamento de um sistema ou de uma atividade visando treinar e avaliar o desempenho das pessoas ou mensurar o impacto de políticas e projetos.

Aproximando da estatística, a definição de simulação, Macêdo (2007) a traz como um método que nos permite reproduzir o funcionamento de algo com a ajuda de um modelo, permitindo-nos gerar expectativas de resultados de uma ação e que essa se refere a qualquer método analítico do qual a intenção seja imitar algum sistema real.

No ambiente gerencial é imperativa a antecipação dos cenários futuros, muitas vezes incertos e, para tanto, faz-se uso das mais diversas técnicas, que variam desde experiência e intuição até o uso de simulações sistematizadas com aplicação de técnicas quantitativas e dentre essas últimas a Simulação de Monte Carlo-SMC se destaca como ferramenta no auxílio à previsão de diversas situações para tomada de decisões (GARCIA, 2010).

A SMC é uma poderosa ferramenta para solução de problemas não convencionais que consiste na geração de números de forma aleatória, associados

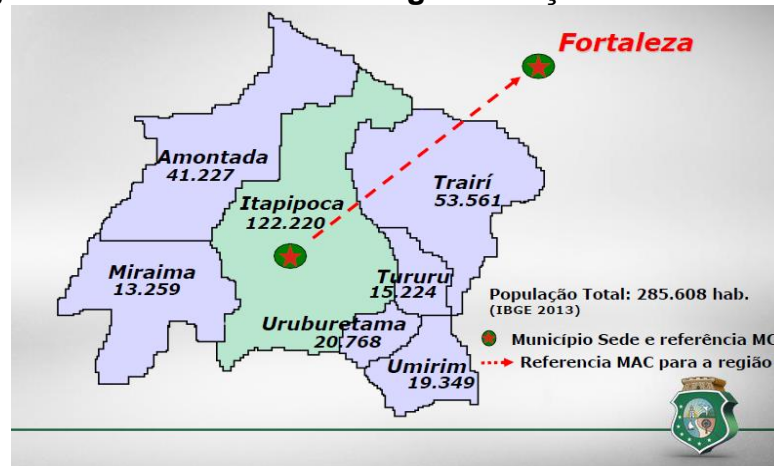
a técnicas probabilísticas, sendo, por tanto, um método estocástico que para realizar a simulação faz uso de variáveis aleatórias (FERREIRA; MACHADO, 2012).

Sendo uma ferramenta flexível e amplamente utilizada para estimar o comportamento de sistemas estocásticos, Macêdo (2007) recomenda o seu uso na área da saúde, o mesmo faz o Ministério da Saúde, que diz que para incorporar tecnologias no SUS é recomendável que sejam realizadas análises que incluam vários parâmetros simultaneamente, garantindo a robustez dos resultados e que devem ser feitas pela SMC (BRASIL, 2014).

3 CASO/CAMPO: REGIÃO DE SAÚDE DE ITAPIPOCA

A Regional de Saúde escolhida foi a de Itapipoca, composta por sete municípios, sendo eles Amontada, Itapipoca, Miraíma, Tururu, Trairí, Umirim e Uruburetama, e Itapipoca é o município Polo, ou seja, o que recebe as referências de Média Complexidade dos outros municípios da região e Fortaleza recebe as referências de Média e Altas complexidade da região como um todo (CEARÁ, 2014). Esse processo, descrito no Plano Diretor de Regionalização –PDR de 2014 do estado do Ceará, é esquematizado na Figura 2.

Figura 2 - Plano Diretor de Regionalização do Ceará - 2014



Fonte: Ceará, 2014.

O porte populacional da região é bem diversificado, variando de municípios de Pequeno Porte Tipo I a municípios de Grande Porte, sendo três de Pequeno Porte Tipo I, dois de Pequeno Porte Tipo II, um de Médio Porte e um de Grande Porte, como explicitado no Quadro 1. O mesmo quadro também mostra a variabilidade da densidade demográfica entre os municípios que varia de 18,29 hab/Km² em Miraíma a 203,61 hab/Km² em Uruburetama.

Quadro 1 - População estimada, porte populacional e densidade demográfica dos municípios da região de saúde de Itapipoca em 2017

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	PORTE POPULACIONAL	DENSIDADE DEMOGRÁFICA (hab/Km ²)
AMONTADA	42.901	PEQUENO PORTE TIPO II	33,27
ITAPIPOCA	127.465	GRANDE PORTE	71,9
MIRAIMA	13.583	PEQUENO PORTE TIPO I	18,29
TRAIRI	55.207	MÉDIO PORTE	55,55
TURURU	15.935	PEQUENO PORTE TIPO I	71,23
UMIRIM	19.679	PEQUENO PORTE TIPO I	59,35
URUBURETAMA	21.609	PEQUENO PORTE TIPO II	203,61

Fonte: IBGE, 2014.

Ainda como característica da região, temos uma variabilidade entre os municípios de sua Produto Interno Bruto (PIB) per capita, que variam de R\$ 5.050,38 no município de Miraíma a R\$ 12.754,56 no município de Uruburetama. O quadro 2 traz os PIBs per captos dos municípios e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) destes segundo o IBGE (2014). O IDH-M da região também tem uma variabilidade importante, indo de um índice baixo, 0,587 em Umirim a um índice médio, de 0,640 em Itapipoca.

Quadro 2 - PIB per capita de 2014 e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (2010) dos municípios da região de saúde de Itapipoca

MUNICÍPIO	PIB per capita (R\$) [2014]	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) [2010]
AMONTADA	8.611,74	0,606
ITAPIPOCA	9.620,49	0,640
MIRAIMA	5.050,38	0,592
TRAIRI	10.963,16	0,606
TURURU	5.465,42	0,606
UMIRIM	5.250,39	0,587
URUBURETAMA	12.754,56	0,639

Fonte: IBGE, 2014.

Há ainda uma heterogeneidade nos perfis políticos administrativos dos municípios da região, exemplificada aqui pelos partidos dos prefeitos com mandatos vigentes, que são PDT em Amontada e Tururu, PSDB em Itapipoca e no Trairi, PR em Miraíma, PSD no Umirim e PCdoB em Uruburetama (TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL, 2016)

Com essa gama de realidades expressas em portes populacionais, densidades demográficas, PIB, IDH-M e perfis políticos administrativos diversificados, fica claro que a região de saúde de Itapipoca represente, em escala menor e resguardadas as devidas proporcionalidades, o estado do Ceará.

Além das características político-sócio-demográficas diversas na região, o autor desta dissertação exerce a função de Coordenador do setor de Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria na 6ª Coordenadoria Regional de Saúde (6ª CRES) de Itapipoca, que é um órgão da secretaria de saúde do estado descentralizado às Regiões de Saúde. Havendo por tanto, maior facilidade de

acesso aos dados, redução dos custos da pesquisa, maior probabilidade de que o produto seja posto em prática e maior domínio sobre as programações e necessidades da região.

Em suma, há acumulação de motivos para que a região de Saúde de Itapipoca fosse a escolhida para essa pesquisa.

4 DIMENSÃO ÉTICA

Esse trabalho respeitou as normativas impostas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 e teve seu projeto aprovado com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética-CAAE: 85924418.6.0000.5534 e parecer 2.706.106.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para cada município da Região estudada foram listados os procedimentos, inclusive consultas, que estavam programados na PPI de referência e ordenados do maior para o menor valor programado. Listou-se também os procedimentos que foram realizados nos últimos 60 meses e os que foram demandados pela população, porém não atendidos no mesmo período, formando mais duas listas que foram ordenadas por número de ocorrências. Por se tratarem de demandas, em uma as atendidas e na outra as não atendidas, daqui pra frente, ao mencionar estas duas últimas, elas passaram a serem chamadas simplesmente de demandas.

A Tabela 1 mostra o montante de procedimentos listados por cada lista em cada município. Esse grande volume de procedimentos inviabiliza um monitoramento ou qualquer acompanhamento da totalidades de procedimentos, comprovando a necessidade de priorizar alguns deles que impliquem em maior impacto.

Tabela 1 - Montante de procedimentos por cada lista em cada município

	PPI	Realizados	Não Atendidos	Total
Amontada	169	373	183	725
Itapipoca	53	457	353	863
Miraima	170	407	137	714
Trairi	160	397	243	800
Tururu	153	264	176	593
Umirim	210	316	156	682
Uruburetama	132	325	213	670

Fonte: Elaborado pelo autor.

A partir do uso da Curva ABC foram obtidas três listas de priorização para cada município, tendo a quantidade de procedimentos tidos como prioritários nesse processo explicitada na Tabela 2, as listas foram denominadas de PPI, Realizados, tendo como fonte o SAI, e Não atendidos, tendo como fonte o UNISUSWEB.

Tabela 2 - Quantidade de procedimentos priorizados por lista e Consolidado

	PPI	Realizados	Não Atendidos	Consolidado
Amontada	48	32	38	59
Itapipoca	9	10	24	33
Miraíma	13	20	34	40
Trairi	13	18	27	41
Tururu	18	27	31	49
Umirim	33	15	19	52
Uruburetama	25	19	16	42

Fonte: Elaborado pelo autor

A redução significativa do número de procedimentos, mesmo mantendo 70% do maior impacto financeiro ou de demanda, atesta a eficácia da Curva ABC para priorizar procedimentos no SUS. As listas foram consolidadas em uma única, eliminando redundâncias, resultando nas quantidades de procedimentos especificadas na coluna Consolidado da Tabela 2, essa lista foi a trabalhada na simulação para a Câmara de Compensação.

Uma especificidade do município de Itapipoca é que ele é polo da região, o que significa que ele recebe as demandas dos outros municípios, mas sua densidade tecnológica não permite resolução de todas suas demandas possíveis precisando encaminhar suas próprias demandas para outros, mais especificamente para Fortaleza-Ce e os demais municípios precisam, em muitos casos, fazer o mesmo.

Com esse duplo caráter de Itapipoca foi necessário especificar para quais dos procedimentos priorizados havia programação para Itapipoca, uma vez que esse só pode se responsabilizar pelo pactuado e para quais havia programação para Fortaleza. A Tabela 3 traz o comparativo entre o Consolidado e o programado para Itapipoca, essa informação também subsidiou essa simulação da Câmara de Compensação.

Tabela 3 - Comparativo entre o Consolidado e o programado para Itapipoca

	Consolidado Geral	Programado para Itapipoca
Amontada	59	36
Itapipoca	33	-
Miraíma	40	25
Trairi	41	20
Tururu	49	31
Umirim	52	20
Uruburetama	42	29

Fonte: Elaborado pelo autor.

Utilizando-se da Simulação de Monte Carlo para cada um dos procedimentos priorizados de cada município foram realizadas 10.000 simulações tendo como variáveis o intervalo entre a quantidade mínima e o máxima de ofertas que o procedimento teve nos últimos 60 meses, tendo como fonte o UNISUSWEB, o seu valor individual na tabela SUS e o valor que foi programado para esse procedimento de acordo com a PPI.

Como para os municípios da região estudada existem dois destinos para referenciar os pacientes, um fluxo que se encerra dentro da própria região, no qual os pacientes são encaminhados para Itapipoca, município Polo da Região, e outro no qual se encaminha para Fortaleza, foi necessário para obter maior clareza no resultado final, fazer simulações separadas para cada uma dessas situações.

Foram realizadas, portanto, 4.770.000 simulações, obtendo-se 10.000 situações possíveis para cada município referente a diferença entre o que foi programado e efetivamente disponibilizado entre os entes. O número de simulações e o número de cenários possíveis atestam a robustez da técnica, no entanto, apesar do grande número de simulações, não foi um trabalho hercúleo, uma vez que o programa *Microsoft Office Excel 2016*® trouxe agilidade no processo.

As 10.000 situações possíveis obtidas foram concebidas de forma que representam valores financeiros onde o resultado positivo mostra o montante que o município em questão deve receber como compensação por ter pago mais do que recebeu em procedimentos e o negativo, o contrário, o município contratante deve reembolsar o prestador por ter realizado mais procedimentos do que programado. As situações simuladas foram organizadas para nos mostrar o mínimo, máximo, primeiro, segundo e terceiro quartis. A Tabela 4 traz essa organização para os procedimentos que são contratualizados com Itapipoca.

Tabela 4 - Organização por quartis dos resultados da simulação de Monte Carlo para os procedimentos pactuados com Itapipoca

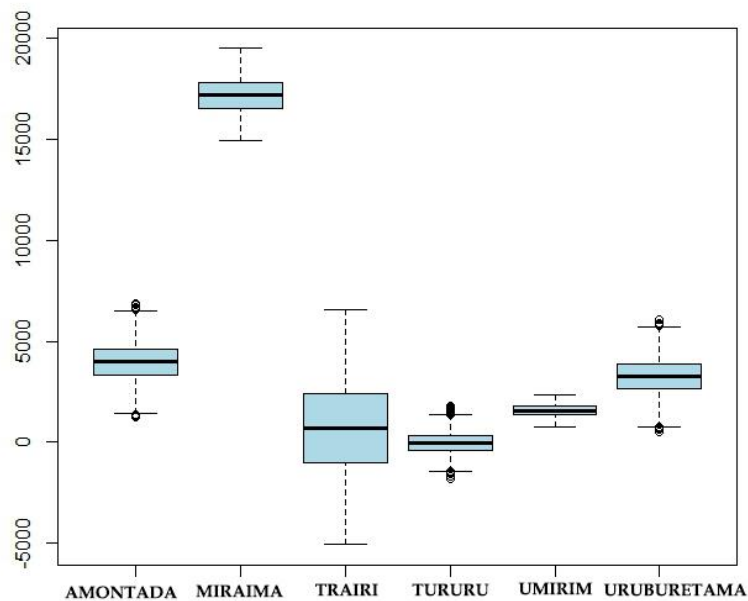
	Amontada	Miraíma	Trairi	Tururu	Umirim	Uruburetama
Máximo	R\$6.883,63	R\$19.513,86	R\$6.560,06	R\$1.764,33	R\$2.331,91	R\$6.093,56
3º Quartil	R\$4.612,14	R\$17.807,91	R\$2.408,09	R\$300,62	R\$1.789,68	R\$3.870,05
Mediana	R\$3.964,74	R\$17.179,22	R\$704,92	-R\$54,97	R\$1.565,75	R\$3.254,11
1º Quartil	R\$3.327,21	R\$16.561,46	-R\$1.043,37	-R\$402,37	R\$1.335,02	R\$2.618,85
Mínimo	R\$1.260,55	R\$14.915,67	-R\$5.093,50	-R\$1.838,65	R\$768,81	R\$487,17

Fonte: elaborado pelo autor

Sendo possível observar na Tabela 4 que duas situações são destoantes das demais, a saber, Miraíma, no qual há, em todos quartis, valores a receber bem superiores aos demais, o que denota que o município tem muitas programações não atendidas por Itapipoca, cabendo esse último compensá-lo pela diferença entre o programado e o realizado. E a outra é o caso de Trairi, nesse a amplitude vai de R\$ - 5.093,50 a R\$ 6.560,06, sendo a mediana de apenas R\$ 704,92, sendo difícil prever nesse caso se a câmara de compensação seria ou não vantajosa para esse.

O Gráfico *boxplot* da Figura 3 explicita de forma visual essa discrepância entre os municípios de Miraíma, Trairi e os demais.

Figura 3 - Gráfico boxplot dos resultados da simulação de Monte Carlo para os procedimentos pactuados com Itapipoca



Fonte: Elaborado pelo autor.

Com o *boxplot* da Figura 3, é visível a discrepância no caso de Miraíma, distanciando-se dos demais verticalmente, e Trairi destaca-se pela sua amplitude. A grande distância entre o mínimo e máximo e até mesmo entre o quartis 1º e 3º mostram uma grande margem de imprevisibilidade.

Ao analisar os procedimentos contratualizados com Fortaleza obteve-se as informações expostas na Tabela 5.

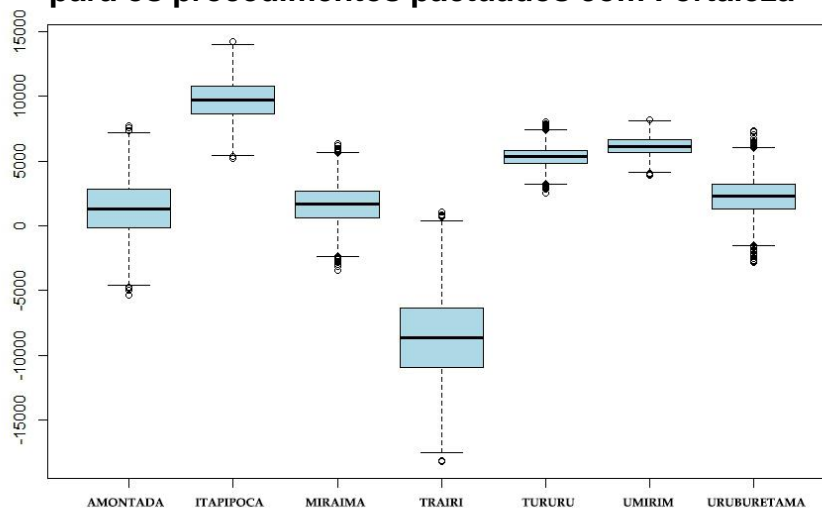
Tabela 5 - Organização por quartis dos resultados da simulação de Monte Carlo para os procedimentos pactuados com Fortaleza

	Amontada	Itaipoca	Miraíma	Trairi	Tururu	Umirim	Uruburetama
Máximo	R\$ 7.725,63	R\$ 14.197,85	R\$6.325,93	R\$ 1.094,68	R\$ 8.034,45	R\$ 8.176,26	R\$ 7.347,96
3º Quartil	R\$ 2.837,65	R\$ 10.795,15	R\$2.638,10	-R\$ 6.360,89	R\$ 5.835,08	R\$ 6.642,75	R\$ 3.223,47
Mediana	R\$ 1.326,20	R\$ 9.692,82	R\$1.647,21	-R\$ 8.639,87	R\$ 5.318,04	R\$ 6.132,62	R\$ 2.290,09
1º Quartil	-R\$119,53	R\$ 8.602,54	R\$ 647,82	-R\$10.887,23	R\$ 4.795,98	R\$ 5.639,46	R\$ 1.327,69
Mínimo	-R\$ 5.315,51	R\$ 5.222,66	-R\$ 3.424,21	-R\$18.152,17	R\$ 2.493,47	R\$ 3.893,32	-R\$ 2.855,59

Fonte: elaborado pelo autor.

Nesse novo contexto apenas Trairi continuou discrepante, agora com uma tendência bem maior a negativar, ou seja a reembolsar Fortaleza e em valores altos em relação aos demais. A Figura 4 permite visualizar o tamanho dessa discrepância.

Figura 4 - Gráfico boxplot dos resultados da simulação de Monte Carlo para os procedimentos pactuados com Fortaleza



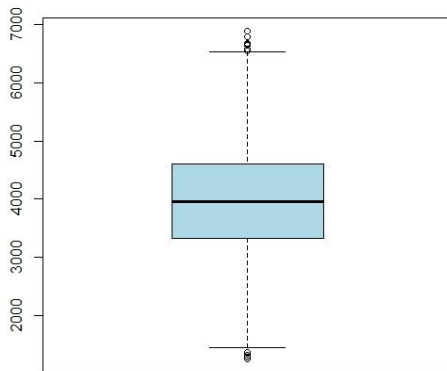
Fonte: Elaborado pelo autor.

Na Figura 4 fica perceptível o quanto o simulado para Trairi se distancia dos demais, que só ficam abaixo do zero em seus extremos inferiores, enquanto ele só positiva em seu extremo superior, mostrando que teria que pagar ao município de Fortaleza, caso a Câmara de Compensação seja executada nesses moldes e a sua amplitude entre o mínimo e o máximo, além da amplitude inter-quartil, é muito superior a amplitude dos outros.

Já o município de Amontada apresenta duas situações bem distintas, na primeira, quando fala-se dos procedimentos pactuados com Itaipoca, Figura 5, as simulações mostram que será reembolsado, sendo que a maior probabilidade é que esse fique próximo aos R\$ 3.964,74. Mas quando foram avaliados os procedimentos

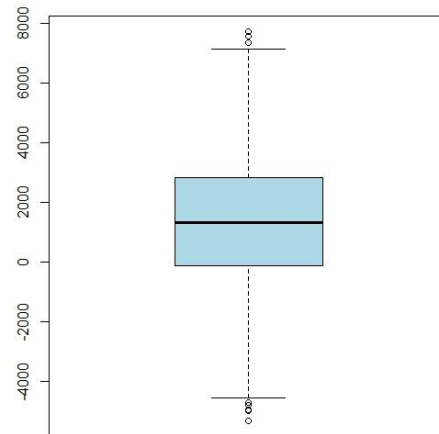
pactuados com Fortaleza, Figura 6, embora a maior probabilidade seja de que Amontada receba reembolso, por volta de R\$ 1.326,20, existe a possibilidade nada desprezível de que esse chegue a pagar à Fortaleza por procedimentos feitos a mais do que programado.

Figura 5 - Gráfico boxplot dos resultados da simulação de Monte Carlo de Amontada para os procedimentos pactuados com Itapipoca



Fonte: Elaborado pelo autor.

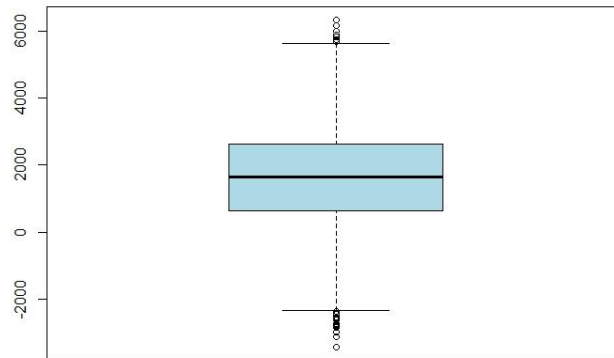
Figura 6 - Gráfico boxplot dos resultados da simulação de Monte Carlo de Amontada para os procedimentos pactuados com Fortaleza



Fonte: Elaborado pelo autor.

Já foi tratado anteriormente, sobre situação de Miraíma em relação aos procedimentos programados para Itapipoca, mas a situação é diferente quando se trabalha com os procedimentos pactuados para Fortaleza. Como exposto na Figura 7, a probabilidade de Miraíma ser reembolsado pela capital gira em torno de R\$1.647,21, sendo que a probabilidade de ter que reembolsar o município de Fortaleza é menos que 25%.

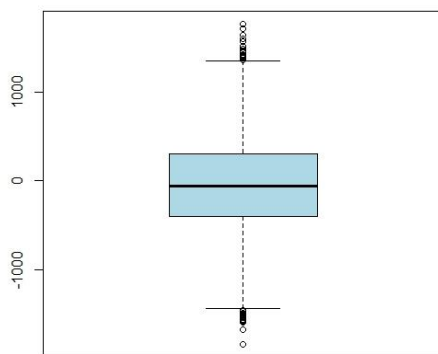
Figura 7 - Gráfico boxplot dos resultados da simulação de Monte Carlo de Miráima para os procedimentos pactuados com Fortaleza



Fonte: Elaborado pelo autor.

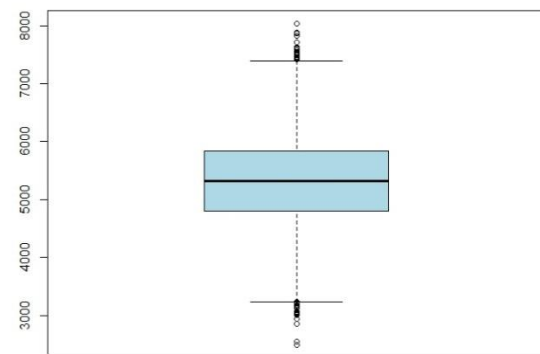
Tururu, por sua vez, quando analisada a programação para Itapipoca, a maior probabilidade é de que fique alternando entre receber R\$ 300,62 e pagar R\$ 402,37 veja Figura 8. Mas quando se refere a Fortaleza, o município de Tururu receberia reembolso na CC que giraria em torno de R\$ 5.318,04, com uma amplitude pequena em que a maior probabilidade variaria entre R\$ 4.795,98 e R\$ 5.835,08, veja na Figura 9.

Figura 8 - Gráfico boxplot dos resultados da simulação de Monte Carlo de Tururu para os procedimentos pactuados com Itapipoca



Fonte: Elaborado pelo autor

Figura 9 - Gráfico boxplot dos resultados da simulação de Monte Carlo de Tururu para os procedimentos pactuados com Fortaleza

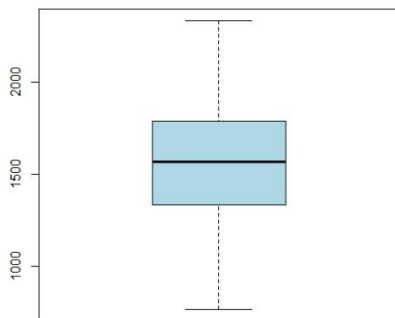


Fonte: Elaborado pelo autor

Umirim foge do padrão, sendo o único em todas as simulações recebe compensações da Câmara, tanto quando simulado sobre as programações para Itapipoca quanto para Fortaleza. No primeiro caso, Figura 10, a compensação

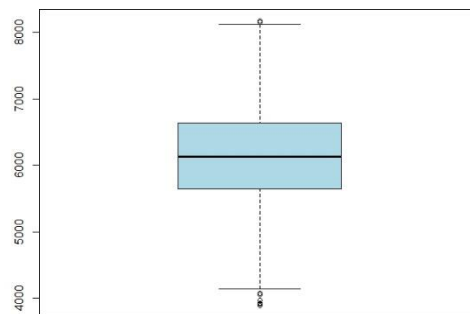
recebida girará em torno de R\$ 1.565,75 com uma amplitude bem pequena, já no segundo, R\$ 6.132,62, também com uma amplitude pequena.

Figura 10 - Gráfico boxplot dos resultados da simulação de Monte Carlo de Umirim para os procedimentos pactuados com Itapipoca



Fonte: Elaborado pelo autor

Figura 11 - Gráfico boxplot dos resultados da simulação de Monte Carlo de Umirim para os procedimentos pactuados com Fortaleza



Fonte: Elaborado pelo autor

O Município de Uruburetama apresenta grandes possibilidades de ser reembolsado tanto quando se trata da Câmara de Compensação com Itapipoca, Figura 12, quando com Fortaleza, Figura 13. Em sua relação com Itapipoca a grande possibilidade apontada pelas simulações de Monte Carlo é que seu recebimento fique por volta de R\$ 3.254,11 com uma pequena amplitude de variação e no caso de Fortaleza, R\$ 2.290,09, com uma amplitude relativamente pequena, mas não podendo descartar, nesse último caso, que há cerca de 15% de possibilidades de que o município em tela efetue ressarcimento Fortaleza em no máximo R\$ 2.855,59.

Figura 12 - Gráfico *boxplot* dos resultados da simulação de Monte Carlo de Uruburetama para os procedimentos pactuados com Itapipoca

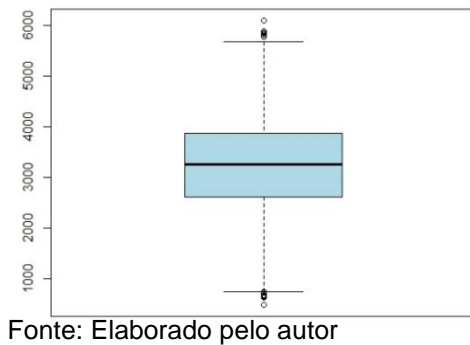
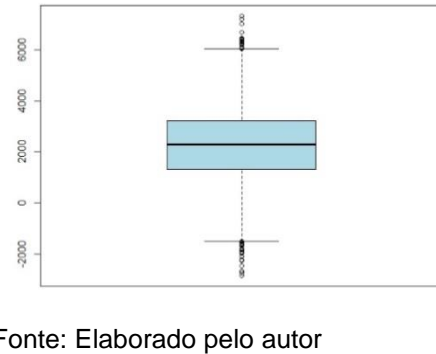


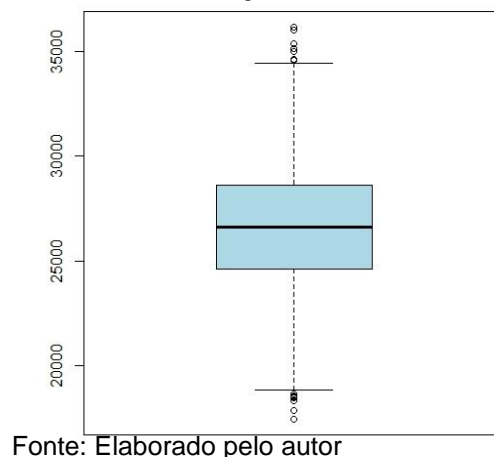
Figura 13 - Gráfico *boxplot* dos resultados da simulação de Monte Carlo de Uruburetama para os procedimentos pactuados com Fortaleza



Itapipoca, em seu duplo caráter nesse processo, ora como município de referência, recebendo a demanda dos demais da região, ora como contratante dos serviços de outros, merece uma atenção especial e tem papel crucial na decisão de implantar ou não esse modelo de Câmara de Compensação.

Como município de referência para os outros municípios da região, Itapipoca está responsável por uma gama de procedimentos que foram pactuados para lá serem realizados. Nesse modelo de Câmara de compensação a não realização do pactuado resulta em reembolso de recursos a estes destinados, as simulações realizadas nessa lógica apontaram os montantes que possivelmente Itapipoca teria que devolver, pois as simulações não mostraram possibilidades de, nesse primeiro caráter, ele receber reembolso por ter superado o pactuado. A Figura 14 mostra o gráfico *boxplot* resultante da simulação para esse contexto.

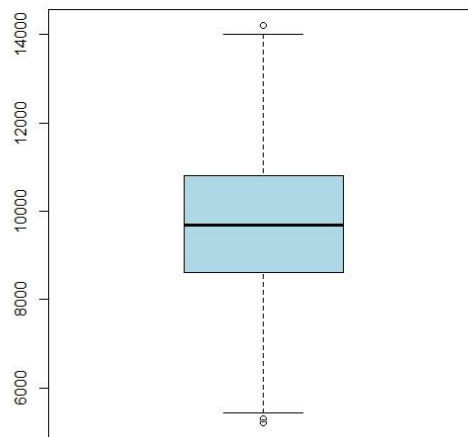
Figura 14 - Gráfico *boxplot* dos resultados da simulação de Monte Carlo de Itapipoca como referência para os demais municípios da região



A Figura 14 mostra que a compensação paga por Itapipoca girará em torno de R\$ 26.601,10 com uma grande amplitude que pode variar de R\$ 20.647,09 a R\$ 32.555,11, ficando a variação mais provável entre R\$ 24.635,75 e R\$ 28.605,09.

Em seu segundo caráter, como quem pactuou com Fortaleza para que esse realizasse determinados procedimentos, Itapipoca, pelas simulações realizadas, recebe as compensações demonstradas na Figura 15.

Figura 15 - Gráfico boxplot dos resultados da simulação de Monte Carlo de Itapipoca como demandante por serviços

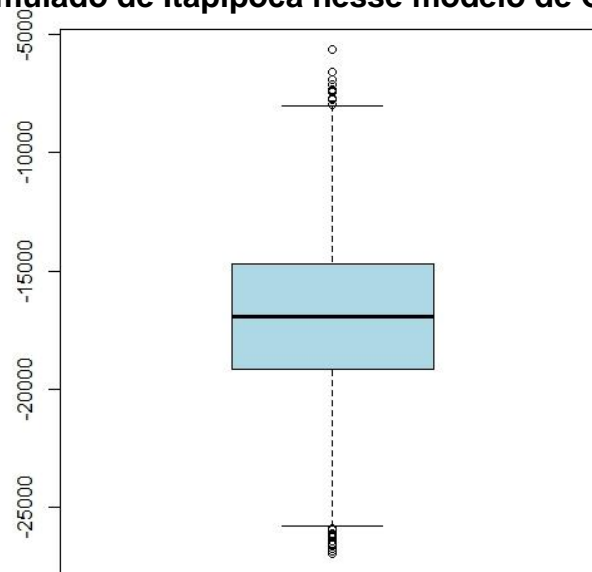


Fonte: Elaborado pelo autor

Observando a Figura 15 percebe-se que Itapipoca receberá compensação numa mediana de R\$ 9.692,82 e a amplitude da área que representa maior probabilidade é relativamente pequena, variando de R\$ 8.602,56 a R\$ 10.795,65, a amplitude de menor probabilidade, porém não desprezível, vai de R\$ 6.403,18 a R\$ 12.982,46.

A relação entre os dois perfis de Itapipoca lhe confere um balanço desfavorável, tendendo ao negativo, mas o segundo ameniza o impacto do primeiro. A Figura 16 demonstra o saldo simulado de Itapipoca nesse modelo de Câmara de Compensação.

Figura 16 - Saldo simulado de Itapipoca nesse modelo de Câmara de Compensação



Fonte: Elaborado pelo autor.

Na Figura 16 é possível verificar que a mediana, por tanto o eixo mais provável ao redor do qual girará o possível saldo de Itapipoca será de R\$ - 16.916,30.

6 CONSIDERAÇÕES E CONCLUSÕES

Apesar da literatura escassa sobre Câmara de Compensação, foi possível perceber que os modelos relatados não respondem às necessidades dos municípios do estado do Ceará, que demandam por serviços programados e não os recebem, mantendo a lógica injusta de pagar sem retorno. O modelo aqui proposto mostrou-se eficiente e eficaz como solução para essa injustiça na Região de Saúde de Itapipoca. Pelas características dos municípios componentes e da região mostra-se possível replicar o modelo nas demais regiões do interior do Ceará.

Para qualquer modelo de acompanhamento de procedimentos que possa ser proposto o número exorbitante de procedimentos a serem acompanhados será um fator limitador ou inviabilizador, fazendo-se necessário que se elenque procedimentos prioritários. Para esse fim, a curva ABC mostrou-se não só eficiente, mas bastante prática e de fácil utilização, não exigindo ferramentas computacionais além do programa *Microsoft Office Excel 2016*® e nem grandes conhecimentos para seu manuseio.

Essa técnica nos permitiu identificar ações e procedimentos prioritários a serem utilizados para acompanhamento constante em uma possível Câmara de Compensação, seja no modelo aqui proposto ou em outra proposta que venha surgir.

A simulação de Monte Carlo demonstrou os impactos que a implantação da Câmara de Compensação poderá trazer, mostrando que há disparidade entre o demandado, o programado e o executado. Embora a simulação de Monte Carlos seja composta por um grande número de simulações para tornar suas previsões mais precisas e robustas, a utilização do programa *Microsoft Office Excel 2016*® deu agilidade ao processo, tornando-o de fácil execução sem que haja perda da transparência e confiabilidade no resultado adquirido.

Com a simulação mostrou-se as possibilidades do volume de recursos que seriam reembolsados para cada município em cada situação, mostrando desde as situações mais prováveis até as menos prováveis, permitindo, assim, previsões orçamentárias e organizacionais.

Uma consequência possível do processo de implantação seria uma prévia reorganização da programação, evitando grandes distorções como as de Trairi e de Miraíma. Nesse primeiro, diminuindo a possibilidade ou o montante que reembolsará

aos municípios com quem tem programação, já no segundo, a reorganização poderá tornar mais justa a Câmara de Compensação otimizando sua programação às suas reais necessidades e amenizando substancialmente o impacto negativo que a CC pode trazer sobre Itapipoca, ampliando as possibilidades de aceitação e implantação da CC na região.

A Câmara de Compensação proposta tem como característica o reembolso para o município que não tiver suas programações priorizadas, devidamente atendidas, integral ou parcialmente, ou para o município que as atenderem para além do programado. A Câmara deve ser executada a cada quatro meses, para evitar que meras sazonalidades causem impactos indesejados e deve ser acompanhada por uma equipe técnica formada por membros indicados pelos gestores dos municípios envolvidos e um membro representante do estado. A cada ano, ou antes, se for identificada alguma necessidade, deve-se refazer o processo de priorização, usando a curva ABC e reaplicando a técnica Monte Carlo para simular os novos impactos que esse novo rol de prioridades trará.

REFERENCIAS

BARROS, Sandra Garrido de; CHAVES, Sônia Cristina Lima. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília ,v.12, n.1, p.41-51, mar. 2003. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2011. 223 p. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/arquivos/file/miolo%20livro%204.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2017.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm> . Acesso em: 2 set. 2017.

_____. Lei Federal n. 12.466, de 24 de agosto de 2011b. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 25 agosto. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12466.htm>. Acesso em: 9 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. **SAI**: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/ambulatoriais/sia>>. Acesso em: 12 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas. **Diretriz de Avaliação Econômica**. 2.ed. Brasília: MS, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 29 jun. 2011. Seção 1, p.1-3.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução CIT/MS 03 de 30 de janeiro de 2012**. Dispõe sobre normas gerais e fluxos do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2012.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0003_30_01_2012.html>. Acesso em: 22 set. 2017.

_____. Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1º de outubro de 2015.

_____. Tribunal de Contas da União. **Acórdão nº 707/2010**. Plenário. Relator: Ministro JOSÉ JORGE. Processo: 014.719/2009-6. Sessão de 07 de abril de 2010b. Disponível em:

<<https://contas.tcu.gov.br/pesquisaJurisprudencia/#/detalhamento/11/1471920096.PROC/%2520/DTRELEVANCIA%2520desc%2520C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/false/1/false>> Acesso em: 08 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010.

Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/BRASIL/ConfederacaoNacionaldeMunicipios-CNM/Posicionamentoacerca dosProjetosdeLei1645/15,2748/15eSubstitutivo.OFICIOCIRCULARnº97/2017_CNM/BSB. Brasília, 18 de outubro de 2017. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/10/C_0097_17_COAP_Regionaliza%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2018.

CARVALHO, José Mexia Crespo de. **Logística**. 3.ed. Lisboa: Silabo, 2002.

CEARÁ. (Estado). Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Políticas de Saúde: regionalização**. Fortaleza: SESA, 2010. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao>>. Acesso em: 12 out. 2016.

_____. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Plano Diretor de Regionalização**. Fortaleza: SESA, 2014. Disponível em:

<<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads/category/99-plano-diretor-de-regionalizacao-pdr-2014?download=1536%3Aplano-diretor-de-regionalizacao-das-acoes-e-servicos-de-saude-pdr-do-estado-do-ceara-2014>> . Acesso em: 9 out. 2017

_____. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Resolução CIB/Ce 115 de dezembro de 2016. **Dispõe sobre a não assinatura de aditivos aos 22 (vinte e dois) Contratos Organizativo da Ação Pública de Saúde –COAP**. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads/category/128-resolucoes-cib-2016-?download=3271%3Aresolucao-115-na-pasta-da-1o-reuniao-extraordinaria-nao-aditamento-ao-coap>>. Acesso em: 1 out. 2017.

COIMBRA, A. C. M.; HOPFER, K. R. Pólo tecnológico de São José dos Campos: Análise crítica da política pública municipal. **R. bras. Planej. Desenv.**, Curitiba, v.6, n.2, p.313-338, maio/ago. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqpd>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

CONTANDRIOPOULOS, Andre-Pierre et al. L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. **Revue Epidemiologie et Santé Publique**, [S.l.], n.48, p.517-539, 2000.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. In: HARTZ, ZMA. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p.132. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/3zcf/pdf/hartz-8585676361.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2017.

COSTA, M. G. S. et al. Estudo dos custos das internações por cardiopatia isquêmica em indivíduos com e sem diabetes mellitus em centro de referência cardiológico do Sistema Único de Saúde brasileiro. **J Bras Econ Saúde**, Belo Horizonte, v.8, n.2, p.118-124, 2016. Disponível em: <<http://www.jbes.com.br/images/v8n2/118.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2017.

FENILI, R.; CORREA, C.; BARBOSA, L. Planejamento estratégico em saúde: ferramenta de gestão para o complexo de regulação em saúde. **Gestão e Saúde**, [S.l.], v.8, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/23917>>. Acesso em: 20 ago. 2017

FERREIRA, A. O.; MACHADO, N. R. DOS S. Método de simulação de Monte Carlo em desenvolvimento de uma ferramenta versátil para análise quantitativa de riscos em gestão de projetos. **Revista de Ciências Gerenciais**, [S.l.], v.16, p.223–244, 2012.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução de Joice Elias Costa. 3.ed. Porto Alegre: Artemed, 2009.

FURTADO, Juarez Pereira; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.12, p.2643-2655, dec. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001202643&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2016

GARCIA, S. et al. Applying Monte Carlo Simulation in predicting costs of manufacturing companies: the case of companhia vale do rio doce. **Revista de Contabilidade e Organizações–FEA-RP/USP**, São Paulo, v.4, n.10, p.152–173, 2010.

GERSCHMAN S. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Europeia e Brasil. **Ciênc., Saúde Coletiva**, [S.l.], v.13, n.5, p.1441-1451, 2008.

GOYA, Neusa et al. State health managers' perceptions of the Public Health Action Organizational Contract in the State of Ceará, Brazil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.1235-1244, apr. 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401235&lng=en&nrm=iso> . Acesso em: 20 jun. 2017.

KOERICH, C. et al. Financiamento Em Saúde: análise da produção científica no período 2007-2013. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S.l.], v.30, n.3, 2016.

LEOPARDI, M. T. et al. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Palotti, 2001.

LOBO, t. Avaliação de processos e impactos em programas sociais – algumas questões para reflexão. In: RICO, E. M. **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. São Paulo: Cortez-Instituto de Estudos Especiais, 2009.

MACÊDO, D.G. et al. Determinação do Custo Assistencial em Planos de Saúde Através de Simulação. In: CONGRESSO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO , 27, 2007, Fox do Iguaçu. **Anais...** Fox do Iguaçu: ENEGEP, ABEPRO, 2007. Disponível em:

<http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2007_TR590445_0022.pdf> . Acesso em: 20 nov. 2017

MENDES, Antonio da Cruz Gouveia. **Delicadeza esquecida: avaliação da qualidade das Emergências**. Recife: UFPE, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAS GERAIS. O choque de gestão em Minas Gerais: resultados na saúde. In: MARQUES, Antonio Jorge de Souza; MENDES, Eugenio Vilaça; LIMA, Helidea de Oliveira. (Orgs.). **Resultados na saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010. 360p. Disponível em:

<www.saude.mg.gov.br/publicacoes/planejamento-gestao-em-saude/Choque_de_gestao_Resultadosdasaude.pdf>. Acesso em: 08 out. 2017.

MINAYO, Maria Cecília S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7.ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

PINHEIRO Filho FP, SARTI FM. Falhas de mercado e redes em políticas públicas: desafios e possibilidades ao Sistema Único de Saúde. **Cien. Saúde Colet.**, [S.l.], 2012

POLIANA DE, N.; SANTOS, S.; GUSSI, A. F. Aportes teórico-metodológicos de uma pesquisa avaliativa: considerações a partir do estudo do REUNI na UFT. **Revista Aval**, [S.l.], v.1, n.9, p.43–54, 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PONTES, Ana Edite Lopes. **Gestão de estoques: utilização das ferramentas curva ABC e classificação XYZ em uma farmácia hospitalar**. 2013. 44 f. Trabalho de

Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia,) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013

TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL. **Informações sobre as eleições:** eleições 2016. Brasília: TSE, 2016. Disponível em: <<http://www.tse.jus.br/eleicoes/eleicoes-antiores/eleicoes-2016/eleicoes-2016>>. Acesso em: 12 dez. 2018

APENDICES

APENDICE A - Termo de Fiel Depositário

TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. **José Mário do Couto, CPF:356.140.993-87, Biólogo, Coordenador da 6ª CRES - Itapipoca**, depositário dos documentos consubstanciados na histórico de todos as solicitações, agendadas ou não, incluindo a fila de espera, dos anos de 2015 e 2016 dos municípios da Região de Itapipoca colhidos na 6ª CRES, situada à R. *Esau Alves Aguiar, S/N - Fazendinha - Itapipoca-CE*, após ter tomado conhecimento do protocolo de pesquisa intitulada **IMPLANTAÇÃO DA CÂMARA DE COMPENSAÇÃO COMO TÁTICA PARA SOLUCIONAR OS DESEQUILÍBRIOS FINANCEIROS NA SAÚDE**, que tem como objetivo demonstrar os impactos financeiros positivos da implantação da Câmara de Compensação em uma região de saúde do estado do Ceará, comparar Câmaras de compensação existentes para ajuste às necessidades da região escolhida, identificar as ações e procedimentos prioritários para a CC, averiguar a existência de disparidade entre o demandado, programado e executado, descrever o conhecimento dos gestores sobre câmara de compensação e Realizar simulação computacional dos impactos que a implantação da Câmara poderá trazer, vem, na melhor forma de direito, **AUTORIZAR Raul Tomé de Sousa Filho CPF:889.993.863-68, Enfermeiro, Coordenador da Central de Regulação da 6ª CRES - Itapipoca** a coletar dados para instrumentalização do protocolo de pesquisa, ficando este responsável solidariamente, pela guarda e custódia dos dados e informações que receberam do depositário, resguardando os direitos assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, em especial:

- 1) Garantia da privacidade, da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos envolvidos ou de terceiros;
- 2) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.

Fica claro que o fiel depositário pode, a qualquer momento, retirar sua **AUTORIZAÇÃO** e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional do pesquisador responsável.

Itapipoca, Ce. 20 de Novembro de 2017

José Mário do Couto

APENDICE B - Carta de Anuência para Autorização de Pesquisa

CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilmo. Sr. José Mario do Couto

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada **IMPLANTAÇÃO DA CÂMARA DE COMPENSAÇÃO COMO TÁTICA PARA SOLUCIONAR OS DESEQUILÍBRIOS FINANCEIROS NA SAÚDE**, pelo **Raul Tomé de Sousa Filho**, como requisito, para a obtenção do Título de Mestre com os seguintes objetivos: demonstrar os impactos financeiros positivos da implantação da Câmara de Compensação em uma região de saúde do estado do Ceará, comparar Câmaras de compensação existentes para ajuste às necessidades da região escolhida, identificar as ações e procedimentos prioritários para a CC, averiguar a existência de disparidade entre o demandado, programado e executado, descrever o conhecimento dos gestores sobre câmara de compensação e realizar simulação computacional dos impactos que a implantação da Câmara poderá trazer, necessitando portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos na Central de Regulação desta 6ª CRES – Itapipoca. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Itapipoca, 20 de outubro de 2017.

Raul Tomé de Sousa Filho

() Concordamos com a solicitação

() Não concordamos com a solicitação

José Mário do Couto

Coordenador da 6ª CRES – Itapipoca

APENDICE C - Procedimentos Priorizados

PROCEDIMENTOS PRIORIZADOS

PROCEDIMENTOS PRIORIZADOS PARA AMONTADA
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS
BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO
CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRURGICA
CARDIOLOGIA
CIRURGIA GERAL
CIRURGIA PEDIATRICA
COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)
DERMATOLOGIA
DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)
DOSAGEM DE CALCIO
DOSAGEM DE FERRITINA
DOSAGEM DE FERRO SERICO
DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA
DOSAGEM DE FOSFORO
DOSAGEM DE GLICOSE
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA
DOSAGEM DE POTASSIO
DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)
DOSAGEM DE TRANSFERRINA
DOSAGEM DE UREIA
ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA
ELETROCARDIOGRAMA
ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA
EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA-RASTREAMENTO
EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA BIOPSIA MAC
EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA
GASTROENTEROLOGIA
HEMATOCRITO
HEMATOLOGIA
HEMOGRAMA COMPLETO
MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO
MAMOGRAFIA
MANUTENÇÃO/CONCERTO DE APARELHO ORTODÔNTICO/ORTOPÉDICO
MAPEAMENTO DE RETINA
MASTOLOGIA
NEUROLOGIA

OFTALMOLOGIA
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
OTORRINOLARINGOLOGIA
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATI
PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA
PESQUISA DE HIV POR IMUNOFLUORESCENCIA MAC
PNEUMOLOGIA
PROCTOLOGIA
PUNCAO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA MAC
PUNCAO DE MAMA POR AGULHA GROSSA
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBOSACRA
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CAMARA ANTERIOR D
REUMATOLOGIA
TONOMETRIA
TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO
TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE PUNHO COM
TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO SUP
ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL
ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL
UROLOGIA

PROCEDIEMTNOS PRIORIZADOS PARA ITAPIPOCA
COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)
CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) E
CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) P
DERMATOLOGIA
ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA MAC /MED
ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA
EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORARASTREAMENTO
EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA BIOPSIA MAC
EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA PEÇA CIRURGIC
EXAME ANATOMOPATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA
EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA MAC /MED
GASTROENTEROLOGIA
GINECOLOGIA
IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)
MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO
NEUROLOGIA
OFTALMOLOGIA
ORTOPEDIA

OTORRINOLARINGOLOGIA
PEDIATRIA
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIHIV1 + HIV2 (ELIS
PROCTOLOGIA
PUNCAO DE MAMA POR AGULHA GROSSA MAC /MED
REUMATOLOGIA
TESTE DE ESFORCO / TESTE ERGOMETRICO MAC /MED
UROLOGIA

PROCEDIMENTOS PRIORIZADOS PARA MIRAIMA
ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZAD
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLV
ATENDIMENTO INDIVIDUAL DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO
BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO
CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRURGICA MAC /MED
CARDIOLOGIA
CIRURGIA GERAL
CIRURGIA PEDIATRICA
CIRURGIA VASCULAR
DERMATOLOGIA
DOSAGEM DE CALCIO
DOSAGEM DE FOSFORO
DOSAGEM DE POTASSIO
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)
DOSAGEM DE UREIA
ELETROCARDIOGRAMA
ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA
EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA-RASTRE
FACOEMULSIFICACAO C/IMPLANTE DE LENTE INTRAOCU
GASTROENTEROLOGIA
HEMATOLOGIA
MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO
MAPEAMENTO DE RETINA
NEUROLOGIA
OFTALMOLOGIA
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
OTORRINOLARINGOLOGIA
RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)
TONOMETRIA
TRABECULECTOMIA MAC /MED

TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO MAC /MED
ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL
ULTRA-SONOGRAFIA DE TIREOIDE
ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA
ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL
UROLOGIA

PROCEDIEMNTOS PRIORIZADOS PARA TRAIRI
ATENDIMENTO / ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR
ATENDIMENTO / ACOMPANHAMENTO EM REABILITAÇÃO NAS MULTIPLAS DEFICIÊNCIAS
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS
BIOPSIA/EXERESE DE NODULO DE MAMA - MAC /MED
CARDIOLOGIA
CIRURGIA GERAL
CIRURGIA PEDIATRICA
CIRURGIA VASCULAR
COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)
DERMATOLOGIA
DOSAGEM DE CALCIO
DOSAGEM DE FOSFORO
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA
DOSAGEM DE POTASSIO
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)
DOSAGEM DE UREIA
ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA
ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA
EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA-RASTREAMENTO
EXAME ANATOMO-PATOLOGICO P/ CONGELAMENTO / PARA
FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR -
GASTROENTEROLOGIA
GINECOLOGIA
MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO
MASTOLOGIA
NEUROLOGIA
OFTALMOLOGIA
ORTOPEDIA
OTORRINOLARINGOLOGIA
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELIS
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATI
PNEUMOLOGIA

PROCTOLOGIA
PUNCAO DE MAMA POR AGULHA GROSSA - MAC /MED
REUMATOLOGIA
TESTE DE ESFORCO / TESTE ERGOMETRICO - MAC /MED
TONOMETRIA
TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO - MAC /MED
ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL - MAC /MED
UROLOGIA

PROCEDIMENTOS PRIORIZADOS PARA TURURU
ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATE 24 HO
ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZAD
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS
BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO
BIOPSIA/EXERESE DE NODULO DE MAMA - MAC /MED
CARDIOLOGIA
CIRURGIA GERAL
CIRURGIA PEDIATRICA
COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)
DERMATOLOGIA
DOSAGEM DE CALCIO
DOSAGEM DE FERRITINA
DOSAGEM DE FOSFORO
DOSAGEM DE GLICOSE
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA
DOSAGEM DE POTASSIO
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)
DOSAGEM DE UREIA
ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA
ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA
EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA
GASTROENTEROLOGIA
HEMATOCRITO
HEMOGRAMA COMPLETO
MAMOGRAFIA - MAC /MED
MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO
MAPEAMENTO DE RETINA
MASTOLOGIA
NEUROLOGIA
OFTALMOLOGIA
ORTOPEDIA
OTORRINOLARINGOLOGIA
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELIS
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATI

PNEUMOLOGIA
PUNCAO DE MAMA POR AGULHA GROSSA - MAC /MED
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE)
REUMATOLOGIA
TESTE DE ESFORCO / TESTE ERGOMETRICO - MAC /MED
TONOMETRIA
TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO - MAC /MED
TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO INF
TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO SUP
ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA
ULTRA-SONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA) - MAC /
ULTRASSONOGRAMA DE ABDOMEN TOTAL
ULTRASSONOGRAMA MAMARIA BILATERAL
UROLOGIA

PROCEDIEMTOS PRIORIZADOS PARA UMIRIM
ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZAD
BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNO
BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES - MAC /MED
BIOPSIA/EXERESE DE NODULO DE MAMA - MAC /MED
CARDIOLOGIA
CIRURGIA GERAL
CIRURGIA PEDIATRICA
CIRURGIA VASCULAR
COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) - MAC /MED
CORRECAO CIRURGICA DE ENTROPIO E ECTROPIO - MAC
DERMATOLOGIA
DOSAGEM DE ACIDO URICO - MAC /MED
DOSAGEM DE CALCIO
DOSAGEM DE FOSFORO
DOSAGEM DE GLICOSE - MAC /MED
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA
DOSAGEM DE POTASSIO
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)
DOSAGEM DE UREIA
ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA
ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA
EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA - MAC
EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - PECA CIRURGIC
EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA
EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA - MAC /MED
EXPLANTE DE LENTE INTRA OCULAR - MAC /MED
GASTROENTEROLOGIA

GINECOLOGIA
HEMATOCRITO
HEMODIÁLISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)
HEMODIÁLISE EM PORTADOR DE HIV (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)
IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTE INTRA-OCULAR - LIO
IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)
LARINGOSCOPIA - MAC /MED
MAMOGRAFIA - MAC /MED
MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO
MANUTENÇÃO/CONERTO DE APARELHO ORTODÔNTICO/ORTOPÉDICO
MASTOLOGIA
NEFROLOGIA
NEUROLOGIA
OFTALMOLOGIA
ONCOLOGIA
ORTOPEDIA
OTORRINOLARINGOLOGIA
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATI
PNEUMOLOGIA
PROCTOLOGIA
PUNCAO DE MAMA POR AGULHA GROSSA - MAC /MED
RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR DE FÓTONS E ELÉTRONS (POR CAMPO)
RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR SÓ DE FÓTONS (POR CAMPO)
REUMATOLOGIA
SUBSTITUICAO DE LENTE INTRA-OCULAR - MAC /MED
TESTE DE ESFORCO / TESTE ERGOMETRICO - MAC /MED
TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO - MAC /MED
TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE PUNHO COM
TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO INF
TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO SUP
UROLOGIA

PROCEDEIEMNTOS PRIORIZADOS PARA URUBURETAMA
BIOMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR) - MAC /MED
BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO
BIOPSIA/EXERESE DE NODULO DE MAMA - MAC /MED
CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRURGICA - MAC /MED
CIRURGIA GERAL
CIRURGIA PEDIATRICA
COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)
CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
DOSAGEM DE CALCIO
DOSAGEM DE FOSFORO

DOSAGEM DE POTASSIO
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)
DOSAGEM DE UREIA
ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA
EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA-RASTREAMENTO
EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA - MAC /MED
MAMOGRAFIA - MAC /MED
MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO
MAPEAMENTO DE RETINA
NEUROLOGIA
OFTALMOLOGIA
ORTOPEDIA
OTORRINOLARINGOLOGIA
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELIS
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATI
PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA - MAC
PNEUMOLOGIA
PROCTOLOGIA
PUNCAO DE MAMA POR AGULHA GROSSA - MAC /MED
REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA E FRATURA-LUXACAO
REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA OU LESAO FISARIA D
REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO OU FRATURA / LUXAC
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CAMARA ANTERIOR D
REUMATOLOGIA
REVISAO C/ TROCA DE APARELHO GESSADO EM MEMBRO
TESTE DE ESFORCO / TESTE ERGOMETRICO - MAC /MED
TONOMETRIA
TRABECULECTOMIA - MAC /MED
TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO - MAC /MED
TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA NA CINTURA
ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL - MAC /MED