

MARIA LEDA OLIVEIRA DE MUNER  
MÁRCIA PORTUGAL SIQUEIRA  
GUSTAVO OLIVEIRA DE MUNER  
PITIGUARA DE FREITAS COELHO  
(Organizadores)

# AUDITORIA E REGULAÇÃO EM SAÚDE NO ESPÍRITO SANTO

COMPROMISSO COM A ÉTICA E A TRANSPARÊNCIA NA GESTÃO



Editora  
Milfontes

# **Auditoria e Regulação em Saúde no Espírito Santo**



Copyright © 2019, Maria Leda Oliveira De Muner [et. al.].

Copyright © 2019, Editora Milfontes.

Avenida Adalberto Simão Nader, 1065 - 302, República, Vitória - ES, 29070-0053.

**Compra direta e fale conosco:** <https://editoramilfontes.com.br>

**Distribuição nacional em:** [www.amazon.com.br](http://www.amazon.com.br)

[editor@editoramilfontes.com.br](mailto:editor@editoramilfontes.com.br)

Brasil

### **Editor Chefe**

Bruno César Nascimento

### **Conselho Editorial**

- Prof. Dr. Alexandre de Sá Avelar (UFU)  
Prof. Dr. Arnaldo Pinto Júnior (UNICAMP)  
Prof. Dr. Arthur Lima de Ávila (UFRGS)  
Prof. Dr. Cristiano P. Alencar Arrais (UFG)  
Prof. Dr. Diogo da Silva Roiz (UEMS)  
Prof. Dr. Eurico José Gomes Dias (Universidade do Porto)  
Prof. Dr. Fábio Franzini (UNIFESP)  
Prof. Dr. Hans Ulrich Gumbrecht (Stanford University)  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>a</sup>. Helena Miranda Mollo (UFOP)  
Prof. Dr. Josemar Machado de Oliveira (UFES)  
Prof. Dr. Júlio Bentivoglio (UFES)  
Prof. Dr. Jurandir Malerba (UFRGS)  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>a</sup>. Karina Anhezini (UNESP - França)  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Beatriz Nader (UFES)  
Prof. Dr. Marcelo de Mello Rangel (UFOP)  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rebeca Gontijo (UFRRJ)  
Prof. Dr. Ricardo Marques de Mello (UNESPAR)  
Prof. Dr. Thiago Lima Nicodemo (UERJ)  
Prof. Dr. Valdeí Lopes de Araújo (UFOP)  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>a</sup> Verónica Tozzi (Univerdidad de Buenos Aires)

### **Cadernos de Estudos Capixabas**

- Cilmar Franceschetto (Arquivo Público do Estado do ES)  
Prof. Dr. Júlio Bentivoglio (UFES)  
Prof. Dr. Leandro do Carmo Quintão (IFES-Cariacica)  
Prof. Dr. Rafael Cerqueira do Nascimento (IFES-Guarapari)  
Prof. Dr. Ueber José de Oliveira (UFES)

### **Cadernos de Políticas Públicas**

- Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>a</sup> Janice Gusmão (EMESCAM)  
Prof. Dr. Renato de Almeida Andrade (UFES)

### **Cadernos de Ciências Políticas**

- Prof. Dr. Pablo Ornelas Rosa (UVV)  
Prof. Dr. Ueber José de Oliveira (UFES)  
Prof. Dr. Vitor de Angelo (UVV)

MARIA LEDA OLIVEIRA DE MUNER  
MARCIA PORTUGAL SIQUEIRA  
GUSTAVO OLIVEIRA DE MUNER  
PITIGUARA DE FREITAS COELHO  
(Organizadores)

# Auditoria e Regulação em Saúde no Espírito Santo

Compromisso com a ética e a transparência na gestão

*Volume I*

Compartilhando responsabilidades com as  
Funções da gestão do SUS



**EDITORA MILFONTES**

Vitória, 2019

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra poderá ser reproduzida ou transmitida por qualquer forma e/ou quaisquer meios (eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópia e gravação digital) sem a permissão prévia da editora.

### **Revisão**

Lílian Cristiane Moreira - *Revisão gramatical e ortográfica*  
Marcia Portugal Siqueira - *Revisão Técnica*

### **Capa**

Imagem da capa:  
*Gestão em Saúde* - Adaptação: Maria Luiza Fontana Nascimento  
Bruno César Nascimento - *Aspectos*

### **Projeto Gráfico e Editoração**

Bruno César Nascimento

### **Impressão e Acabamento**

GM Gráfica e Editora

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

---

A912 Auditoria e regulação em saúde no Espírito Santo: compromisso com a ética e a transparência na gestão. Volume I: compartilhando responsabilidades com as funções da gestão do SUS. Maria Leda Oliveira De Muner, Marcia Portugal Siqueira, Gustavo Oliveira De Muner, Pitiguara de Freitas Coelho (organizadores).  
Vitória: Editora Milfontes, 2019.  
280 p. : 23 cm

Inclui Bibliografia.

ISBN: 978-85-94353-66-5

1. Auditoria 2. Espírito Santo 3. Saúde I. De Muner, Maria Leda Oliveira II. Siqueira, Márcia Portugal III. De Muner, Gustavo Oliveira IV. Coelho, Pitiguara de Freitas V. Título.

CDD 353.6

## Sumário

Agradecimentos.....	7
Palavras da Emescam.....	9
Apresentação.....	11

### PARTE I

#### *Gestão em Saúde: auditoria e regulação*

Tribunais de Contas: perspectiva constitucional do controle externo e o benefício social.....	17
---	----

*Juliana Simplicio Morais Nobre*

A relação entre o gasto dos municípios do estado do Espírito Santo e o impacto na qualidade da saúde: um estudo realizado entre os anos de 2013 a 2016.....	21
---	----

*Elda Coelho de Azevedo Bussinguer & Alfredo Alcure Neto*

O auditor, a ética e seus conflitos.....	37
--	----

*Ana Cássia Soares Carreiro & Kátia Aguiar Azeredo Ferreira*

Auditoria de Enfermagem: a contribuição dos registros de enfermagem para uma boa avaliação da qualidade dos serviços prestados .....	47
--	----

*Letícia Dalmaschio Biasutti & Livia Tose Laurett*

A auditoria em saúde como ferramenta para o controle interno das instituições públicas: desafios para a Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Espírito Santo .....	55
---	----

*Kesia Margotto Caliar*

A importância da padronização do fluxo de aquisição de órteses, próteses e materiais especiais - dispositivo médico implantável .....	65
---	----

*Lara Lopes Macedo Prates & Priscila Barbosa Ferreira Rosa Oliveira*

Auditoria em saúde: uma abordagem sobre glosas, auditoria de custos e da qualidade .....	75
--	----

*Karla Katiele Jaretta*

## PARTE II

### *Gestão em Saúde: temas estratégicos*

Financiamento do SUS e os sistemas de informações em saúde na atenção básica: uma abordagem sobre a suspensão dos recursos financeiros federais pela não alimentação dos bancos de dados do Ministério da Saúde..... 93

*Alexsandro de Moraes Vimercati, Mário Luiz de Oliveira Gomes Frigeri*

Judicialização da Saúde: impactos na Região Norte de Saúde do Espírito Santo..... 129

*Daniela Pinheiro de Araújo & Meirielli Vieira Bruzeguini*

Pesquisa clínica: uma revisão bibliográfica sobre condutas irregulares, fraudes e práticas indevidas na evolução dos ensaios clínicos ..... 141

*Yasmin da Silva Chaves*

Impactos e desafios na gestão do absenteísmo do paciente nos atendimentos de serviços de saúde ..... 153

*Antonio Wilson Fiorot, José Fernando Ferreira Bastos & Priscila Bacchetti Cezar*

Gestão de políticas públicas em rede: o Programa Bolsa Família e o Programa de Segurança Alimentar e Nutricional e suas interfaces entre saúde e assistência social ..... 167

*Edilene Souza da Silva Neves, Maria Angela Rosa Soares & Maria Leda Oliveira De Muner*

## PARTE III

### *Gestão em Saúde: relatos de casos*

Programação Pactuada e Integrada da atenção à saúde: a experiência do estado do Espírito Santo..... 191

*Marcia Portugal Siqueira*

A dinâmica da oferta de leitos no SUS do ES: breve histórico e dados de 1990 a 2017 e contexto atual..... 237

*Ricardo de Oliveira, Marcia Portugal Siqueira, Francisco José Dias da Silva & Laudeir Angelo Delmaschio*

Projeto Mais Médicos para o Brasil: uma política de acesso ..... 269

*Tânia Mara Ribeiro dos Santos & Érika Cardoso dos Reis*

Os Organizadores..... 281

## *Agradecimentos*

Agradecemos aos nossos alunos que se empenharam na busca de conhecimentos para contribuir com a construção deste livro, a todos os autores, à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), à Secretaria de Estado da Saúde (Sesa) e às Secretarias Municipais de Saúde – SEMUS, por estimularem seus trabalhadores a se especializarem na área. Aos parceiros e patrocinadores deste empreendimento – a Associação dos Municípios do Espírito Santo (Amunes), Tribunal de Contas do Espírito Santo, Empresa GVIX e a Farmácia Preço Baixo, parceiros importantes para a realização deste trabalho.

Agradecemos aos professores-orientadores dos trabalhos de conclusão do curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Regulação e Auditoria em Saúde, Carlos Eduardo Viana de Freitas, Dorival Izidoro Angelo, Gustavo Oliveira De Muner, Karina Angélica Santiago Uchôa Abu Ghazaleh, Marcia Portugal Siqueira e Paulo Rangel.

Agradecimento especial ao maior incentivador desta obra, Dr. Flavio Takemi Kataoca.

*Muito Obrigado!*

Maria Leda Oliveira De Muner  
Marcia Portugal Siqueira  
Gustavo Oliveira De Muner  
Pitiguara de Freitas Coelho





## *Palavras da Emescam*

A área da saúde é uma das mais potentes na produção científica nacional e, neste contexto, o estado do Espírito Santo vem ampliando sua contribuição. A EMESCAM, uma das mais importantes instituições de ensino do Estado, segue com sua missão de produzir saberes por meio de publicações abrangentes e de caráter didático, com a finalidade de capacitar a força de trabalho que atua nos setores da saúde pública e privada.

A EMESCAM contribuiu para organizar este livro com a iniciativa do curso de especialização *lato sensu* em Regulação e Auditoria da Saúde, no sentido de divulgar, extramuros, a produção científica acumulada por alunos e professores das turmas iniciais do curso.

Este livro parte da experiência prática dos nossos pós-graduandos que, em sua maioria, trabalham em serviços públicos de saúde, com relatos das experiências exitosas vivenciadas em seu universo de atuação.

Temos por princípio que a boa teoria orienta a boa prática e que a boa reflexão precisa ser traduzida em ação em benefício da sociedade. Ações transformadoras de uma realidade requerem bons diagnósticos para que possam ser elaboradas boas propostas de intervenção nessa realidade. Neste contexto, a EMESCAM estimula seus graduandos e pós-graduandos a desenvolverem estudos e pesquisas que possam contribuir para o aprofundamento do conhecimento da realidade capixaba.

A pluralidade das responsabilidades sanitárias e, conseqüentemente, de ações que envolvem a prestação de serviços públicos e privados requer a integração ensino-serviço para dar respostas adequadas às diferentes necessidades sociais, presentes no Estado e em cada um de seus municípios, por meio de políticas que impactem positivamente na saúde e na qualidade de vida da população.

Com este livro, a EMESCAM pretende disseminar as informações qualificadas, objeto de estudos realizados pelos educandos e professores do curso de pós-graduação, e reafirmar seu compromisso em graduar, pesquisar, especializar e, sobretudo, formar sujeitos críticos, Sujeitos esses capazes de atuar em qualquer serviço de saúde, com conhecimento técnico e qualidade das práticas do dia a dia, para promover o cuidado aos cidadãos no Sistema Público de Saúde (SUS), como também a atuação em serviços privados, em ambos com a mesma dedicação, competência e qualidade.

Temos a convicção de que o conteúdo desta obra promoverá reflexões, inquietações e desejos de mudanças pelos gestores da Saúde, apoiando seus processos de decisão e execução da ação em benefício da sociedade, a partir de cada um dos temas abordados que têm, além de um caráter acadêmico, um caráter prático para o aprimoramento contínuo dos profissionais de saúde.

Esperamos que esta publicação seja a primeira de uma série e que seja uma aliada dos trabalhadores da saúde pública e privada, principalmente para os gestores do SUS, para a efetivação de iniciativas que qualifiquem as práticas de saúde, na importante missão de bem atender às necessidades da população.

*Maria da Penha D'Ávila*

*Provedora da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, ES*

*Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, ES*

# *Apresentação*

Este livro representa a junção de trabalhos de conclusão de curso elaborados pelos pós-graduandos de duas turmas do curso de especialização lato sensu em Regulação e Auditoria em Saúde no formato de artigos, transformados em capítulos. Trata-se de uma iniciativa que visa intensificar o diálogo da academia com os serviços de saúde, em consonância com a missão da EMESCAM, que é a de formar trabalhadores para atuação na área da saúde. Para tanto, foram envidados esforços para a construção de uma obra que ampliasse essa possibilidade, a partir de articulações realizadas entre a coordenação da pós-graduação, organizadores deste livro, pós-graduandos e seus orientadores na elaboração dos trabalhos de conclusão do curso.

A escolha dos capítulos norteou-se por três dimensões: artigos que tratam de regulação e auditoria nos sistemas de saúde público e privado, temas relevantes para a gestão do SUS e da saúde complementar e relatos de experiências exitosas na prática do cotidiano dos serviços, contemplando conteúdos relevantes que dialogassem com a realidade, elaborados a partir da percepção dos próprios educandos.

Para a estruturação dos quinze capítulos, foram identificados temas de alta relevância, agregados por conteúdos afins que pudessem compor as três partes do livro: Parte I – GESTÃO EM SAÚDE: Auditoria e Regulação; Parte II – GESTÃO EM SAÚDE: temas estratégicos; Parte III - GESTÃO EM SAÚDE: relatos de casos e experiências exitosas.

A Parte I contempla sete capítulos, sendo que o primeiro abre a possibilidade de alinhamento conceitual e operacional sobre o que representam e como atuam os Tribunais de Contas, mais especificamente os tribunais estaduais, que têm por mister o controle das contas públicas. O seguinte aborda a relação entre o gasto dos municípios do estado do Espírito Santo e o impacto na qualidade da saúde, a partir de dados e informações do Tribunal de Contas do ES e no site da FIRJAN (Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro). Na sequência é abordado o tema auditoria na área de enfermagem, um tema extremamente importante que trata dos registros profissionais em documentos como os prontuários dos pacientes, formulários ambulatoriais e hospitalares para os registros dos cuidados prestados e outros documentos assistenciais, para uma boa avaliação da qualidade de seus serviços. Sequencialmente,

aborda-se a auditoria como ferramenta para o controle interno das instituições públicas, mostrando uma experiência e os desafios para a Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, bem como a importância da padronização do fluxo de aquisição de órteses, próteses e material especial, enfatizando os dispositivos médico-implantáveis. Finalizando esta parte, há uma abordagem sobre glosas, auditoria de custos e da qualidade.

Na segunda parte, composta por cinco capítulos, são apresentados temas estratégicos e concretos que são transversais à gestão do SUS, agregados por algum grau de afinidade entre si, bem como de temas que embora não sejam diretamente afetos ao SUS, guardam certa relação com as ações de saúde pública como a pesquisa clínica e condicionalidades do Programa Bolsa Família. O primeiro capítulo desta parte provocará muitas reflexões e inquietações, principalmente aos gestores do SUS, no que concerne aos recursos de origem federal direcionados para a atenção primária, pois trata da suspensão de recursos pela não alimentação dos bancos de dados do Ministério da Saúde, com informações indispensáveis à manutenção da regularidade da transferência desses recursos para os Fundos Municipais de Saúde. Outra abordagem, que perpassa o dia a dia dos gestores do SUS, é a judicialização da saúde no Espírito Santo, revelando seus efeitos na Região Norte de Saúde. A pesquisa clínica vem delineada no capítulo seguinte, por meio de uma revisão bibliográfica sobre condutas irregulares, fraudes e práticas indevidas na evolução dos ensaios clínicos. O absenteísmo, decorrente da não utilização dos serviços de saúde, é um dos grandes desafios atuais do sistema público, principalmente nas consultas e exames especializados, pela multicausalidade dessa conduta de não comparecimento aos serviços previamente agendados e, por fim, esta parte se encerra com um capítulo que trata das condicionalidades do Programa Bolsa Família e do Programa de Segurança Alimentar e Nutricional e suas interfaces com o setor da saúde pública e da assistência social.

A terceira parte desta obra traz três capítulos, sendo que o primeiro revela uma experiência exitosa desenvolvida na Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo - a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI) – que mostra a relação direta que este instrumento de planejamento assistencial deve ter com a Rede Estadual de Atenção à Saúde e suas redes temáticas regionais, bem como com o princípio da integralidade na atenção aos usuários do SUS, reafirmando o papel da PPI como parte da garantia do direito dos cidadãos à saúde, expresso na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Uma dimensão muito tensa do SUS que se estende por todo o país, e no Estado não é diferente, é o acesso da população às internações hospitalares e, neste cenário, esse capítulo revela, na linha do tempo e no contexto atual, a dinâmica da oferta de leitos no ES, enfatizando os avanços ocorridos na última década e revelando que ainda há desafios nesta área tão sensível do sistema público de saúde. Por fim, o Projeto Mais Médicos para o Brasil é relatado como uma política efetiva

para o acesso dos brasileiros à ação saúde, a partir de reflexões que as autoras vivenciaram no estado do Espírito Santo.

As ideias aqui apresentadas cumprem a função de promover reflexões e subsidiar discussões e tomada de decisão pelos gestores e trabalhadores do SUS e do setor privado da saúde sobre os temas atuais que perpassam os sistemas e os serviços de saúde.

Neste esforço editorial não pretendemos esgotar a discussão, nem mesmo nos aprofundarmos nos temas abordados, mas tão somente divulgarmos este conhecimento construído a várias mãos. Desejamos que esta iniciativa se multiplique e que sirva de inspiração e estímulo para que os estudantes do curso de Regulação e Auditoria em Saúde em andamento – e de novas turmas – possam oferecer, à comunidade acadêmica e à força de trabalho que atua na área da saúde, novos elementos informativos e compreensivos sobre a saúde pública. A realidade só pode ser transformada por aqueles que têm a capacidade de compreendê-la.

Essas foram as premissas que motivaram os organizadores deste empreendimento, reafirmando a ideia de que as práticas em saúde são fontes de teoria viva, e os estudantes são protagonistas na difusão dos saberes e práticas, em coerência com os princípios ideológicos e de desenvolvimento do SUS.

*Os organizadores*



# **PARTE I**

*Gestão em Saúde: auditoria e regulação*





## TRIBUNAIS DE CONTAS: PERSPECTIVA CONSTITUCIONAL DO CONTROLE EXTERNO E O BENEFÍCIO SOCIAL

Juliana Simplício Morais Nobre<sup>1</sup>

Este texto trata de breves reflexões sobre o controle externo das instituições realizado por tribunais de contas. Neste contexto, *controle*, nas palavras do ilustre doutrinador Hely Lopes Meirelles, em relação à Administração Pública, “é a faculdade de vigilância, orientação e correção que um poder, órgão ou autoridade exerce sobre a conduta funcional do outro”. O *controle*, em verdade, pode ser realizado pelo próprio ente que executa a despesa – sendo este o conhecido *controle interno* – ou por terceiros, na modalidade denominada *controle externo*.

Em se tratando de controle externo, pode-se dizer que um marco importante no Brasil foi a criação, por meio do Decreto nº 966-A, de 7 de novembro de 1890, do Tribunal de Contas, após proposição do então Ministro da Fazenda Ruy Barbosa, com o objetivo de examinar, revisar e julgar os atos concernentes a receitas e despesas da República. As Cortes de Contas, na sequência, ganharam destaque com o assento constitucional, passando a figurar, a partir daí, em todas Magnas Cartas Brasileiras, inclusive naquelas que foram outorgadas.

Atualmente, o Brasil conta com 34 Tribunais de Contas, dos quais 27 são estaduais, responsáveis, em linhas gerais, pela fiscalização das despesas tanto do respectivo estado quanto dos municípios que o compõem. Há ainda o Tribunal de Contas da União, cuja competência cinge-se ao controle externo no âmbito federal.

Há de se considerar, ainda, a existência dos dois Tribunais de Contas do Município (TCM) e, em que pese a vedação constitucional à sua criação, os dois que já funcionavam antes da promulgação da Constituição Federal permanecem ativos no Rio de Janeiro e em São Paulo. Além disso, alguns estados optaram por criar Cortes para fiscalizar os municípios de sua circunscrição, tais sejam a Bahia, Ceará, Goiás e Pará.

Assim, volvendo-se à previsão constitucional, a Carta da República de 1988, em seu artigo 2º, estabeleceu como Poderes da União, independentes e harmônicos entre si, o Poder Legislativo, o Executivo e o Judiciário. Trata-se do chamado “Princípio da divisão funcional do poder”, na doutrina do constitucionalista Uadi Lammêgo Bulos. Suas atribuições se dividem em

---

<sup>1</sup> Bacharel em Comunicação Social com habilitação em Jornalismo. Bacharel em Direito, Especialista em Direito Ambiental pela Universidade Anhanguera, Técnica Ministerial do Ministério Público do Estado do Rio Grande do Norte, atualmente cedida ao Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo. E-mail: juliana\_simplicio@yahoo.com.br.

funções típicas, que seriam as predominantes, inerentes à sua própria natureza, e aquelas atípicas, ou seja, que se enquadram como típicas de outros poderes.

No caso do Legislativo, o primeiro dos Poderes do Estado, conforme tradicional classificação de Montesquieu, não existe apenas uma função típica, a de legislar. É de responsabilidade do referido Poder a fiscalização contábil, financeira, orçamentária e patrimonial do Poder Executivo, conforme preleciona o artigo 70, *caput*, da Constituição Federal ora vigente, a qual é exercida diretamente pelo Legislativo, ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, à luz do que contempla o artigo 71, da Carta Federal.

O supracitado dispositivo trata, especificamente, da competência do já citado Tribunal de Contas da União, o qual auxilia o Congresso Nacional na fiscalização em âmbito federal. Mas o artigo 75, do mesmo diploma legal, assegurou a aplicação, no que couber, das normas contidas na Seção IX, Capítulo I, aos Tribunais de Contas dos Estados e do Distrito Federal, bem como aos Tribunais de Contas e Conselhos de Contas dos Municípios, quanto à organização, composição e fiscalização.

Nesse cenário é que ganha destaque a competência para julgar as contas dos administradores e demais responsáveis por dinheiros, bens ou valores públicos da administração direta e indireta, o que inclui as fundações e sociedades instituídas e mantidas pelo Poder Público, no esteio do que disciplina o art. 71, inciso II, da Constituição Federal de 1988.

Cabe aqui uma ressalva: as Cortes de Contas não possuem qualquer dependência funcional ou subordinação hierárquica das Assembleias Legislativas, no âmbito estadual, ou do Congresso Nacional, no cenário federal. Sua colaboração, quando prevista, será eminentemente técnica, objetivando também assegurar a imparcialidade no julgamento das contas públicas. Defende Bulos que os Tribunais “possuem *total independência*, cumprindo-lhes, primordialmente, praticar atos administrativos de fiscalização”.

Tal entendimento, destaque-se, é confirmado pela jurisprudência pátria, quando não se admite, por exemplo, a interposição de recurso de uma decisão do Tribunal para a respectiva Assembleia ou para o Congresso Nacional. Suas decisões somente podem ser rediscutidas na seara judicial, face à coisa julgada administrativa. A seguir, apresenta-se o posicionamento da Suprema Corte acerca do tema:

EMENTA: AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE. ARTIGO 78, § 3º, DA CONSTITUIÇÃO DO ESTADO DO PARANÁ. POSSIBILIDADE DE REEXAME, PELO TRIBUNAL DE CONTAS ESTADUAL, DAS DECISÕES FAZENDÁRIAS DE ÚLTIMA INSTÂNCIA CONTRÁRIAS AO ERÁRIO. VIOLAÇÃO DO DISPOSTO NO ARTIGO 2º E NO ARTIGO 70 DA CONSTITUIÇÃO DO BRASIL. 1. A Constituição do Brasil --- artigo 70 --- estabelece

que compete ao Tribunal de Contas auxiliar o Legislativo na função de fiscalização a ele designada. Precedentes. 2. *Não cabe ao Poder Legislativo apreciar recursos interpostos contra decisões tomadas em processos administrativos nos quais se discuta questão tributária.* 3. Ação direta julgada procedente para declarar a inconstitucionalidade do § 3º do artigo 78 da Constituição do Estado do Paraná.<sup>2</sup>

Parte da doutrina pátria, a exemplo do Ministro do Supremo Tribunal Federal Gilmar Ferreira Mendes, defende que não se trata de um “*juízo que produza a coisa julgada dos atos decisórios do Poder Judiciário*”, ante a possibilidade de rediscussão na seara judicial. No entanto, é consabido que a boa atuação dos Tribunais de Contas do país, ao realizar tal julgamento, contribui diretamente para a melhor aplicação do dinheiro público, revertendo benefícios para a sociedade em importantes áreas, tais como educação e saúde.

Assim, alguns aspectos se mostram decisivos para alcançar tais resultados. Um deles é o momento em que esse controle se dá. O controle prévio, ou seja, aquele que acontece antes da execução da despesa pública, não pode ser realizado pelo respectivo Tribunal de Contas, por ser parte da função executiva do ente. Dito de outra forma, não cabe à Corte de Contas autorizar a realização do ato ou contrato de um jurisdicionado. Essa foi a posição defendida pelo Supremo Tribunal Federal em sede da ADI 916, de relatoria do então Ministro Joaquim Barbosa.

O mais comum, de fato, é o controle posterior, aquele realizado quando do encerramento da despesa ou do ato/contrato. Seria, na linguagem coloquial, a prestação de contas do jurisdicionado ao Tribunal, para que o órgão de controle possa verificar e atestar a legalidade do gasto e determinar, em caso de irregularidade, a recomposição ao erário ou a infligência de sanções. No entanto, parece muito mais eficaz o controle concomitante, ou seja, aquele que é feito no mesmo momento em que se executa a despesa. Isso porque, adotando-se a lição de Citadini, “*ainda que se estabeleça um sistema punitivo rigoroso para as irregularidades dos administradores, o que seria um fator de intimidação ao agente público, é certo que ao Estado convém muito mais um órgão que faz corrigir, retificar, alterar, sustar, do que um apenas voltado a punir*”.

Por meio do controle concomitante, busca-se evitar o dispêndio indevido do dinheiro público, ao interromper gastos que porventura afrontem aos princípios da legalidade, economicidade e regularidade, inclusive com o manejo de medidas cautelares – de natureza urgente.

---

2 ADI 523, Relator(a): Min. EROS GRAU, Tribunal Pleno, julgado em 03/04/2008, DJe-197 DIVULG 16-10-2008 PUBLIC 17-10-2008 EMENT VOL-02337-01 PP-00001 RTJ VOL-00207-03 PP-00923, *grifo nosso*.

Um bom exemplo dessa atuação em tempo real, com benefício claro e direto para a sociedade, foi a fiscalização do Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo na aquisição de medicamentos e adequação de farmácias hospitalares. A Corte de Contas Capixaba verificou, durante o processo de compra, se havia o devido planejamento e se as farmácias hospitalares atendiam de forma integral à legislação vigente, tendo determinado, dentre outros, que os gestores observassem se o medicamento entregue correspondia ao produto comprado de acordo com a proposta comercial e ordem de fornecimento.

Ademais, no uso de sua competência e de forma concomitante, é facultado ao Tribunal de Contas a expedição de recomendações. No caso vertente das farmácias hospitalares, recomendou-se a criação de comissão de farmácia e terapêutica, de comissão de infecção hospitalar, de comissão de ética em pesquisa e de uma comissão de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, todas elas com a participação de farmacêuticos.

Vê-se, portanto, que a atuação em tempo real e a boa utilização das competências constitucionalmente asseguradas aos Tribunais de Contas são ingredientes importantes para a correta fiscalização do dinheiro público, com vistas a melhorar a vida da população e conquistar benefícios a curto, médio e longo prazo.

### **Referências:**

BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil (1891)**. Art. 89 - É instituído um Tribunal de Contas para liquidar as contas da receita e despesa e verificar a sua legalidade, antes de serem prestadas ao Congresso. Os membros deste Tribunal serão nomeados pelo Presidente da República com aprovação do Senado, e somente perderão os seus lugares por sentença.

BRASIL. **Decreto n.º 966-A, de 7 de novembro de 1890**. Que cria um Tribunal de Contas para o exame, revisão e julgamento dos atos concernentes à receita e despesa da República.

ADI 523, Relator(a): Min. EROS GRAU, Tribunal Pleno, julgado em 03/04/2008, DJe-197 DIVULG 16-10-2008 PUBLIC 17-10-2008 EMENT VOL-02337-01 PP-00001 RTJ VOL-00207-03 PP-00923.

ADI 916, Relator(a): Min. JOAQUIM BARBOSA, Tribunal Pleno, julgado em 02/02/2009, DJe-043 DIVULG 05-03-2009 PUBLIC 06-03-2009 EMENT VOL-02351-01 PP-00014 RSJADV abr., 2009, p. 39-41.

BULOS, Uadi Lammêgo. **Curso de Direito Constitucional**. 4 ed. ref. e atual. de acordo com a Emenda Constitucional n. 57/2008. São Paulo: Saraiva, 2009.

CITADINI, Antônio Roque. **O Controle Externo da Administração Pública**. São Paulo: Max Limonad Ltda., 1995.

MENDES, Gilmar Ferreira. **Curso de Direito Constitucional**. 6 ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2011.

# A RELAÇÃO ENTRE O GASTO DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO E O IMPACTO NA QUALIDADE DA SAÚDE: UM ESTUDO REALIZADO ENTRE OS ANOS DE 2013 A 2016

Elda Coelho de Azevedo Bussinguer<sup>1</sup>

Alfredo Alcure Neto<sup>2</sup>

## Introdução

De acordo com a Organização Pan Americana de Saúde, a atenção primária, de responsabilidade preponderante, na sua execução, dos municípios brasileiros, atua cuidando das pessoas, realizando ações de promoção de saúde, para a melhoria da qualidade de vida e de prevenção, por meio de intervenções educativas direcionadas à população para evitar o surgimento de doenças, reduzir sua incidência e prevalência na população, até o controle dessas doenças crônicas e cuidados paliativos, em vez de atuar na doença ou condição específica.<sup>3</sup> Esse nível de atenção tem o potencial de atender de 80 a 90% das necessidades de saúde do cidadão no decorrer da sua vida.<sup>4</sup>

Analisando os dados das prestações de contas dos 78 municípios capixabas, entre os anos de 2010 e 2018, o limite de gastos com saúde de 15% não foi atingido em apenas cinco ocasiões nos municípios capixabas, sendo eles: Água Doce do Norte (2016), Dores do Rio Preto (2016), Ponto Belo (2014), São José do Calçado (2010) e Sooretama (2016).<sup>5</sup>

Então, fica o questionamento se o atingimento mínimo constitucional de gastos com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) por si só seria suficiente para a entrega de serviço público de qualidade no âmbito dos municípios? O objetivo dessa pesquisa foi verificar se os investimentos financeiros realizados

---

1 Livre docente pela Uni-Rio, Pós doutora em saúde coletiva pela UFRJ, Doutora em bioética pela UNB, Mestre em direito pela FDV, Professora e Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Direito da FDV.

2 Aluno especial do doutorado em direito da FDV, mestre em Administração pela Fucape, auditor de controle externo e coordenador da Secretaria de Controle Externo de Saúde do TCE-ES.

3 OPAS. **Organização Pan Americana de Saúde**. 2019. [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5858:folha-informativa-atencao-primaria-de-saude&Itemid=843](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5858:folha-informativa-atencao-primaria-de-saude&Itemid=843)

4 *Ibidem*.

5 BRASIL. **Regulamenta os valores mínimos aplicados na saúde, Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Planalto Federal, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jan. p. 1. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm). Acesso em: 25 ago. 2019,

pelos municípios do Estado do Espírito Santo estão impactando positivamente na melhoria da saúde. Para isso, diante da necessidade de se promover um corte metodológico, utilizou-se como indicador de efetividade o Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal na sua dimensão saúde.

O índice FIRJAN, concebido em 2008, se dedica a monitorar o desenvolvimento socioeconômico brasileiro com foco nos municípios, monitorando a evolução de três áreas, a partir da coleta de dados dos respectivos Ministérios, sendo elas: saúde, educação e emprego/renda.<sup>6</sup>

Quadro1: Resumo dos Componentes do IFDM – por Área de Desenvolvimento

Emprego/Renda	Educação	Saúde
Geração de emprego formal; Taxa de formalização do mercado de trabalho; Geração de renda; Massa salarial real no mercado de trabalho formal; Índice de Gini de desigualdade de renda no trabalho formal.	Atendimento à educação infantil; Abandono no ensino fundamental; Distorção idade-série no ensino fundamental, docentes com ensino superior no ensino fundamental; média de horas aula diárias no ensino fundamental e resultado do Ideb no ensino fundamental;	Proporção de atendimento adequado de pré-natal; Óbitos por causas mal definidas; Óbitos infantis por causas evitáveis; Internações sensível à atenção básica.

Fonte: Firjan (2019).

Observa-se que os indicadores considerados na área da saúde estão todos relacionados à atenção básica.

Considerando que o foco deste trabalho é a avaliação de um indicador de efetividade, há de se conceituar as três formas de avaliar desempenho de políticas públicas: eficiência, eficácia e efetividade.<sup>7</sup> A eficiência guarda relação com os custos na forma de racionalização dos recursos disponíveis; a eficácia visa monitorar o resultado dos recursos utilizados, ou seja, a proporção de recursos consumidos em relação às saídas dos processos; já a efetividade mede o impacto, ou seja, as consequências do serviço prestado.<sup>8</sup>

6 FIRJAN - Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro. **IFDM: Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal**, 2019. Disponível em: <https://www.firjan.com.br/ifdm/downloads/>. Acesso em 25 ago. 2019.

7 GHELMAN, S.; COSTA, S. R. R. Adaptando o BSC para o setor público utilizando os conceitos de efetividade, eficácia e eficiência. **Anais do Simpósio de Engenharia da Produção**, Bauru, SP, Brasil, 2006. Disponível em: [http://igepp.com.br/uploads/arquivos/igepp\\_-\\_projeto\\_gestor\\_-\\_estratu00c9gia\\_-\\_estratu00e9gia\\_com\\_balanced\\_\\_scorecard\\_no\\_setor\\_publico.pdf/](http://igepp.com.br/uploads/arquivos/igepp_-_projeto_gestor_-_estratu00c9gia_-_estratu00e9gia_com_balanced__scorecard_no_setor_publico.pdf/). Acesso em: 30 out. 2018.

8 *Ibidem*.

Neste ínterim, busca-se investigar se os investimentos realizados pelos municípios do Estado do Espírito Santo têm o condão de melhorar a nota referente à efetividade dos indicadores que impactam na saúde, que é de competência preponderantemente dos municípios. Assim, surgiu a ideia de analisar a performance da gestão dos municípios por meio do índice FIRJAN-Saúde para que fosse possível comparar com outros indicadores de despesa.

Uma vez definido o índice que avalia o impacto setor saúde, buscou-se nos bancos de dados do Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo (TCE/ES) uma forma de se identificar os recursos dos municípios que foram aplicados na saúde (função), separando por cada categoria (subfunção) a fim de se promover uma análise detalhada da despesa. Na função saúde (código 10), o manual técnico de orçamento da União aponta a existência de 6 subfunções típicas, sendo elas: Atenção Básica (subfunção 301); Assistência Hospitalar e Ambulatorial (subfunção 302); Suporte Profilático e Terapêutico (subfunção 303); Vigilância Sanitária (subfunção 304); Vigilância Epidemiológica (subfunção 305); Alimentação e Nutrição (subfunção 306). Além disso, subfunções atípicas destinadas para a saúde também foram colhidas do banco de dados do TCE/ES, tais como: Defesa do Interesse Público no Processo Judiciário (subfunção 062); defesa da ordem jurídica (subfunção 091) e administração geral (subfunção 122), totalizando 28 subfunções atípicas da saúde.<sup>9</sup>

Neste cenário, analisou-se a relação entre a despesa realizada pelos municípios do Estado do Espírito Santo na área da saúde, visando identificar se a variação do volume financeiro impacta nos indicadores cujo controle é de competência municipal.

A suposição a ser testada por meio deste estudo é a relação positiva entre as despesas de saúde com indicadores de efetividade municipal. O resultado dessa avaliação pode ser utilizado como instrumento de decisão para aperfeiçoamento das políticas públicas na área da saúde, além de contribuir para a transparência e controle social. Essa pesquisa pode ser utilizada pela administração pública municipal para melhorar o planejamento estratégico com o objetivo de tornar mais claro os resultados que se pretendem alcançar.<sup>10</sup>

O método aplicado no presente caso é o indutivo, a fim de construir conhecimento sobre os gastos realizados em âmbito municipal, buscando-se gerar novas percepções sobre a política de saúde no Estado do Espírito Santo.

Dessa forma, pesquisas empíricas, visando medir a qualidade da saúde no âmbito dos municípios do Estado do Espírito Santo, podem ser

---

9 BRASIL. MTO. **Manual Técnico Orçamentário**. Secretaria do Orçamento Federal, 1999. Disponível em: [http://www.orcamentofederal.gov.br/informacoes-orientadoras/manual-tecnico/MTO\\_2000.pdf](http://www.orcamentofederal.gov.br/informacoes-orientadoras/manual-tecnico/MTO_2000.pdf). Acesso em: 25 ago. 2019.

10 PACHECO, R. S. Mensuração de desempenho no setor público: Os termos do debate. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v. 14, n. 55, p. 149-161, 2009.



adotadas também em outros estados, a fim de monitorar a relação despesa realizada na saúde e o valor público gerado, ampliando direitos fundamentais constitucionais previstos na Constituição Federal.<sup>11</sup>

A medição da qualidade da gestão pública vem, de forma mais consistente, ocorrendo nas últimas três décadas em diversos países.<sup>12</sup> Essa mensuração de desempenho, em especial no setor público, tem o potencial de contribuir com o alcance de metas e resultados estabelecidos pela Administração Pública, permitindo melhor transparência de custos, efetividade das ações adotadas e motivação dos colaboradores, funcionando como um dos pilares para o movimento da Nova Governança Pública.<sup>13</sup>

Apesar dos benefícios gerados no processo de medição da efetividade da gestão pública, as experiências de mensuração devem ser adotadas com cautela, a fim de se estabelecer comprovação empírica para o que se propõe alcançar. A mensuração da gestão utilizada como uma ferramenta de controle e tomada de decisões são desenvolvidas, menos como uma maneira de controlar formalmente os procedimentos, e mais direcionadas à comparação de resultados obtidos por organizações similares, ou, ainda, como uma forma de conferir maior transparência com relação ao uso dos recursos públicos por meio do acompanhamento de resultados.<sup>14</sup>

### Diferença entre indicadores de desempenho

De acordo com Ghelman e Costa, a avaliação de desempenho de políticas públicas pode ser analisada sob três lentes (eficiência, eficácia e efetividade), que devem ser bem diferenciadas na fase de construção dos indicadores, a fim de permitir a correta aplicação prática do resultado obtido.<sup>15</sup> Assim, os indicadores com foco em eficiência têm por objetivo produzir resultados com dispêndio mínimo de esforços e recursos, ou seja, a prioridade é a relação atividade e recursos; a eficácia remete-se ao resultado desejado do programa, visando cumprimento de objetivos; já a efetividade diz respeito ao impacto desejado com determinada política, ou seja, o valor público agregado decorrente conjunto de ações aplicadas.<sup>16</sup>

---

11 BRASIL. **Constituição Federal**. Diário Oficial da União, Brasília, 05 de out. 1988.

12 PACHECO, R. S. Mensuração de desempenho no setor público... *Op. cit.*

13 GOLDSMITH, S.; EGGERS, W. D. **Governar em rede**: o novo formato do setor público. São Paulo: ENAP, 2006.

14 PACHECO, R. S. Mensuração de desempenho no setor público... *Op. cit.*

15 GHELMAN, S.; COSTA, S. R. R. Adaptando o BSC para o setor público utilizando os conceitos de efetividade, eficácia e eficiência... *Op. cit.*

16 MARINHO, A.; FAÇANHA, L. O. Programas sociais: Efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação. Repositório do Conhecimento do IPEA. Rio de Janeiro: IPEA, 2001. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/2328>. Acesso em: 01 nov. 2018.

A título de exemplo, pode-se citar uma política de vacinação, no qual, em termos de eficiência, busca-se adquirir o maior número de vacinas com o menor custo possível; sob o aspecto da eficácia, o objetivo seria atingir um número pré-determinado de população vacinada; já em termo de efetividade, seria reduzir o impacto de uma determinada doença que se busca prevenir com a política de vacinação.

### **Índice FIRJAN de saúde**

O índice Firjan, variável dependente no modelo adotado neste trabalho, possui como principal objetivo medir anualmente o desenvolvimento socioeconômico brasileiro no nível dos municípios de três áreas com grande impacto social: o emprego/renda; saúde; e educação. Considerando que a suposição a ser testada neste trabalho visa verificar se a despesa em âmbito municipal, voltada para a saúde, guarda relação com o índice Firjan de saúde, há a intenção de avaliar aspectos de competência da saúde nesse ente federativo.

A captura desses dados ocorreu no site da FIRJAN (Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro) referentes aos municípios do Estado do Espírito Santo, na dimensão saúde.

Para a construção do indicador que tem seu foco na atenção básica e contempla indicadores de competência municipal, utiliza-se para chegar à nota final a proporção de atendimento adequado de pré-natal, óbitos por causas mal definidas, óbitos infantis por causas evitáveis e internações sensíveis à atenção básica, que são extraídos do DataSus – Ministério da Saúde. Cada um dos quatro indicadores utilizados representa 25% da nota final do Firjan-Saúde.<sup>17</sup>

### **Indicadores de gasto com a saúde**

Uma vez capturados os dados que avaliam a efetividade da política de saúde, buscou-se no site do Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo os dados referentes à despesa com saúde realizada pelos municípios capixabas, separando-as em sub-funções típicas e atípicas, todas vinculadas à função saúde.

A fim de deixar claro o montante gasto em cada subfunção pelos municípios capixabas entre os anos de 2013 a 2019, segue quadro abaixo:

---

17 FIRJAN - Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro. IFDM... *Op. cit.*

Quadro 2: Montante de gasto em cada sub-função típica da função saúde - 2013-2019

Código sub função típica	Nome subfunção	Saúde R\$	Percentual sob o total gasto com saúde - %
301	Atenção Básica	4.917.258.773,00	34,563
302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	3.880.708.803,00	27,278
303	Suporte Profilático e Terapêutico	476.974.367,90	3,353
304	Vigilância Sanitária	159.349.831,90	1,120
305	Vigilância Epidemiológica	408.220.014,50	2,869
306	Alimentação e Nutrição	3.305.184,98	0,023

Fonte: Elaboração própria. Dados extraídos do site do TCE/ES

Quadro 3: Montante de gasto em cada sub-função atípica da função saúde - 2013-2019

Código sub função atípica	Nome subfunção	Saúde R\$	Percentual sob o total gasto com saúde - %
062	Defesa do Interesse Público no Processo Judiciário	2.000,00	0,000
091	Defesa da Ordem Jurídica	4.920,08	0,000
121	Planejamento e Orçamento	215.400,00	0,002
122	Administração Geral	4.228.820.169,00	29,724
124	Controle Interno	21.150,00	0,000
125	Normalização e Fiscalização	20.000,00	0,000
126	Tecnologia da Informação	43.167.076,00	0,303
128	Formação de Recursos Humanos	10.162.742,13	0,071

131	Comunicação Social	668.570,00	0,005
241	Assistência ao Idoso	36.000,00	0,000
242	Assistência ao Portador de Deficiência	0	0,000
243	Assistência à Criança e ao Adolescente	5.100,00	0,000
244	Assistência Comunitária	876.600,00	0,006
271	Previdência Básica	20.489.710,00	0,144
272	Previdência do Regime Estatutário	36.332.909,91	0,255
331	Proteção e Benefícios ao Trabalhador	21.950.246,47	0,154
422	Direitos Individuais, Coletivos e Difusos	2.013,00	0,000
451	Infraestrutura Urbana	1.500,00	0,000
511	Saneamento Básico Rural	1.883.058,69	0,013
512	Saneamento Básico Urbano	1.848.289,16	0,013
542	Controle Ambiental	8.317.359,03	0,058
604	Defesa Sanitária Animal	396.500,00	0,003
609	Defesa Agropecuária	706.331,56,00	0,005
694	Serviços Financeiros	248.000,00	0,002
813	Lazer	353.412,65	0,002
843	Serviço da Dívida Interna	383.002,00	0,003
845	Transferências	2.872.772,42	0,020
846	Outros Encargos Especiais	1.142.911,00	0,008

Fonte: Elaboração própria. Dados extraídos do site do TCE/ES.

Do total investido na saúde pelos municípios capixabas, destacam-se os três maiores: Atenção Básica (34,56%); Administração Geral (29,72%); Assistência Hospitalar e Ambulatorial (27,27%). As demais despesas, encontram-se abaixo de 4% de investimento na função saúde.

Para definir os recursos orçamentários de que trata cada subfunção utilizada na pesquisa, passa-se a conceituar, cada uma.

A Atenção Básica (subfunção 301) consiste num conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, tratamento e a reabilitação, tais como o Incentivo Financeiro a Municípios da parte variável do Piso da Atenção Básica (PAB), Atenção à Saúde Bucal, Estratégia da Saúde da Família.<sup>18</sup>

A subfunção (122) Administração Geral está relacionada ao apoio administrativo, ou seja, administração e manutenção da Secretaria Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde.

Assistência Hospitalar e Ambulatorial (subfunção 302) visa o atendimento aos usuários a partir das necessidades da população, visando garantir o atendimento aos usuários, com o apoio de equipes multidisciplinares, atuando na segurança dos pacientes e na qualidade dos serviços prestados,<sup>19</sup> tais como atenção à saúde da população do Sistema Penitenciário Nacional; Fomento ao Desenvolvimento da Gestão, Regulação, Controle e Avaliação da Atenção à Saúde; Serviços extra-hospitalares de atenção aos portadores de transtornos mentais.

No que tange a subfunção (303) Suporte Profilático e Terapêutico, essa tem por objetivo registrar contabilmente as ações voltadas para a produção, distribuição e suprimento de drogas e produtos farmacêuticos em geral.<sup>20</sup>

Finalizando o rol das subfunções com materialidade acima de 2%, e que serão utilizadas nesta pesquisa, a Vigilância Epidemiológica (subfunção 305) que tem por objetivo a coleta, processamento, análise e interpretação de dados; recomendações de medidas; avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas, desenvolvidas para evitar e combater a disseminação de doenças transmissíveis que possam vir a ser ou tenham se tornado epidêmicas.<sup>21</sup>

---

18 BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituiu a Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 25 ago. 2019.

19 *Ibidem*.

20 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Instruções Técnicas para a sua Organização**, 2002. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03\\_15.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_15.pdf). Acesso em: 25 ago. 2019.

21 BRASIL. **Guia de vigilância epidemiológica**. 5 ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2002. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/guia\\_vig\\_epi\\_](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/guia_vig_epi_)

Caetano, Ávila e Tavares já revelaram que o investimento financeiro, por si só, não tem o potencial de melhorar a qualidade das políticas públicas de grande impacto social, tal como a educação que será utilizada aqui à título exemplificativo, demonstrando que a infraestrutura, por si só, não define a elevação da qualidade.<sup>22</sup>

Aprofundando o tema, tem-se que a efetividade da gestão deve retratar não simplesmente o processo de aplicação de recursos financeiros para a construção de estruturas físicas. Isso porque Monteiro já demonstrou que instituições educacionais que receberam maiores recursos financeiros não apresentaram, necessariamente, melhores resultados acadêmicos se comparados às intuições que receberam menos recursos.<sup>23</sup>

Ainda tratando da política pública da educação, estudos como o de Amaral e Menezes Filho defendem que o desempenho escolar não é melhorado simplesmente em razão do aumento dos recursos financeiros destinados à educação, visto que uma gestão ineficiente tem o potencial de impedir a conversão dos recursos no produto esperado, que seria a melhoria do aprendizado dos alunos.<sup>24</sup> Estudos internacionais também apontam para o mesmo resultado, como o realizado por Meyer, que, utilizando-se de dados de escolas dos Estados Unidos da América, comparou padrões de gastos em dólares em escolas norte americanas e concluiu não haver relação entre esses investimentos e índice de efetividade de educação.<sup>25</sup>

Considerando o referencial teórico apresentado, buscou-se investigar se o grau de investimento realizado pelos municípios capixabas na saúde está sendo transformado em valor público, traduzido na melhoria da efetividade de indicadores da Firjan.

## Metodologia da pesquisa

Adotou-se como período de análise os anos de 2013 e 2016 nos municípios capixabas (78 municípios), visto que os dados financeiros disponíveis no site

---

vol\_1.pdf. Acesso em: 25 ago. 2019.

22 Cf. CAETANO, C. C. R.; ÁVILA, L. A. C.; TAVARES, M. A relação entre as transferências governamentais, a arrecadação tributária própria e o índice de educação dos municípios do estado de Minas Gerais. **Revista de Administração Pública-RAP**, v. 51, n. 5, p. 897-916, 2017.

23 MONTEIRO, J. Gasto público em educação e desempenho escolar. **Revista Brasileira de Economia**, v. 69, n. 4, p. 467-488, 2015.

24 AMARAL, L. F. L. E.; MENEZES FILHO, N. A relação entre gastos educacionais e desempenho escolar. **Inspere Working Paper**, Insper Instituto de Ensino e Pesquisa, 2009.

25 MEYER, J. J. **Efficiency of fiscal allocations in site-based empowered schools**. Tese (Pós-Doutorado em Educação). Universidade de Nevada. Las Vegas, Estados Unidos, 2010. Disponível em: <https://digitalscholarship.unlv.edu/thesisdissertations/713/>. Acesso em: 15 nov. 2018.

do TCE/ES variam entre 2013 a 2018 e os dados do índice FIRJAN de saúde variam entre 2010 e 2016, sendo o período de análise realizado na interseção entre os dois.

A fim de verificar se o Índice FIRJAN, dimensão saúde, é impactado pelo gasto realizados pelos municípios capixabas, buscou-se no site do TCE/ES os gastos dentro da função saúde, identificando subfunções típicas e atípicas. Diante da baixa materialidade, foram excluídas da análise todas as subfunções com materialidade inferior a 2% do total gasto na função saúde, sendo objeto da presente análise as seguintes subfunções: Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Epidemiológica e Administração Geral.

Quanto à variável dependente FIRJAN-Saúde, foram coletadas 312 observações entre 2013 a 2016, no sítio eletrônico das Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro com respostas válidas. Já a coleta dos dados das variáveis independentes (Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Epidemiológica e Administração Geral) foi realizada no sítio eletrônico do Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo no mês de agosto do ano de 2019 (TCEES, 2019), atingindo a marca de 305 observações na Atenção Básica, 293 observações na Assistência Hospitalar e Ambulatorial, 173 observações na Suporte Profilático e Terapêutico, 241 observações na Administração Geral, e 211 observações na Vigilância Epidemiológica, respectivamente, entre os anos de 2013 a 2016.<sup>26</sup> Os *outliers* foram tratados com técnica de *winsor* na medida em que as variáveis se mostravam fora do gráfico do *boxplot*.

Para desenvolvimento deste trabalho foi realizado um teste de correlação visando analisar a relação entre a variável dependente (FIRJAN-Saúde) e as variáveis independentes (Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Epidemiológica e Administração Geral).

Para avaliar as diferentes dimensões de aplicação, foi levado em conta o valor absoluto (total) do gasto em subfunção, acrescentando-se um “t” na frente da sigla, bem como o dado dividido pela população do respectivo município, permitindo uma análise detalhada de cada realidade.

O teste de correlação é utilizado para avaliar estatisticamente a concordância entre duas variáveis, ou seja, entre a variável dependente (FIRJAN-Saúde) e as variáveis independentes, individualmente, Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Epidemiológica, Administração Geral. Essa é a forma mais simples de identificar quando uma variável independente provoca alteração no valor

---

26 FIRJAN - Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro. IFDM... *Op. cit.*

da variável dependente de forma a demonstrar se a melhoria de um indicador financeiro impactaria positivamente (ou não) no Firjan-Saúde.

### **Análise dos dados e discussão**

Antes de adentrar no teste de correlação é válido explanar sobre algumas constatações observadas nas variáveis envolvidas. Dos 78 municípios do Estado do Espírito Santo investigados, extrai-se a seguinte tabela descritiva de dados.

Na tabela abaixo, as siglas AHA, AB, AG, SP, VE que tem um “t” (total) à frente, não foram divididas pela população do município, representando a despesa total naquela subfunção; já os mesmos indicadores sem um “t” na frente (AHA, AB, AG, SP, VE) representam o indicador com a divisão pela população.

<b>Tabela 1: Estatística descritiva</b>		
<b>Variáveis</b>	<b>Observações</b>	<b>Média</b>
Firjan-Saúde	312	0,8135357
População	312	24.377,96
AHAT	296	3.995.322,00
AHA	293	156,02
ABT	307	6.700.184,00
AB	305	286,98
AGT	241	4.099.508,00
AG	241	134,34
SPT	173	846.209,80
SP	173	19,39
VET	211	419.505,80
VE	211	12,97

Fonte: Elaborado pelo autor.

### **Teste de correlação**

Seguindo na análise dos dados, a fim de investigar possíveis relações empíricas entre as variáveis Firjan Saúde, Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Epidemiológica e Administração Geral, realizou-se um teste de correlação com o objetivo de prever possíveis conclusões para a hipótese levantada neste trabalho.



Tabela 2: teste de correlação spearman	
Variáveis	Firjan-Saúde
População	0,2172*
AHA	0,1639*
AHAT	0,2922*
AB	-0,1269
ABT	0,2565*
AG	-0,0567
AGT	0,1792*
SP	0,0779
SPT	0,2561*
VE	0,2389*
VET	0,3131*

Fonte: Elaborado pelo autor. Nota: \* significância a 10%

Na Tabela 2, que trata de correlação entre as variáveis considerando um nível de significância de 10%, pode-se inferir que há uma relação positiva entre o volume “total” (“t”) de investimento em todas as subfunções com o indicador Firjan-Saúde, além da variável dependente apresentar correlação positiva com a variável de controle População no nível de 21,7%. Quando as variáveis independentes são divididas pela população, apenas o indicador Assistência Hospitalar e Ambulatorial apresentou correlação significativa com a variável dependente em 16,3%.

Para fins de suporte das hipóteses levantadas neste trabalho, tem-se que em termos absolutos de investimento, ou seja, o valor total investido por cada município foi suportado pelo teste de correlação, havendo associação entre o valor gasto e o índice FIRJAN-Saúde. Já na análise dos dados dividindo as variáveis independentes pela população de cada município, apenas a variável Assistência Hospitalar e Ambulatorial apresentou significância.

Observa-se o investimento por parte dos municípios na atenção básica, sua principal área de atuação, representando 34,5% do valor total investido na saúde e área reconhecida pela Organização Pan Americana de Saúde com potencial de atender de 80 a 90% das necessidades de saúde do cidadão. Por outro lado, observa-se um gasto em atividades administrativas/de apoio, representando 29,7% da despesa com a saúde, bem como assistência hospitalar e ambulatorial no nível de 27,27%, ressaltando-se que nem todos os municípios deve ter hospital em seu território, e que nesses 27,27% estão inseridos municípios com boa densidade tecnológica, inclusive hospitalar.

A partir do teste de correlação, observa-se a ausência de qualquer associação entre o investimento realizado na atenção básica e o impacto causado no indicador de efetividade Firjan-Saúde, o que representa que o valor investido na atenção básica não está alcançando os fins desejados para a melhoria da proporção de atendimento adequado de pré-natal, óbitos por causas mal definidas, óbitos infantis por causas evitáveis e internações sensíveis à atenção básica.

Por fim, verifica-se que há relação diretamente proporcional entre a população e o indicador Firjan-Saúde, o que é um indício que os municípios de pequeno porte populacional, independente do investimento realizado, não estão alcançando uma boa pontuação no indicador. Como proposta para os referidos municípios, após aprofundar os motivos desse resultado, e para ampliar e complementar a resolutividade na atenção básica, uma estratégia seria a intensificação do princípio da regionalização da saúde, como um dos princípios de organização da saúde, através de consórcios ou outras modalidades de associativismo, a fim de aproveitar melhor os recursos humanos e boas práticas realizadas em municípios com características semelhantes, e, por consequência, impactar positivamente na qualidade da saúde em âmbito municipal para sua população, a partir da crescente complexidade de determinada área geográfica, planejados com definição e conhecimento da população, sem se circunscrever a área do município.<sup>27</sup>

### **Considerações finais**

considerando-se o objetivo central da pesquisa que seria o de verificar a relação entre o investimento financeiro realizado pelos municípios do Estado do Espírito Santo e o impacto nos indicadores de efetividade da saúde, observou-se o investimento por parte dos municípios na atenção básica de 34,5% do valor total investido na saúde, sua principal área de atuação e reconhecida pela Organização Pan Americana de Saúde com potencial de atender de 80 a 90% das necessidades de saúde do cidadão.<sup>28</sup>

Por outro lado, observou-se um gasto em atividades administrativas/ de apoio, representando 29,7% da despesa com a saúde, bem como assistência hospitalar e ambulatorial no nível de 27,27%, de responsabilidade solidária entre Estado do Espírito Santo e municípios que tenham hospitais sob sua gestão.

No teste de correlação há indícios de baixa associação entre indicadores de gastos com as subfunções (típicas e atípicas) da saúde e de efetividade da política de saúde no âmbito dos municípios.

---

27 BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípio do Sistema Único de Saúde**. 2019. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>. Acesso em: 25 ago. 2019.

28 OPAS. **Organização Pan Americana de Saúde...** *Op. cit.*

Além disso, essa pesquisa demonstra que há relação diretamente proporcional entre a população e o indicador Firjan-Saúde, o que é um indício de que os municípios de pequeno porte populacional, independente do investimento realizado, não estão alcançando uma melhora na proporção de atendimento adequado de pré-natal, óbitos por causas mal definidas, óbitos infantis por causas evitáveis e internações sensíveis à atenção básica. Como proposta para os referidos municípios, após aprofundar os motivos desse resultado, e para ampliar e complementar a resolutividade na atenção básica, uma estratégia seria a intensificação do princípio da regionalização da saúde, como um dos princípios de organização da saúde, através de consórcios ou outras modalidades de associativismo, a fim de aproveitar melhor os recursos humanos e boas práticas realizadas em municípios com características semelhantes, e, por consequência, impactar positivamente na qualidade da saúde em âmbito municipal para sua população.

A pesquisa realizada reforça a necessidade de aprofundamento do estudo dos índices de análise do impacto dos investimentos na saúde, visto que o atingimento por si só do mínimo constitucional (15%) não é suficiente para a prestação de um serviço público de qualidade.

Em termos de limitação da pesquisa, tem-se o baixo histórico dos dados disponíveis (2013 a 2016). Além disso, outra limitação seria o eventual viés do teste de correlação em caso de classificação das despesas de saúde realizadas pelos municípios.

Como indicação de pesquisa futura, sugere-se aprofundar na análise desses dados, bem como expandir uma pesquisa empírica nos municípios que apresentam alto grau de efetividade na gestão da saúde, com baixo recurso investido, a fim de divulgar as boas práticas para os municípios com maiores dificuldades em alcançar melhores indicadores no âmbito de sua competência.

### Referências:

AMARAL, L. F. L. E.; MENEZES FILHO, N. A relação entre gastos educacionais e desempenho escolar. **Inspere Working Paper**, Insper Instituto de Ensino e Pesquisa, 2009.

BRASIL. **Constituição Federal**. Diário Oficial da União, Brasília, 05 de out. 1988.

BRASIL. **Guia de vigilância epidemiológica**. 5 ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2002. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/guia\\_vig\\_epi\\_vol\\_1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/guia_vig_epi_vol_1.pdf). Acesso em: 25 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituiu a Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 25 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípio do Sistema Único de Saúde**. 2019. Disponível

em: <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>. Acesso em: 25 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica**. Instruções Técnicas para a sua Organização, 2002. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03\\_15.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_15.pdf). Acesso em: 25 ago. 2019.

BRASIL. **MTO. Manual Técnico Orçamentário**. Secretaria do Orçamento Federal, 1999. Disponível em: [http://www.orcamentofederal.gov.br/informacoes-orcamentarias/manual-tecnico/MTO\\_2000.pdf](http://www.orcamentofederal.gov.br/informacoes-orcamentarias/manual-tecnico/MTO_2000.pdf). Acesso em: 25 ago. 2019.

BRASIL. **Regulamenta os valores mínimos aplicados na saúde, Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Planalto Federal, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jan. p. 1. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm). Acesso em: 25 ago. 2019,

CAETANO, C. C. R.; ÁVILA, L. A. C.; TAVARES, M. A relação entre as transferências governamentais, a arrecadação tributária própria e o índice de educação dos municípios do estado de Minas Gerais. **Revista de Administração Pública-RAP**, v. 51, n. 5, p. 897-916, 2017.

FIRJAN - Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro. **IFDM: Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal**, 2019. Disponível em: <https://www.firjan.com.br/ifdm/downloads/>. Acesso em 25 ago. 2019.

GHELMAN, S.; COSTA, S. R. R. Adaptando o BSC para o setor público utilizando os conceitos de efetividade, eficácia e eficiência. **Anais do Simpósio de Engenharia da Produção**, Bauru, SP, Brasil, 2006. Disponível em: [http://igepp.com.br/uploads/arquivos/igepp\\_-\\_projeto\\_gestor\\_-\\_estratu00c9gia\\_-\\_estratu00eagia\\_com\\_balanced\\_scorecard\\_no\\_setor\\_publico.pdf/](http://igepp.com.br/uploads/arquivos/igepp_-_projeto_gestor_-_estratu00c9gia_-_estratu00eagia_com_balanced_scorecard_no_setor_publico.pdf/). Acesso em: 30 out. 2018.

MARINHO, A.; FAÇANHA, L. O. **Programas sociais: Efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação**. Repositório do Conhecimento do IPEA. Rio de Janeiro: IPEA, 2001. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/2328>. Acesso em: 01 nov. 2018.

MEYER, J. J. **Efficiency of fiscal allocations in site-based empowered schools**. Tese (Pós-Doutorado em Educação). Universidade de Nevada. Las Vegas, Estados Unidos, 2010. Disponível em: <https://digitalscholarship.unlv.edu/thesess dissertations/713/>. Acesso em: 15 nov. 2018.

MONTEIRO, J. Gasto público em educação e desempenho escolar. **Revista Brasileira de Economia**, v. 69, n. 4, p. 467-488, 2015.

OLDSMITH, S.; EGGERS, W. D. **Governar em rede: o novo formato do setor público**. São Paulo: ENAP, 2006.

OPAS. **Organização Pan Americana de Saúde**. 2019. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5858:folha-informativa-atencao-primaria-de-saude&Itemid=843](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5858:folha-informativa-atencao-primaria-de-saude&Itemid=843)

PACHECO, R. S. Mensuração de desempenho no setor público: Os termos do debate. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v. 14, n. 55, p. 149-161, 2009.



# O AUDITOR, A ÉTICA E SEUS CONFLITOS

Ana Cássia Soares Carreiro<sup>1</sup>

Kátia Aguiar Azeredo Ferreira<sup>2</sup>

## Introdução

Este estudo tem por objetivo abordar as dimensões de auditorias no sistema de saúde, principalmente os conflitos gerados durante tais processos e a postura dos profissionais que exercem esta função de controle na condução das auditorias. Objetiva também conceituá-las com ênfase em seus processos educativos, dentro do que se espera para a melhoria contínua da gestão, dos atos técnicos e administrativos das organizações de saúde e, ainda, desmistificar as pessoas dos auditores de um caráter punitivo, que representa uma visão antiga desta função estratégica não só nas instituições públicas, mas também nas instituições de natureza privada.

Neste contexto, por se constituir em função de extrema responsabilidade, importância e relevância para as distintas organizações e para a sociedade em geral, faz-se necessário conceituar auditoria e os diferentes aspectos a ela vinculados, com ênfase nos conflitos e na postura dos auditores.

A auditoria, portanto, deve ser compreendida como a análise precedente, concomitante ou seguinte da legalidade dos atos da gestão orçamentária, financeira e patrimonial, bem como a legalidade dos atos operacionais praticados.<sup>3</sup>

Muitos interesses e responsabilidades estão em foco quando se audita o setor da saúde. O trabalho do auditor se torna complexo, devido à necessidade de se obter grande quantidade de informações que precisam ser extraídas com cuidado, fundamentadas e interpretadas, gerando dados para análise, sempre fazendo juízo de fatos e não de valores.<sup>4</sup>

A auditoria trata da avaliação sistemática da qualidade dos serviços prestados ao cliente, com o objetivo de averiguar se as atividades executadas estão de acordo com o planejado ou estabelecido, se estão conformes ou não conformes. Esse trabalho vem tomando grandes proporções no contexto da

---

1 Pós-graduanda em Auditoria e Regulação em Saúde pela Escola de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, Vitória - ES, Brasil.

2 Pós-graduanda em Auditoria e Regulação em Saúde pela Escola de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, Vitória - ES, Brasil.

3 MELO, M. B.; VAITSMAN, J. Auditoria e Avaliação no Sistema Único de Saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 152-164, 2008.

4 BRASIL, Ministério da Saúde. **Auditoria do SUS: orientações básicas** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Sistema Nacional de Auditoria. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

saúde pública e privada.<sup>5</sup>

O auditor em saúde deve agir dentro dos preceitos éticos, sempre mostrando os resultados sem sugerir punições aos executantes, sugerindo melhorias, apontando as não conformidades, baseando-se em fatos e não em pessoas, contribuindo com os processos para que desenvolvam ações visando a uma adequação para obtenção dos melhores resultados, qualitativos e quantitativos.<sup>6</sup>

Deve-se ter em mente que as pessoas quase nunca compartilham objetivos e interesses idênticos ou semelhantes, o que resulta em alguma espécie de conflito, que é inerente às relações humanas e faz parte de cada indivíduo, haja vista que um grupo de trabalho é composto por pessoas de várias culturas, pensamentos, personalidades, valores e interesses diferentes.<sup>7</sup> Diante disso, torna-se evidente a necessidade de se estudar e conhecer melhor a ética e os conflitos em auditoria em saúde, uma vez que esse tema é pouco abordado em trabalhos científicos e nas organizações, embora seja de suma importância.

Os objetivos que motivaram a realização deste estudo estão relacionados aos conflitos gerados nas abordagens feitas pelos auditores nos processos de auditoria em saúde, bem como na postura ética desses profissionais; à conceituação da auditoria enquanto processo educativo dentro dos preceitos éticos que a envolvem e, também, desmistificar o auditor como sendo um agente de punições e gerador de conflitos nas organizações até porque auditores não punem nenhuma pessoa e nem a organização, apenas recomenda ajustes, acertos, providências, que são de inteira responsabilidades dos gestores organizacionais.

Para o desenvolvimento deste estudo, foi realizada uma pesquisa na biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online – SciELO*, que abrangeu periódicos científicos brasileiros, e na Biblioteca Virtual em Saúde do Centro Latino-americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), com a finalidade de uma sustentação teórica com base na literatura pertinente ao tema, constituída de artigos e periódicos científicos disponibilizados na *internet* abordando a temática da ética e os conflitos em auditoria. O período de realização da busca dos artigos se deu durante os meses de abril a maio de 2017.

---

5 PAIM, C. R. P.; CICONELLI, R. M. Auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 9, n. 36, 2007.

6 MOTTA, A. E. [et. al.]. (Orgs.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2006.

7 ELIAS, L.; DALMAU, M. B. L.; BERNARDINI, I. S. A Importância da Gestão de Conflitos nas Relações de Trabalho: um estudo de caso na Secretaria de Saúde de Biguaçu/SC. **Coleção Gestão da Saúde Pública**, v. 8, 2013.

As ações de auditorias devem ser desenvolvidas em ambiente de conhecimento de todas as normas que envolvem a temática em verificação, entretanto o processo de auditoria no sistema público de saúde tem seus próprios regramentos. A Lei Federal 8.689, datada de 27 de julho de 1993,<sup>8</sup> instituiu o Sistema Nacional de Auditoria, que foi regulamentado por meio do Decreto Lei Federal n. 1.651, datado de 28 de setembro de 1995.<sup>9</sup>

A busca na literatura disponível a que se teve acesso mostrou diversas dimensões sobre o auditor e seu perfil no desenvolvimento de suas atividades que são apresentadas a seguir.

### Princípios éticos e profissionais do auditor

Para que o auditor possa desempenhar bem sua missão, é essencial que observe os princípios éticos e profissionais apresentados a seguir:

Princípios Éticos e Profissionais dos Auditores	
1	Comportamento ético
2	Independência
3	Imparcialidade
4	Objetividade
5	Competência e capacidade profissional
6	Ceticismo e julgamento profissional
7	Zelo profissional
8	Uso de informações de terceiros
9	Sigilo
10	Cortesia <sup>10</sup>

A seguir, destacam-se alguns destes princípios, dando a cada um deles uma dimensão sintética do que representam.

8 BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 8.689, de 27 de julho de 1993**. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/civil\\_03/leis/L8689.htm](http://www.planalto.gov.br/civil_03/leis/L8689.htm). Acessado em: 1 out. 2018.

9 BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 1651, de 28 de setembro de 1995**. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1995/D1651.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1995/D1651.htm). Acessado em: 1 out. 2018.

10 BRASIL. Ministério da Saúde. **Módulo 1 - Introdução à Auditoria do SUS**. Brasília: 2015.



## Atribuições do auditor

O auditor é o profissional que realiza o exame cuidadoso e sistemático das atividades desenvolvidas em determinadas organizações e instituições, com objetivo de averiguar se elas estão de acordo com o planejado, se foram implementadas com eficácia e adequadas à consecução dos objetivos, ou seja, em conformidade com o que foi previamente estabelecido.

Para exercer as suas atribuições, o auditor necessita de alguns requisitos básicos: mostrar a relevância do fato, ser respaldado pelos fatos e dados documentais, ser objetivo, amparar as conclusões e recomendações, ser convincente em suas análises e recomendações.

## O auditor e o comportamento ético

Para a compreensão do que vem a ser o comportamento ético de um auditor, é necessário, primeiramente, lembrar o conceito de ética, que é o ramo da filosofia que trata do comportamento moral humano, com referenciais de origem na Grécia, onde surgiu a palavra “*Ethos*”, que se constitui em um conjunto de valores e hábitos consagrados pela tradição cultural de um povo. É o que denomina moral, ou seja, costumes, hábitos e valores de uma determinada cultura que constroem o “*ethos*”, que é a soma dos princípios fundamentais e valores imprescindíveis, que presidem as ações de cada indivíduo.

No desenvolvimento do processo da auditoria, as questões éticas e legais muitas vezes entram em conflito. Sabe-se que há uma linha tênue separando estes limites. Entretanto, cumpre lembrar que a avaliação desses elementos deve ser feita com base nas concepções das partes envolvidas e do embasamento que se tem do assunto.

A ética profissional dos auditores nada mais é que uma variante especial da ética geral, em que o auditor recebe normas específicas de conduta em questões que refletem responsabilidades para com a sociedade, com a organização a que pertence e com outros membros de sua profissão, assim como para consigo mesmo.

Assim sendo, ao desenvolver o seu trabalho, o auditor, independentemente de sua formação profissional, deve ter sempre em mente que seu dever é proteger os interesses da sociedade, respeitar as normas de conduta que regem os profissionais de auditoria, não usar as prerrogativas de sua função em benefício próprio ou de terceiros.

O auditor deve zelar pelo princípio da confidencialidade das informações obtidas, não devendo compartilhá-las com terceiros, sem prévia autorização, atentando ainda para a obediência aos princípios éticos profissionais.

Ressalta-se, ainda, que o auditor é um profissional que lida com situações muito adversas, como, por exemplo, suspeita ou confirmação de corrupção e pode até estar sujeito a envolvimento em processos de corrupção, já que sua atividade está intimamente ligada à apuração de fatos que envolvem aspectos financeiros, como investigação de desvios de verbas orçamentárias. Neste aspecto, cabe ao auditor manter-se fiel aos princípios e postura ética pertinentes ao profissional.

### **O auditor e sua independência**

Dentro do seu processo de trabalho, o auditor se depara com muitos dados e informações oriundas de diversas fontes, razão pela qual, no cumprimento de seu papel, deve agir de forma plenamente independente, sem se deixar influenciar por fatos externos às organizações e instituições envolvidas no processo em análise. Cumpre ainda lembrar que o auditor deve ter liberdade e independência quanto ao acesso aos documentos necessários para realização de seu trabalho.

### **O auditor e a imparcialidade**

O trabalho desenvolvido pelo auditor deve demonstrar que ele é capaz de atuar com objetividade, de forma a garantir que o resultado do seu trabalho seja imune a interferências externas, bem como a pré-julgamentos. Assim, é necessário ter qualificação para ter habilidades e competências suficientes para utilizar técnicas e procedimentos de auditoria que levem às constatações que estão sendo buscadas.

Outro fator importante a ser considerado é que o auditor está sujeito a ameaças à imparcialidade, que podem comprometer a sua capacidade de fazer observações e conclusões de auditorias com devida isenção. Portanto essas ameaças devem ser identificadas e analisadas para se garantir que o processo de auditoria tenha a plena garantia dos resultados livres e não contaminados pelo não ético e não legal.

### **O auditor e a objetividade**

Na execução de seu trabalho, o auditor deve demonstrar sabedoria, discernimento, clareza e objetividade em suas análises, de maneira que o resultado obtido seja confiável e sem nenhum comprometimento da qualidade. Neste contexto, alguns elementos podem trazer prejuízo à objetividade no trabalho do auditor, tais como: conflito de interesse pessoal, limitações de escopo, restrição de acesso às informações, restrição de acesso às pessoas, restrições de acesso às instalações físicas e limitações de recursos.

## **A competência e a capacidade profissional do auditor**

Na execução de seu trabalho, o auditor deve ter o conhecimento técnico fundamental na área em que estiver auditando, sob pena de comprometer sua atuação. Para tanto, é necessário que busque o seu desenvolvimento profissional para assegurar competências compatíveis com as tarefas por ele desenvolvidas.

Nos casos em que o auditor exerça função de coordenação, espera-se dele ações que consistam em instruir e treinar os seus auxiliares, verificar se o processo de auditoria está sendo cumprido conforme demandado, assegurar-se de que as normas de conduta profissional sejam praticadas e certificar-se de que os objetivos da proposta de auditoria foram alcançados.

## **Ceticismo e julgamento profissional do auditor**

Segundo a NBC,<sup>11</sup> ceticismo profissional é a postura que inclui uma mente questionadora e alerta para condições que possam indicar possível distorção, devido a erro ou fraude e uma avaliação crítica das evidências de auditoria. Julgamento profissional é a aplicação do treinamento, conhecimento e experiências relevantes, dentro do contexto fornecido pelas normas de auditoria, contábeis e éticas, na tomada de decisões, informadas a respeito dos custos de ação apropriados nas circunstâncias do trabalho de auditoria.

As normas de auditoria exigem do auditor posturas de ceticismo e julgamento profissional. Isso se faz obrigatório a fim de que se reduzam os riscos de não se identificarem circunstâncias não usuais, avaliar as evidências de auditoria com crítica, reduzir riscos de uso inadequado de premissas e concluir sobre a suficiência das evidências obtidas na elaboração do parecer final.

## **Zelo profissional do auditor**

Todo profissional de alto desempenho deve seguir e ter uma atitude dentro dos melhores princípios éticos, sejam estes princípios definidos por um organismo profissional e/ou pelas melhores práticas de gestão da organização para a qual trabalha.<sup>12</sup>

No caso dos auditores, sejam externos ou internos, empregar o zelo esperado é condição de extrema importância para reduzir o risco de auditoria, isto é, da não detecção da fraqueza do sistema de controles internos; ou, no caso do auditor externo, risco de uma distorção relevante nas demonstrações financeiras não ser observada.

---

11 **NBC P 1** – Normas Profissionais de Auditor Independente-[www.portaldecontabilidade.com.br](http://www.portaldecontabilidade.com.br)

12 PARDINI, Eduardo. **Essência sobre a forma**. Disponível em: [www.contadores.cnt.br](http://www.contadores.cnt.br).

## **Uso de informações de terceiros pelo auditor**

O auditor pode valer-se de informações anteriormente produzidas pelos profissionais do Sistema Nacional de Auditoria, não necessitando confirmá-las ou retestá-las, pois foram obtidas com as mesmas técnicas e observação das mesmas normas no âmbito do Sistema.<sup>13</sup>

Compreende-se, então, a importância da colaboração ética no exercício da atividade do auditor, pois se verifica o compromisso ao respeito profissional no que tange à utilização de informações dos processos de auditoria. Dessa forma, aumenta-se a responsabilidade do auditor quanto à utilização das técnicas utilizadas nos processos de auditoria, bem como na observação de normas e critérios de avaliação, corroborando o desenvolvimento da qualidade de obtenção de informações.

## **Sigilo profissional do auditor**

O auditor deve respeitar e assegurar o sigilo relativamente às informações obtidas durante o seu trabalho na entidade auditada, não as divulgando, sob nenhuma circunstância, sem autorização expressa da entidade, salvo quando houver obrigação legal de fazê-lo.

Ao desempenhar as atividades profissionais, o auditor deve observar o sigilo profissional em algumas ocasiões, como: na relação entre o auditor e a entidade auditada, na relação entre os auditores que compõem a equipe de trabalho, na relação entre os auditores e os organismos reguladores e fiscalizadores, bem como na relação entre o auditor e demais terceiros.

## **Cortesia do auditor**

No exercício de sua função, o auditor deve manter atitude serena e tratar com cortesia, de forma justa e equilibrada, a todos com os quais se relaciona profissionalmente.

É importante que no desempenho de suas funções, o auditor mostre-se educado, respeitoso, calmo, sereno e tranquilo no relacionamento com todas as pessoas com as quais lida, independentemente da posição cultural, social, econômica, religiosa, política a que elas pertençam. É muito importante que o auditor tenha a capacidade de saber ouvir os envolvidos no processo sob auditoria, inclusive como forma de também obter mais elementos necessários para a avaliação que está realizando.

---

13 INTERLOCUS. **Aprendizagem e Colaboração:** Introdução À Auditoria do SUS – (Módulo1). Disponível em: [www.saude.sp.gov.br](http://www.saude.sp.gov.br)

## **Considerações finais**

Ao analisar o papel do auditor através das pesquisas bibliográficas realizadas, pode-se constatar que o exercício de sua função é de extrema responsabilidade, importância e relevância para a sociedade em geral. No exercício de suas atribuições, o auditor tem papel primordial na gênese da identificação dos problemas, dos erros, das fraudes e infrações em curso.

O auditor exerce uma atividade de extremo envolvimento, com pesquisas e análises pautadas em transparência dos fatos, os quais servirão como instrumentos na tomada de decisões. Dessa forma, faz-se necessário que ele desenvolva suas atividades utilizando a ética como instrumento balizador e regulador. Além disso, seu papel é muito abrangente e significativa para a sociedade, pois ao constatar as irregularidades existentes, faz as recomendações necessárias para a resolução dos problemas, contribuindo na busca da melhoria dos problemas e anomalias identificados nas organizações, instituições e entidades auditadas.

No cumprimento de seu papel, o auditor deverá primar por cumprir princípios primordiais éticos e profissionais essenciais para que seu trabalho seja feito com qualidade e excelência, trazendo, assim, contribuição eficaz e eficiente à sociedade. É certo, também, que não é uma função profissional fácil de ser exercida, uma vez que o auditor obrigatoriamente precisa manter-se firme e fiel aos seus princípios e preceitos, visto que também é passível de sofrer pressões externas que visam dificultar, atrapalhar e até mesmo impedir a execução de seu trabalho. Ele enfrenta rotineiramente problemas relacionados à preservação dos princípios éticos no exercício do seu dever, do direito e da justiça, e cabe a ele utilizar a sua vocação com responsabilidade e a consciência da importância do uso da ética profissional como determinante na qualidade do trabalho realizado.

Assim sendo, o auditor, na busca de um exercício pleno, eficiente e eficaz, independentemente de quaisquer conflitos pelos quais esteja vivenciando em seu processo de trabalho, deve sempre ter em mente que a ética deverá prevalecer para o cumprimento excelente de suas funções.

## **Referências:**

MELO, M. B.; VAITSMAN, J. Auditoria e Avaliação no Sistema Único de Saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 152-164, 2008.

BRASIL. **Lei Federal n. 8.689, de 27 de julho de 1993**. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e dá outras providências.

BRASIL. **Decreto Lei Federal n. 1651, de 28 de setembro de 1995**. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde.

PAIM, C. R. P.; CICONELLI, R. M. Auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 9, n. 36, 2007.

MOTTA, A. E. [et al.] (org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS/ OMS/ Ministério da Saúde, 2006.

ELIAS, L.; DALMAU, M. B. L.; BERNARDINI, I. S.; **A Importância da Gestão de Conflitos nas Relações de Trabalho: um estudo de caso na Secretaria de Saúde de Biguaçu/SC**. Coleção Gestão da Saúde Pública, vol. 8. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Módulo 1 - Introdução à Auditoria do SUS**, Brasília, 2015.

**NBC P 1 – Normas Profissionais de Auditor Independente.**

PARDINI, Eduardo. Essência sobre a forma-[www.contadores.cnt.br](http://www.contadores.cnt.br).

INTERLOCUS - **Aprendizagem e Colaboração – Introdução À Auditoria do SUS – (Módulo1)** - [www.saude.sp.gov.br](http://www.saude.sp.gov.br)

JESUS, Moacir Laureção de – **Ceticismo e asseguaração razoável em auditoria das demonstrações contábeis** – julho 04,2013. [www.cnac.coop.br](http://www.cnac.coop.br)

LISBOA, Ibraim – **Como formar uma equipe de Auditores Internos** -[www.portaldeauditoria.com.br](http://www.portaldeauditoria.com.br).

LUNELLI, Reinaldo Luiz - **Auditoria – Responsabilidade Legal e Ética Profissional** - [www.portaldecontabilidade.com.br](http://www.portaldecontabilidade.com.br).



# AUDITORIA DE ENFERMAGEM: A CONTRIBUIÇÃO DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM PARA UMA BOA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS

Letícia Dalmaschio Biasutti<sup>1</sup>

Lívia Tose Laurett<sup>2</sup>

## Introdução

Considerando a importância da auditoria no setor de saúde, este estudo tem ênfase na auditoria de enfermagem e tem por finalidade descrever a importância da qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários dos pacientes e destacar a importância da ética nos serviços de auditoria de enfermagem. Para tanto, foi realizada uma revisão bibliográfica constituída por artigos científicos nacionais, pesquisados nos bancos de dados da biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online* – SciELO e do Centro Latino-americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), com a finalidade de uma sustentação teórica com base na literatura pertinente ao tema, constituída de artigos e periódicos científicos disponibilizados na *internet* abordando a temática da ética e os conflitos em auditoria. O período de realização da busca dos artigos se deu durante os meses de abril a maio de 2017.

Nos 11 artigos encontrados e considerados com afinidade sobre o tema do estudo, entende-se por auditoria um exame sistemático das atividades desenvolvidas em determinada empresa ou setor, que tem o objetivo de averiguar se elas estão de acordo com as disposições planejadas e/ou estabelecidas previamente, se foram implementadas com eficácia e se estão adequadas.<sup>3</sup> Em relação ao foco deste estudo, auditoria de enfermagem, a literatura a conceitua como sendo uma avaliação sistemática da assistência de enfermagem prestada ao cliente pelas análises dos registros nos prontuários do usuário, acompanhamento deste e a verificação da compatibilidade entre os procedimentos realizados e os itens que compõem a “conta” hospitalar e ambulatorial “cobrada”, para a garantia de um pagamento justo diante dos procedimentos realizados e efetivamente pagos. A literatura revelou também que “autonomia”, “beneficência” e “justiça” são princípios éticos básicos para qualquer auditoria.

---

1 Enfermeira do Trabalho, pós-graduanda em Auditoria e Regulação em Saúde pela Escola de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, Vitória - ES, Brasil.

2 Enfermeira Assistencial, pós-graduanda em Auditoria e Regulação em Saúde pela Escola de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, Vitória - ES, Brasil.

3 CECCON, R. F.; PAES, L. G.; SANTOS, M. B.; GRENZEL, J. C. M. Enfermagem, auditoria e regulação em Saúde: um relato de experiência. *Rev.Min.Enferm*, v. 17, n. 3, p. 695-699, 2013.



A auditoria é uma prática originária da Itália, dentre os séculos XV e XVI, a partir das escriturações mercantis, cujo foco era o controle financeiro, de modo a contabilizar os gastos e ganhos no negócio.<sup>4</sup>

A auditoria em saúde foi instituída no Brasil no ano de 1984, pelo Instituto Nacional de Assistência (INAMPS), e se revelou como um conjunto de ações administrativas técnicas e observacionais, cujo objetivo era caracterizar o desempenho assistencial das instituições de saúde. Neste período, a auditoria passou a ser um instrumento de qualidade do trabalho, que visa à melhoria na qualidade dos serviços, de maneira a comparar a assistência prestada e os padrões de assistência aceitáveis.<sup>5</sup>

Atualmente, a auditoria em saúde é adotada como ferramenta de controle e regulação da utilização dos serviços e é de suma importância no que tange ao planejamento das ações de saúde, sua execução, gerenciamento, avaliação qualitativa dos resultados, de modo a subsidiar todo o processo.<sup>6</sup>

Não se pode deixar de citar a ética em auditoria, pois é nela que se busca resposta ao que “deve ser feito”, e não ao “que pode ser feito” da perspectiva das razões de se fazer ou deixar de fazer, do que é certo ou não, do que é conforme ou não conforme.<sup>7</sup> Nesse contexto, o Ministério da Saúde validou essa atividade, ao criar o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), em 1993.<sup>8</sup>

No Brasil, as atividades de auditoria desenvolvidas por enfermeiro foram aprovadas pelo Conselho Federal de Enfermagem através da Resolução n. 266/01, no ano de 2001. Essa resolução se tornou uma ferramenta gerencial utilizada pelos enfermeiros para avaliar a qualidade da assistência de enfermagem e os custos gerados pela prestação desta atividade, cujo foco principal é a sua dimensão contábil.<sup>9</sup>

Nas auditorias de enfermagem, o auditor analisa todos os registros de enfermagem dos prontuários, tais como: anotações e evoluções, condutas e

---

4 CECCON, R. F.; PAES, L. G.; SANTOS, M. B.; Grenzel, J. C. M. Enfermagem, auditoria e regulação em Saúde... *Op. cit.*; PINTO, K. A.; MELO, C. M. M. A prática da enfermeira em auditoria em Saúde. **Rev. esc. Enferm.**, v. 44, n. 3, p. 671-678, 2010.

5 SILVA, A. I.; RODRIGUES, J. D.; PIRES, M. A. O papel do enfermeiro na auditoria de enfermagem. **Revista Ciência e Sociedade**, Macapá, v. 1, n. 1, 2016

6 PINTO, K. A.; MELO, C. M. M. A prática da enfermeira em auditoria em Saúde... *Op. cit.*

7 SOUZA, M. L.; SARTOR, V. V. B.; PRADO, M. L. Subsídios para uma ética da responsabilidade em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 14, n. 1, p. 75-81, 2005.

8 COSTA, M. S.; FORTE, B. P.; ALVES, M. D. S.; VIANA, J. F.; ORÍÁ, M. O. B. Auditoria em enfermagem como estratégia de um Marketing profissional. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 497-499, 2004.

9 PINTO, K. A.; MELO, C. M. M. A prática da enfermeira em auditoria em Saúde... *Op. cit.*; SILVA, M. V. S.; SILVA, L. M. S.; DOURADO, H. H. M.; NASCIMENTO, A. A. M.; MOREIRA, T. M. M. Limites e possibilidades da auditoria em enfermagem e seus aspectos teóricos e práticos. **Rev Bras. Enferm.**, v. 65, n. 3, p. 535-538, 2012.

prescrições. Embora ainda pouco difundida no Brasil, a prática da auditoria em enfermagem pode contribuir para a otimização dos recursos físicos e materiais disponíveis nos serviços de saúde e para desenvolver as pessoas, melhorando, além do planejamento e execução técnica do trabalho, a relação custo-benefício para o paciente, a instituição de saúde e o comprador de serviços de saúde.<sup>10</sup>

Diante disso, este artigo tem o objetivo de fazer uma análise crítico-reflexiva a respeito da auditoria de enfermagem relacionada à qualidade dos registros nos prontuários e destacar a importância da ética nos serviços de auditoria.

### Análise de dados

Dentre os artigos pesquisados, foram encontradas várias definições de auditoria em saúde. A primeira delas é uma “ferramenta gerencial utilizada pelos enfermeiros para avaliar a qualidade da assistência de enfermagem e os custos gerados pela prestação desta atividade”.<sup>11</sup>

Auditoria foi definida, também, como uma avaliação sistêmica da assistência de enfermagem prestada ao cliente, pela análise dos prontuários, acompanhamento do cliente e verificação da compatibilidade entre o procedimento realizado e os itens que compõem a conta hospitalar cobrada, garantindo um pagamento justo diante da cobrança adequada.<sup>12</sup>

A literatura demonstra que “autonomia”, “beneficência” e “justiça” são princípios éticos básicos para qualquer auditoria, de modo a zelar pelo respeito da realidade auditada, buscando melhoria para o modelo clínico assistencial prevalente. Nesse sentido, não se pode falar de auditoria em saúde sem falar de ética, pois ela é imprescindível a todos os profissionais, principalmente os auditores, que precisam agir sustentados por normas técnicas e operacionais. Sua opinião deve respeitar não somente os documentos científicos que nele se baseiam, mas também os benefícios do usuário e da sociedade de modo geral.<sup>13</sup>

Os artigos relatam também que a qualidade dos registros existentes nos

---

10 PINTO, K. A.; MELO, C. M. M. A prática da enfermeira em auditoria em Saúde... *Op. cit.*

11 SILVA, L. M. S.; DOURADO, H. H. M.; NASCIMENTO, A. A. M.; MOREIRA, T. M. M. Limites e possibilidades da auditoria em enfermagem e seus aspectos teóricos e práticos... *Op. cit.*

12 SILVA, M. V. S.; SILVA, L. M. S.; DOURADO, H. H. M.; NASCIMENTO, A. A. M.; MOREIRA, T. M. M. Limites e possibilidades da auditoria em enfermagem e seus aspectos teóricos e práticos... *Op. cit.*

13 COSTA, M. S.; FORTE, B. P.; ALVES, M. D. S.; VIANA, J. F.; ORIÁ, M. O. B. Auditoria em enfermagem como estratégia de um Marketing profissional... *Op. cit.*; ROCHA, S. A.; BARBOZA, R. J. Ética nos trabalhos de auditoria. **Revista científica eletrônica de Ciências Contábeis**, v. 6, n. 8, 2016.

programas ou serviços de saúde é um importante referencial, tanto para a avaliação quanto para a auditoria, podendo influenciar de modo positivo ou negativo as informações geradas a partir do processo de avaliação.<sup>14</sup>

Quando se trata dos registros dos prontuários, percebe-se que a auditoria tem por finalidade:

normatizar, orientar, disciplinar, racionalizar e identificar as deficiências existentes nos registros hospitalares, intervindo diretamente nos gastos e glosas desnecessárias, principalmente nos setores mais críticos, como unidades de terapia intensiva, semi-intensiva e centros cirúrgicos.<sup>15</sup>

Segundo o artigo de Ferreira [*et. al.*], as glosas ocorridas em sua pesquisa

foram por falta de anotação, checagem de enfermagem e de justificativa, esses desacertos vem ocorrendo por que na maioria das vezes a enfermagem atua com certa desatenção nas anotações, ao escrever as evoluções de enfermagem de forma ilegível e incompleta, não dando informação necessária e gerando dúvidas no tratamento aplicado.<sup>16</sup>

As atividades de auditoria e regulação vêm sendo desenvolvidas por instituições de saúde públicas e privadas, por meio de equipes multiprofissionais de auditores que buscam aferir aspectos técnicos, científicos, financeiros, patrimoniais e estruturais.<sup>1</sup> Nesse sentido, o enfermeiro vem desenvolvendo um papel de suma importância nos serviços de auditoria e regulação em saúde, de modo a aperfeiçoar a execução do trabalho de enfermagem e a qualificação da assistência de saúde no âmbito público e privado.<sup>17</sup>

Nota-se, com frequência, nos artigos, a importância dos prontuários, de modo que os registros de enfermagem são a expressão do cuidado produzido, ou seja, refletem nitidamente a qualidade da assistência; vão além de somente garantir o pagamento pelos procedimentos realizados; atuam também como registro legal e comercial da organização hospitalar e dos grupos de profissionais responsáveis pelas taxas de aluguéis e materiais.<sup>18</sup>

---

14 MELO, M. B.; VAITSMAN, J. Auditoria e avaliação no Sistema Único de Saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 152-164, 2008.

15 SILVA, M. V. S.; SILVA, L. M. S.; DOURADO, H. H. M.; NASCIMENTO, A. A. M.; MOREIRA, T. M. M. Limites e possibilidades da auditoria em enfermagem e seus aspectos teóricos e práticos... *Op. cit.*

16 FERREIRA, T. S.; SOUZA-BRAGA, A. L.; CAVALCANTE-VALENTE, G. S.; SOUZA, D. F.; CARVALHO-ALVES, E. M. Auditoria de Enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. **Aquichán**, v. 9, n. 1, p. 38-49.

17 CECCON, R. F.; PAES, L. G.; SANTOS, M. B.; Grenzel, J. C. M. Enfermagem, auditoria e regulação em Saúde... *Op. cit.*

18 SILVA, A. I.; RODRIGUES, J. D.; PIRES, M. A. O papel do enfermeiro na auditoria de enfermagem... *Op. cit.*; FERREIRA, T. S.; SOUZA-BRAGA, A. L.; CAVALCANTE-VALENTE, G. S.; SOUZA, D. F.; CARVALHO-ALVES, E. M. Auditoria de Enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares... *Op. cit.*

Nos registros dos pacientes estão abarcadas as informações escritas que mostram o atendimento e tratamento prestado durante o período de internação. Esse registro deve conter informações claras e objetivas, como: evolução, reação do usuário. “A equipe de enfermagem deve prever o tempo para fazer os registros no prontuário de cada paciente, pois fazem parte das responsabilidades legais da enfermagem”.<sup>19</sup>

Desse modo, outro aspecto importante do processo de auditoria sob os prontuários é a educação continuada, uma vez que a auditoria é entendida também como um processo educativo.<sup>20</sup>

Na auditoria de enfermagem dos seus registros identificam falhas como: ilegibilidade, erros de ortografia, utilização de terminologias incorretas e siglas não padronizadas, falhas na identificação do profissional seja por ausência de carimbo ou letra ilegível.<sup>21</sup>

As falhas encontradas nos prontuários dos usuários são como subsídios para a implantação e gerenciamento da assistência de enfermagem, de forma a qualificar o serviço para gerar resultados de forma eficaz e com eficiência.<sup>22</sup> Portanto o enfermeiro gestor, por possuir competência de cunho técnico-administrativo, possui também a essência de um educador, sendo assim deve conscientizar os membros de sua equipe quanto à importância da anotação de enfermagem e o envolvimento de todo processo de trabalho.<sup>23</sup>

A literatura pesquisada mostra, também, a diferença nas auditorias privadas e públicas, sendo que, nas instituições privadas, a principal atividade das auditorias internas é a análise de contas hospitalares, numa prática caracterizada pela rotina de repetição de tarefas.

Registramos no discurso das enfermeiras auditoras apenas a utilização de modelos de análise que tem como foco os quantitativos cobrados. Não identificamos na prática das auditorias a busca por registros de queixas do usuário, ações não realizadas pela enfermagem ou por quaisquer dados relacionados exclusivamente com qualidade da assistência de enfermagem.<sup>24</sup>

---

19 SETZ, V. G.; D’INNOCENCO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. *Acta. Paul Enferm.*, v. 22, n. 3, p. 313-317, 2009.

20 CECCON, R. F.; PAES, L. G.; SANTOS, M. B.; Grenzel, J. C. M. Enfermagem, auditoria e regulação em Saúde... *Op. cit.*

21 SILVA, A. I.; RODRIGUES, J. D.; PIRES, M. A. O papel do enfermeiro na auditoria de enfermagem... *Op. cit.*

22 CECCON, R. F.; PAES, L. G.; SANTOS, M. B.; Grenzel, J. C. M. Enfermagem, auditoria e regulação em Saúde... *Op. cit.*

23 FERREIRA, T. S.; SOUZA-BRAGA, A. L.; CAVALCANTE-VALENTE, G. S.; SOUZA, D. F.; CARVALHO-ALVES, E. M. Auditoria de Enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares... *Op. cit.*

24 PINTO, K. A.; MELO, C. M. M. A prática da enfermeira em auditoria em Saúde... *Op. cit.*

Essa prática se distancia bastante dos conceitos citados acima, uma vez que a qualidade do serviço de enfermagem não é priorizada. Esses auditores internos, na maioria das vezes, preocupam-se com a forma como o serviço é prestado, mas são “orientados” a visar mais lucro para as instituições particulares.

Nas instituições públicas, pode-se perceber que o objetivo dos auditores é verificar a eficácia e a eficiência dos serviços e da gestão dos recursos do sistema público de saúde. Neste modelo público, é visível que o sistema dê a esses profissionais a autonomia necessária para que se sustente a teoria de que a auditoria existe para gerar qualidade do atendimento. Nessa prática, as enfermeiras possuem liberdade para elaborar seu plano de trabalho, respeitando o tipo de auditoria a ser realizada e o prazo estabelecido para a apresentação do seu resultado.<sup>2</sup>

Segundo Setz e D’Innocenzio,<sup>25</sup> a auditoria é de suma importância, pois é nela que são detectados os problemas apresentados nos prontuários e é por meio dos relatórios de avaliação que se pode orientar a equipe e as instituições auditadas “quanto ao registro apropriado das ações profissionais e o respaldo ético e legal, frente aos conselhos, às ações de classe e a justiça”.

### **Considerações Finais**

Este trabalho suscitou considerações importantes no tocante às auditorias de enfermagem quanto à análise dos prontuários dos pacientes. Nesse sentido, pode-se considerar que o preenchimento adequado dos prontuários profissionais precisa ser baseado nos critérios éticos básicos, além de ser de interesse de toda a equipe assistencial, de modo a gerar informações precisas e claras, uma vez que os registros dos profissionais refletem a assistência realizada.

Destaca-se que as ações de educação permanente são importantes ferramentas para a construção de novas práticas assistenciais, visando ao melhor custo-benefício para os usuários, além de melhorias na qualidade da assistência. Essas ações, geralmente, são produtos gerados através dos resultados das auditorias, que vêm comparando os padrões utilizados pelas instituições, com os padrões definidos pelas legislações vigentes.

Percebeu-se, através dos artigos acessados, que a qualidade do serviço tende a melhorar através do trabalho em equipe e ações interdisciplinares. Ressalta-se, aqui, a importância do enfermeiro, por ser um profissional que tem domínio nas áreas assistencial e administrativa, com isso tendo capacidade para lidar com processo de auditoria e regulação.

---

25 SETZ, V. G.; D’INNOCENCO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria... *Op. cit.*

Ressalta-se, também, que, durante a construção deste estudo, não foram encontrados artigos com abordagem ética nas práticas das auditorias em enfermagem, o que leva à reflexão da importância de se discutir, analisar e produzir conhecimento, uma vez que essa temática ainda permanece como uma importante lacuna do conhecimento no país.

### Referências:

- CECCON, R. F.; PAES, L. G.; SANTOS, M. B.; GRENZEL, J. C. M. Enfermagem, auditoria e regulação em Saúde: um relato de experiência. **Rev. Min. Enferm.**, v. 17, n. 3, p. 695-699, 2013.
- PINTO, K. A.; MELO, C. M. M. A prática da enfermeira em auditoria em Saúde. **Rev. esc Enferm.**, v. 44, n. 3, p. 671-678, 2010.
- SILVA, A. I.; RODRIGUES, J. D.; PIRES, M. A. O papel do enfermeiro na auditoria de enfermagem. **Revista Ciência e Sociedade**, Macapá, v. 1, n. 1, 2016.
- SILVA, M. V. S.; SILVA, L. M. S.; DOURADO, H. H. M.; NASCIMENTO, A. A. M.; MOREIRA, T. M. M. Limites e possibilidades da auditoria em enfermagem e seus aspectos teóricos e práticos. **Rev Bras. Enferm.**, v. 65, n. 3, p. 535-538, 2012.
- COSTA, M. S.; FORTE, B. P.; ALVES, M. D. S.; VIANA, J. F.; ORIÁ, M. O. B. Auditoria em enfermagem como estratégia de um Marketing profissional. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 57, n. 4, p. 497-499, 2004.
- SOUZA, M. L.; SARTOR, V. V. B; PRADO, M. L. Subsídios para uma ética da responsabilidade em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 14, n. 1, p. 75-81, 2005.
- SETZ, V. G.; D'INNOCENCO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta. Paul Enferm.**, v. 22, n. 3, p. 313-317, 2009.
- ROCHA, S. A.; BARBOZA, R. J. Ética nos trabalhos de auditoria. **Revista científica eletrônica de Ciências Contábeis**, v. 6, n. 8, 2016.
- FERREIRA, T. S.; SOUZA-BRAGA, A. L.; CAVALCANTE-VALENTE, G. S.; SOUZA, D. F.; CARVALHO-ALVES, E. M. Auditoria de Enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. **Aquichán**, v. 9, n. 1, p. 38-49, 2009.
- MELO, M. B.; VAITSMAN, J. Auditoria e avaliação no Sistema Único de Saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 152-164, 2008.



# **À AUDITORIA EM SAÚDE COMO FERRAMENTA PARA O CONTROLE INTERNO DAS INSTITUIÇÕES PÚBLICAS: DESAFIOS PARA A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

*Kesia Margotto Caliarí<sup>1</sup>*

## **Introdução**

A presente revisão bibliográfica tem como base um estudo sobre a relevância das atividades de controle interno em instituições públicas, haja vista que a administração pública é amplamente criticada pela carência de recursos financeiros e por exigências cada vez mais amplas da sociedade, refletindo, nos administradores públicos, uma grande inquietação relacionada aos aspectos que dizem respeito à existência de um controle mais eficiente nessas instituições. Não há críticas e restrições apenas à falta de recursos financeiros, mas também à ausência ou pouca presença de métodos eficientes de gestão de processo na gestão pública, que não vem sendo desempenhada de forma satisfatória no atendimento pleno dos interesses e anseios dos cidadãos. Desta forma, o Controle Interno desempenha um papel relevante na administração pública, principalmente pela orientação em relação às ações dos administradores, com vistas a garantir a eficiente arrecadação das receitas e a correta utilização dos recursos públicos, sendo uma eficaz ferramenta capaz de minimizar as irregularidades e alcançar os objetivos de preservar os bens e o interesse públicos.

O objetivo principal deste estudo foi fazer algumas reflexões sobre dois processos de trabalho, intrínsecos entre si, relativos ao Controle Interno e a Auditoria Interna no SUS, que estão presentes na Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, entretanto tratados no dia a dia como se fossem funções diferentes e independentes.

A metodologia utilizada neste estudo consistiu em uma revisão bibliográfica em livros, artigos e legislações, com a finalidade de conceituar controle interno, auditoria em saúde e gestão pública e suas inter-relações, seus processos de trabalho e a importância da utilização das equipes de auditoria em saúde para realizar as atividades de controle interno nas instituições públicas, como medidas preventivas contra erros e fraudes e ressaltar as diferenças e similaridades entre os conceitos dos diferentes autores a que se teve acesso. A experiência profissional da autora deste estudo como servidora da Secretaria de Estado da Saúde também é considerada nas reflexões aqui tratadas.

---

<sup>1</sup> Pós-graduanda em Auditoria e Regulação em Saúde pela Escola de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, Vitória - ES, Brasil.



O fundamento do controle interno na Administração Pública Brasileira está explicitado no artigo 76 da Lei 4.320/64, que estabelece que o “Poder Executivo exercerá os três tipos de controle da execução orçamentária, tais sejam”:

- (1) a legalidade dos atos que resultem da arrecadação da receita ou a realização da despesa, o nascimento ou a extinção de direitos e obrigações;
- (2) a fidelidade funcional dos agentes da administração responsáveis por bens e valores públicos; e
- (3) o cumprimento do programa de trabalho expresso em termos monetários e em termos de realização de obras e prestação de serviços.<sup>2</sup>

Como preceito constitucional, o controle interno aparece pela primeira vez na Constituição Federal de 1967 que diz, em seu artigo 71, que “A fiscalização financeira e orçamentária da União será exercida pelo Congresso Nacional através de controle externo, e dos sistemas de controle interno do Poder Executivo, instituídos por lei”.

A Constituição Federal de 1988, nos artigos 70 e 74, explicita as atribuições do Sistema de Controle Interno, como forma de garantir que os objetivos da administração pública sejam cumpridos, dando maior transparência na aplicação dos recursos, procurando, no decorrer da gestão, atuar preventivamente na detecção e correção de irregularidades.<sup>3</sup>

Ainda na Carta Magna de 1988, o controle na administração pública encontra-se devidamente previsto no artigo 70, o qual estabelece que:

A fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União, e das entidades da administração direta e indireta, quanto legalidade, legitimidade, economicidade, aplicação das subvenções e renúncia de receitas, será exercida pelo Congresso Nacional, mediante controle externo, e pelo sistema de controle interno de cada Poder.<sup>4</sup>

Por sua vez, o artigo 74, de forma mais enfática, determina que “Os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário manterão, de forma integrada, sistema de controle interno” com a finalidade de:

- I - avaliar o cumprimento das metas previstas no plano plurianual, a execução dos programas de governo e dos orçamentos da União;

---

2 BRASIL. **Lei Federal n. 4.320, de 17 de março de 1964**. Brasília: Senado Federal, 1964.

3 BRASIL. **Constituição da República do Brasil, 1988**: promulgada em 05 de outubro de 1988. Diário oficial da União, Brasília, 05 out. 1988

4 *Ibidem*.

II - comprovar a legalidade e avaliar os resultados, quanto à eficácia e eficiência, da gestão orçamentária, financeira e patrimonial nos órgãos e entidades da administração federal, bem como da aplicação de recursos públicos por entidades de direito privado;

III - exercer o controle das operações de crédito, avais e garantias, bem como dos direitos e haveres da União; e

IV - apoiar o controle externo no exercício de sua missão institucional.<sup>5</sup>

O Decreto-Lei n. 200, de 25 de fevereiro de 1967, que dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e, apesar da distância temporal em que foi publicado, mantém-se atual ao estabelecer, em seu artigo 6º, que as atividades da Administração obedeceriam aos princípios fundamentais do planejamento, coordenação, descentralização, delegação de competências e controle. Quanto ao Controle, seria exercido em todos os níveis e em todos os órgãos da Administração, compreendendo o controle pela chefia competente, pelos órgãos próprios de cada sistema e pelos órgãos do sistema de contabilidade e auditoria, conforme descreve o artigo 13.

Em outra vertente, a legislação que permeia a auditoria no SUS tem na Lei Federal n. 8.689, de 27 de julho de 1993, e no Decreto-Lei n. 1651, datado de 28 de setembro de 1995, um importante marco regulatório que orienta todos os processos de auditorias no SUS.

A Lei Federal n. 8.689/93, em seu artigo 6º e respectivos parágrafos, instituiu, no âmbito do Ministério da Saúde, o Sistema Nacional de Auditoria de que tratam o inciso XIX do art. 16.

Art. 6º Fica instituído no âmbito do Ministério da Saúde o Sistema Nacional de Auditoria de que tratam o inciso XIX do art. 16 tratam o inciso XIX do art. 16 da Lei Federal n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Ao Sistema Nacional de Auditoria compete à avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do Sistema Único de Saúde, que será realizada de forma descentralizada.

§ 2º A descentralização do Sistema Nacional de Auditoria far-se-á através dos órgãos estaduais e municipais e de representação do Ministério da Saúde em cada Estado da Federação e no Distrito Federal.

§ 3º Os atuais cargos e funções referentes às ações de auditoria ficam mantidos e serão absorvidos pelo Sistema Nacional de Auditoria, por ocasião da reestruturação do Ministério da Saúde, de que trata o art. 13.

§ 4º O Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria será o órgão central do Sistema Nacional de Auditoria.<sup>6</sup>

---

5 BRASIL. **Constituição da República do Brasil, 1988...** *Op. cit.*

6 BRASIL. **Lei Federal n. 8.689, de 27 de julho de 1993.** Dispõe sobre a extinção do

A Lei Federal n. 8.689/93 foi regulamentada pelo Decreto-Lei n. 1651, datado de 28 de setembro de 1995,<sup>7</sup> e estabelece que:

Art. 1º - O Sistema Nacional de Auditoria - SNA, previsto no art. 16, inciso XIX da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e no art. 6º da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, é organizado na forma deste Decreto, junto à direção do Sistema Único de Saúde – SUS, em todos os níveis de governo, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo.

Art. 2º O SNA exercerá sobre as ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS as atividades de:

I - controle da execução, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento;

II - avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade;

III - auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial.

Parágrafo Único - Sem embargo das medidas corretivas, as conclusões obtidas com o exercício das atividades definidas neste artigo serão consideradas na formulação do planejamento e na execução das ações e serviços de saúde.<sup>8</sup>

Em seu artigo 3º, a Lei Federal segue afirmando que:

Art. 3º Para o cumprimento do disposto no artigo anterior, o SNA, nos seus diferentes níveis de competência, procederá:

I - à análise:

- a) do contexto normativo referente ao SUS;
- b) de planos de saúde, de programações e de relatórios de gestão;
- c) dos sistemas de controle, avaliação e auditoria;
- d) de sistemas de informação ambulatorial e hospitalar;

---

Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8689.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8689.htm). Acessado em: 1 out. 2018.

7 BRASIL. Presidência da República. **Decreto Lei Federal n. 1651, de 28 de setembro de 1995**. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1995/D1651.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1995/D1651.htm)

8 *Ibidem*.

- e) de indicadores de morbimortalidade;
  - f) de instrumentos e critérios de acreditação, credenciamento e cadastramento de serviços;
  - g) da conformidade dos procedimentos dos cadastros e das centrais de internação;
  - h) do desempenho da rede de serviços de saúde;
  - i) dos mecanismos de hierarquização, referência e contra-referência [sic] da rede de serviços de saúde;
  - j) dos serviços de saúde prestados, inclusive por instituições privadas, conveniadas ou contratadas;
  - l) de prontuários de atendimento individual e demais instrumentos produzidos pelos sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares;
- II - à verificação:
- a) de autorizações de internações e de atendimentos ambulatoriais,
  - b) de tetos financeiros e de procedimentos de alto custo.<sup>9</sup>

A legislação referida e parte transcrita caracteriza a compreensão de que a auditoria do SUS incorpora em sua competência as ações de controle interno.

As atividades de auditoria, há aproximadamente três décadas, são desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA). Entretanto, em 2005, a Lei Estadual Complementar n. 317, de 07 de janeiro, que trata da organização e do funcionamento do Sistema Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo, altera a estrutura organizacional da SESA e do Instituto Estadual de Saúde Pública (IESP), e firma que compete à Gerência de Auditoria em Saúde da SESA:

- I - Executar atividades de verificação de conformidade de planos, programas, projetos, processos e ações de saúde, de acordo com a legislação e as normas vigentes, junto a todos os órgãos que compõem o Sistema Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo, com ação regionalizada e orientada por planos de trabalho em níveis microrregionais;
- Auditar, fiscalizar e acompanhar a regularidade dos procedimentos técnico-científicos praticados por pessoas físicas e jurídicas, entidades públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos, com as quais a SESA

---

9 BRASIL. *Constituição da República do Brasil, 1988... Op. cit.*

tiver celebrado contrato ou convênio para realização de serviços de assistência à saúde;

- Verificar a adequação, a resolubilidade e a qualidade das ações, procedimentos e serviços de saúde disponibilizados à população, participando do monitoramento e avaliação da gestão do SUS;

IV - Promover a interação e a integração das ações e procedimentos de auditoria entre os três níveis de gestão do SUS;

V - Sistematizar produção documental e registro das atividades pertinentes à auditoria;

VI - Emitir parecer conclusivo e relatórios gerenciais com a finalidade de instruir processos de ressarcimento ao Fundo Estadual de Saúde de valores apurados nas ações de auditoria;

VII - Promover, em sua área de atuação, cooperação técnica com órgãos e entidades com vistas à integração das ações desenvolvidas pelo Sistema de Auditoria, nas três esferas de gestão e, com órgãos integrantes dos sistemas de controle interno e externo;

VIII - Executar outros procedimentos ou atividades inerentes à auditoria de projetos, programas, convênios entre outros, verificando a conformidade com a legislação vigente e normas internas.<sup>10</sup>

Na estrutura da Secretaria de Estado da Saúde do estado do Espírito Santo, as atividades de controle interno foram instituídas em 2017, por meio da estruturação de uma Unidade Executora de Controle Interno (UECI), por meio da Portaria Estadual n. 326-S, datada de 14 de setembro de 2017, da qual não fazem parte os auditores internos. A compreensão desta autora, por meio deste estudo, é que as atividades de controle interno fossem desenvolvidas pela equipe de auditores da Gerência de Auditoria em Saúde (GAS) da SESA, uma vez que os auditores possuem a expertise para o desenvolvimento dessas atividades. A intenção aqui explicitada é que a auditoria interna busque alternativas voltadas para a implantação e atualização dos controles, de modo a adotar os procedimentos necessários à garantia da eficácia, eficiência e efetividade na gestão pública do SUS estadual, oferecendo aos gestores soluções objetivas e tempestivas para os problemas, que deverão ser extensivas e executadas também pela auditoria do SUS.

Pelas competências da GAS descritas, resta claro que os objetivos da Auditoria do SUS e do Controle Interno da SESA são congruentes, o que

---

<sup>10</sup> ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. **Lei Complementar Estadual n. 317, de 07 de janeiro de 2005.** Organiza o funcionamento do Sistema Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo – SES/ES, altera a estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde – SESA e do Instituto Estadual de Saúde Pública - IESP, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br>. Acessado em: um out. 2018.

reforça a compreensão explicitada neste estudo no sentido de que a auditoria interna do SUS reúne todas as condições de realizar as atividades de controle interno na SESA, até porque é também assim que a auditoria é compreendida pelo Sistema Nacional de Auditoria do SUS.

A literatura disponível a que se teve acesso afirma que os estados brasileiros recebem recursos federais, por meio do Ministério da Saúde, para aplicar em diversas atividades finalísticas e atividades administrativas – atividades meio – na área da saúde, o que torna necessária a prestação de contas e a fiscalização na aplicação desses recursos. Trata-se de uma forma de evitar desperdícios, prevenir fraudes, verificar o atendimento às legislações vigentes e observar se a população realmente está sendo atendida, ou seja, se a aplicação dos recursos está propiciando resultados que impactem a qualidade de vida dos cidadãos.

Os principais problemas nos processos de trabalho do SUS não decorrem somente da escassez dos recursos federais, mas também da fragilidade da gestão pública, traduzida muitas vezes pela má qualidade dessa gestão em planejamento, monitoramento e avaliação de seus processos.<sup>11</sup>

Dentre as macrofunções do SUS, destacam-se a regulação, a prestação de serviços e o financiamento; como ações estratégicas fundamentais destas funções, têm relevância as de Auditoria e as de Controle e Avaliação dos atos e fatos ocorridos na administração pública, que devem se desenvolver, em grande parte, pelos componentes do Sistema Nacional de Auditoria.

O SUS tem, portanto, um robusto sistema de controle interno, nas três instâncias da federação, ainda que não esteja bem desenvolvido em todos os municípios brasileiros e nos estados ainda há que se aperfeiçoarem seus processos de trabalho.

Acerca do conceito de controle interno, Lunkes e Schnorrenberger apontam que: “na administração o controle é uma parte integrante do processo administrativo, embora defendam que a ideia de padrões previamente definidos seja restritiva ao conceito do termo”.<sup>12</sup>

Controlar faz parte da administração pública, tendo em vista o objetivo essencial da regulação na aplicação dos recursos. Nesse sentido, aduz Glok:

o ato de controlar está intimamente ligado ao de planejar. Dá retorno ao processo de planejamento e visa garantir que, através da aplicação dos recursos disponíveis, algum resultado seja obtido, seja na forma de

---

11 BERWICK, D. M.; GODFREY, A. B.; ROESSNER, J. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde**. São Paulo: Makron Books do Brasil, 1995.

12 LUNKES, Rogério J.; SCHNORRENBARGER, Darci. **Controladoria: na coordenação dos sistemas de gestão**. São Paulo: Atlas, 2009.

produto ou de serviço.<sup>13</sup>

No caso da área pública, dentre os resultados a serem obtidos com os procedimentos de controles, enfatiza-se a garantia de que os aspectos legais estão sendo rigorosamente observados.

A Auditoria, enquanto potente função de controle interno no SUS, é uma atividade desenvolvida com técnicas próprias e específicas, constituindo-se em especialização profissional, tendo ampla dimensão e pode dividir-se em externa e interna, segundo a forma de atuação e as relações com a organização auditada. A auditoria interna é uma atividade desenvolvida por técnicos do quadro permanente da organização e o escopo do trabalho tem maior amplitude em relação à auditoria externa, abrangendo o estudo e a avaliação permanente do sistema de controle interno, sua adequação e desempenho.

Entre as definições encontradas para auditoria interna, cita-se a de Almeida Paula, que parece traduzir o pensamento geral dos estudiosos do tema:

a atividade de avaliação independente, que, atuando em parceria com administradores e especialistas, deverá avaliar a eficiência e a eficácia dos sistemas de controle de toda a entidade, agindo proativamente, zelando pelas políticas traçadas e provocando melhorias, fornecendo subsídios aos proprietários e administradores para a tomada de decisão, visando ao cumprimento da missão da entidade.<sup>14</sup>

As considerações trazidas neste estudo são de inteira compreensão desta autora, amparada na bibliografia e legislação disponíveis, e podem não refletir a consciência coletiva da SESA sobre o tema, entretanto podem, a partir daqui, provocar reflexões sobre o tema.

## Considerações finais

Atualmente, os órgãos institucionais de Controle e Auditorias Internas voltam suas atenções para atuação preventiva e orientadora, de modo a evitar as falhas involuntárias ou deliberadas por parte dos gestores. Os benefícios advindos de um sistema de controle interno integrado, atuando com excelência, são inumeráveis, por isso o controle deve ser visto como forma de assegurar o melhor emprego dos recursos, prevenir ou reduzir erros, fraudes, desperdícios ou abusos, contribuindo, assim, para o cumprimento da missão das instituições públicas. Atuando de forma independente e com métodos e técnicas que envolvem procedimentos típicos de ambos os tipos de auditoria,

---

13 GLOK, José Osvaldo. **Guia para a implementação do sistema de controle interno nos municípios**. Curitiba: Juruá, 2007, p. 31.

14 ALMEIDA PAULA, Maria Goreth Miranda. **Auditoria interna**: embasamento conceitual e tecnológico. São Paulo: Atlas, 1999.

interna e externa, em função de suas atribuições constitucionais e legais, as equipes de auditoria têm papel fundamental na Administração Pública, pela orientação e vigilância em relação às ações dos gestores, objetivando o correto emprego dos recursos públicos.

Para o êxito do controle interno no setor público, é fundamental promover os ajustes necessários na estrutura da SESA, atribuindo à Gerência de Auditoria em Saúde a função de exercer as atividades de Controle Interno. Referindo-se às funções da Ciência da Administração, Megginson menciona que, se a função de controle não for desempenhada efetivamente, as demais funções (planejar, organizar e dirigir) serão de valor limitado na organização, propiciando, na melhor das hipóteses, baixo desempenho e, na pior, a identificação de irregularidades pelos órgãos responsáveis pelo controle.<sup>15</sup>

O controle interno é uma importante ferramenta de gestão tanto financeira como operacional, que visa ao aperfeiçoamento dos trabalhos executados, buscando sua eficiência e eficácia. Ademais, permite ao gestor a elaboração de estratégias financeiras e administrativas, com vistas a melhorar a qualidade da gestão, assegurar o cumprimento das normas estabelecidas pela legislação em vigor, aplicar melhor os recursos financeiros, apoiar a tomada de decisão e melhorar a oferta e a qualidade dos serviços de saúde à população.

Utilizar-se do conhecimento e da qualificação técnica da equipe de auditoria para a realização das atividades de controle interno permite avanços consideráveis no trabalho a ser desenvolvido e oportuniza o alcance dos resultados que se espera nas importantes atividades de controle interno e evitam-se as sobreposições e o retrabalho.

Considerando que cabe aos auditores em saúde buscar agilidade de intervenção no processo, a identificação de prioridades e a organização do sistema de saúde pela lógica da necessidade da população e não do prestador do serviço, resta claro que o desenvolvimento de suas ações visa a um sistema de controle que verifica, constata e valida todos os processos que envolvem o SUS.

Dessa forma, é recomendável que o controle interno seja realizado pelos auditores do SUS, podendo ser elaborado um manual de controle interno, a fim de subsidiar essas atividades no sistema público de saúde.

### Referências:

ALMEIDA PAULA, Maria Goreth Miranda. **Auditoria interna**: embasamento conceitual e tecnológico. São Paulo: Atlas, 1999.

---

15 MEGGINSON, L. C.; MOSLEY, D. C.; PIETRI Jr., P. H. **Administração, Conceitos e Aplicações**. São Paulo: Editora Harbra, 1986.



BERWICK, D. M.; GODFREY, A. B.; ROESSNER, J. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde**. São Paulo: Makron Books do Brasil, 1995.

BRASIL. **Constituição da República do Brasil**, 1988: promulgada em 05 de outubro de 1988. Diário oficial da União Marcelo Moreira. Brasília, 05 out. 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil-03/constituicao/compilado .htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil-03/constituicao/compilado.htm). Acesso em 22 de mai. 2017.

BRASIL. **Lei Federal n. 4.320, de 17 de março de 1964**. Disponível na Internet: <http://www.interlegis.gov.br>

BRASIL. **Decreto-Lei n. 200, de 25 de fevereiro de 1967**. Disponível em: <http://www.interlegis.gov.br>.

BRASIL. **Lei Federal n. 8.689, de 27 de julho de 1993**. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8689.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8689.htm). Acessado em: 1 out. 2018.

BRASIL. **Decreto Lei Federal n. 1651, de 28 de setembro de 1995**. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1995/ D1651.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1995/D1651.htm)

GLOK, José Osvaldo. **Guia para a implementação do sistema de controle interno nos municípios**. Curitiba: Juruá, 2007.

LUNKES, Rogério J.SCHNORRENBARGER, Darci. **Controladoria: na coordenação dos sistemas de gestão**. São Paulo: Atlas, 2009.

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. **Lei Complementar Estadual n. 317, de 07 de janeiro de 2005**. Organiza o funcionamento do Sistema Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo – SES/ES, altera a estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde – SESA e do Instituto Estadual de Saúde Pública - IESP, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br>. Acessado em: um out. 2018.

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO . **Portaria Estadual n. 326-S, de 14 de setembro de 2017**, publicada no Diário Oficial do Estado do Espírito Santo de 15/09/2017 que estabelece a Unidade Executora de Controle Interno – UECI no âmbito da SESA foi instituída, e suas competências que são estabelecidas no art. 3º do Decreto n. 4131-R de 18/09/2017 e suas alterações posteriores. Acessado em: 12 out. 2018.

# **A IMPORTÂNCIA DA PADRONIZAÇÃO DO FLUXO DE AQUISIÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - DISPOSITIVO MÉDICO IMPLANTÁVEL**

*Lara Lopes Macedo Prates<sup>1</sup>*

*Priscila Barbosa Ferreira Rosa Oliveira<sup>2</sup>*

## **Introdução**

No cenário atual, diante da tabela pré-fixada para os valores dos procedimentos realizados pelo SUS, a necessidade da gestão de custos dos processos nas instituições é evidente, pois permite a identificação de falhas, retrabalhos e desperdícios financeiros. Diante disso, este artigo foi produzido para destacar a importância da elaboração de fluxo padronizado para aquisição de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)/Dispositivo Médico Implantável (DMI), como uma das estratégias para a melhoria contínua do processo de aquisição. Foi, para tanto, realizada uma pesquisa bibliográfica específica sobre o processo de gestão e aquisição de OPME/DMI. Através dos dados analisados, destaca-se a importância da auditoria presente no processo de análise das solicitações de OPME/DMI, previamente à sua aquisição, através da verificação da compatibilidade do OPME/DMI com o procedimento, da avaliação da relação custo e efetividade dos materiais e da auditoria interna periódica para o acompanhamento do processo, que, juntas, interferem diretamente na redução de custos na Instituição e na qualidade da assistência prestada ao paciente/cliente.

O Brasil institucionalizou o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros na Constituição Federal de 1988 e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde n. 8080/90. Os gestores do SUS têm enfrentado um grande desafio para garantir os princípios de universalidade e integralidade, diante do aumento dos custos das internações hospitalares e de tecnologias ambulatoriais de alta complexidade e custo, em função da introdução de tecnologias mais modernas e novos tratamentos com materiais e medicamentos, em um cenário marcado por restrições orçamentárias e financeiras.

No caso específico das internações hospitalares, independentemente do tempo de internação ou dos custos reais incorridos com os pacientes, o valor repassado pelo SUS aos hospitais segue a Tabela Única de Procedimentos,

---

1 Pós-graduanda em Auditoria e Regulação em Saúde pela Escola de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, Vitória - ES, Brasil.

2 Pós-graduanda em Auditoria e Regulação em Saúde pela Escola de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, Vitória - ES, Brasil.

Órteses, Próteses e Materiais Especiais para cada procedimento realizado, que há mais de uma década não é reajustada linearmente, restringindo-se apenas a atualizações de preços unitários para procedimentos ou situações isoladas, distanciando-se muitas vezes dos valores reais praticados no mercado. Somam-se a essa equação a falta de recursos e o surgimento de novas enfermidades, que dificultam ainda mais a gestão das organizações.<sup>3</sup> Considerado ainda que os hospitais não conhecem os reais custos dos procedimentos que realizam, pois não possuem controle permanente dos seus custos e gastos, há um risco de aumentar o desequilíbrio financeiro dessas entidades.<sup>4</sup>

Dentre os produtos e serviços oferecidos por um hospital, os procedimentos realizados no centro cirúrgico têm grande peso no faturamento total das contas hospitalares. Este impacto deve-se, principalmente, à complexidade das cirurgias realizadas, ao volume dos procedimentos e aos materiais utilizados.

Dentre os diversos materiais utilizados, as OPME/ DMI assumem grande importância econômica nas contas das instituições hospitalares, pois são responsáveis por elevados custos de aquisições e apresentam diversidades em diferentes categorias, o que torna a gestão deste processo complexa.

As órteses são peças ou aparelhos de correção ou complementação de membros ou órgãos do corpo, também definidas como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico, conforme estabelece a Resolução Normativa da ANS.<sup>5</sup>

As próteses são peças ou aparelhos de substituição dos membros ou órgãos do corpo e compreendem qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido de acordo com a Resolução Normativa da ANS.<sup>6</sup>

Os materiais especiais são “materiais ou dispositivos de uso individual” que auxiliam em procedimentos diagnósticos ou terapêuticos e que não se enquadram nas especificações de órteses ou próteses, implantáveis ou não,

---

3 SOUZA, A. A.; GUERRA, M.; AVELAR, E. A. Proposta de metodologia para a implantação do sistema de custeio baseado em atividades para organizações hospitalares. In: XVI CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, 2009, Fortaleza/CE. *Anais...* 2009.

4 BOTELHO, E. M. **Custeio Baseado em Atividades – ABC**: uma Aplicação em uma Organização Hospitalar Universitária. Tese (Doutorado em Administração). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

5 Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa – RN n. 338**, de 21 de outubro de 2013. DOU de 22 de outubro de 2013. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzExMA>. Acesso em: 1 out. 2018.

6 *Ibidem*.

podendo ou não sofrer reprocessamento, conforme regras determinadas pela ANVISA.

Os Dispositivos Médicos Implantáveis (DMI) são definidos como “órteses e próteses implantáveis por meio de procedimento médico ou odontológico invasivo, bem como os materiais utilizados como instrumental específico para sua implantação”.<sup>7</sup>

O processo de aquisição destes materiais de alto custo (OPME/DMI) é complexo e, nesse aspecto, a existência de fluxo padronizado para sua aquisição é uma ferramenta útil de gestão, com grande impacto na redução dos custos hospitalares.

Este estudo aborda a temática em torno dos processos de aquisição de OPME/DMI nas instituições hospitalares através da padronização do processo e da aplicação da estratégia de melhoria contínua, a fim de que sejam minimizados os desperdícios de recursos e de tempo e atenda aos padrões de qualidade exigidos pelo mercado.

Segundo Liker e Meier, em processos instáveis é possível verificar algumas características peculiares que indicam: falta de maturidade e capacidade do processo, mudanças frequentes de planos de trabalho, falta de padrões de trabalho, presença de estoques intermediários, fluxo de trabalho inexistente ou inconsistente, equipes pouco treinadas.<sup>8</sup> Essas características geram perdas ao longo do processo e representam fontes de desperdício de tempo para qualquer instituição hospitalar. O processo de aquisição de OPME/DMI nas Instituições sofre influências internas e externas e possui *gargalos* de tempo e de custo.

Dentre os principais problemas relacionados ao processo estão: a pressão que os gestores dos estabelecimentos de saúde têm enfrentado para garantir o atendimento de qualidade aos usuários dos serviços mediante ao aumento dos custos hospitalares, em função da introdução de novas tecnologias e materiais mais modernos, em meio a um cenário de restrição orçamentária e financeira; o valor repassado pelo SUS aos hospitais, através de tabela única para os procedimentos, independentemente do tempo de internação ou dos custos reais incorridos com os pacientes; as reclamações por parte do corpo clínico no atraso do processo de aquisição dos OPME/DMI que, na grande maioria dos casos, são solicitados para o mais breve possível; o polêmico contato dos médicos com os fabricantes e distribuidores desses materiais, que oferecem ao profissional médico materiais modernos que facilitam o seu trabalho e,

---

7 87ª REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR – CAMSS. Rio de Janeiro, 22 de setembro de 2016. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes\\_com\\_ANS/Apresentacao\\_CSS/css\\_apresentacao\\_87\\_opme.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Apresentacao_CSS/css_apresentacao_87_opme.pdf)> Acesso em: 28 de maio de 2017.

8 LIKER, J. K.; MEIR, D. **O Modelo Toyota**: manual de aplicação. Trad. Lene Belon Ribeiro. Porto Alegre: Bookman, 2007.

em contrapartida, para este benefício, os médicos precisam solicitar marcas específicas, o que pode mascarar intenções.

Neste cenário, verifica-se que, durante o processo de aquisição de OPME/DMI, ocorrem: um número considerável de “idas e vindas” no fluxo da informação, excesso de retrabalho, falta de senso de urgência por parte dos colaboradores e desconhecimento do fluxo.

Diante do explicitado, o que se pretende neste estudo é apresentar um fluxo padronizado de aquisição de OPME/DMI nas instituições hospitalares, de forma que os *gargalos* de tempo, custo e falta de informação sejam minimizados através do aperfeiçoamento contínuo do processo de aquisição.

O objetivo geral deste estudo é o de apresentar um fluxo para aquisição de OPME/DMI que possa ser aplicável em afinidade com os conceitos e as ferramentas de melhoria contínua nos processos de aquisição, de forma que sejam minimizadas as “idas e vindas” e a falta de qualidade no fluxo das informações, além do excesso de retrabalho durante o processo, bem como propor um fluxo padronizado de aquisição de OPME/DMI nas instituições hospitalares, desde a solicitação desses materiais, perpassando pelas diversas áreas envolvidas, até a autorização ou negativa do procedimento, com a descrição detalhada de todas as etapas do fluxo, a fim de que seja minimizado o desperdício de tempo e de custo. Além de mostrar a importância do conhecimento do fluxo e do senso de urgência em todas as etapas, por toda a equipe diretamente envolvida.

A metodologia adotada neste estudo foi a revisão bibliográfica como um pilar de sustentação para alcançar os objetivos descritos e anteriormente propostos e, para tanto, na pesquisa bibliográfica, foram buscadas especificidades sobre os processos de gestão e aquisição de OPME/DMI, fazendo uso principalmente do Manual de Boas Práticas de Gestão das OPME.

Conforme descrito no Manual de Boas Práticas de Gestão das OPME, a temática é complexa e tem múltiplos atores e interesses envolvidos que se inter-relacionam: pacientes, médicos, outros profissionais da saúde, fabricantes e fornecedores de insumos, hospitais, e cada qual assume sua parcela de responsabilidade na cadeia de utilização.

### **Padronização das OPME/DMI nas Instituições Hospitalares**

As aquisições das OPME/DMI devem ser precedidas da padronização destes materiais que estabeleça as especificações técnicas e os parâmetros mínimos de desempenho e de qualidade, além da definição das quantidades a serem adquiridas em função do consumo e da utilização prováveis.

## **Análise da Solicitação do material pela câmara técnica de auditoria**

Considerando a política de Avaliação de Tecnologias em Saúde do Ministério da Saúde, recomenda-se que cada estabelecimento de saúde possua uma Câmara Técnica de Auditoria, para avaliação e recomendação das OPME/DMI com representantes dos serviços médicos, de enfermagem, de farmácia, de reabilitação e da administração. Todos os integrantes devem apresentar declaração negativa de conflito de interesses. Os integrantes desse grupo devem possuir as seguintes atribuições: elaborar ou revisar a descrição das OPME, dos equipamentos e dos instrumentais necessários à sua utilização, periodicamente, presentes na relação de materiais padronizados; analisar previamente as solicitações dos materiais solicitados, realizando uma pesquisa do registro dos procedimentos e/ou OPME/DMI, ao verificar se o procedimento consta na tabela SUS e se as OPME/DMI têm registro na ANVISA e se também constam na Tabela SUS, para, assim, homologar pareceres favoráveis ou não à solicitação dos materiais; avaliar a compatibilidade do OPME/DMI com o procedimento a ser realizado; e realizar a análise de custo e viabilidade econômica para incorporação de novos produtos e tecnologias já padronizadas e para homologar pareceres favoráveis ou não da solicitação dos materiais.

Os estabelecimentos de saúde cuja estrutura não possibilite a implantação de uma equipe de auditoria interna devem nomear um responsável técnico para essas atividades.

### **Processo de aquisição das OPME/DMI**

#### *Termo de Referência:*

As aquisições de OPME/DMI nos estabelecimentos de saúde devem ser precedidas da apresentação de Termo de Referência (TR), que deve ser elaborado por profissional com qualificação compatível, tendo, em primeiro lugar, a especificação do objeto a ser licitado, ainda que possa haver complementação posterior.

#### *Licitação:*

Para os estabelecimentos públicos de saúde, as licitações são os instrumentos convocatórios para a aquisição de OPME/DMI e devem ser realizadas na modalidade de pregão, preferencialmente na forma eletrônica.

Para os demais estabelecimentos de saúde, com ou sem fins lucrativos, recomenda-se análise das formas de aquisição mais adequadas à realidade institucional.

*Processo Administrativo de Aquisição:*

A forma de aquisição de OPME pode se dar por meio de Registro de Preço ou com celebração de contrato e deve prever a entrega por consignação ou para o estoque próprio.

Durante os processos de aquisição das OPME/DMI, deve-se sempre buscar preços vantajosos para a administração pública, identificar os fornecedores adequados às necessidades logísticas do objeto e estabelecer condições atrativas que atendam tanto às necessidades da Administração Pública quanto às linhas de produtos dos fornecedores estratégicos, para evitar fragmentações e incompatibilidades entre os produtos adquiridos.

*Contratação, Empenho e Autorização de Fornecimento*

Concluída a licitação, a aquisição de OPME deverá ser formalizada por meio de Ata de Registro de Preços, Contrato, Autorização de Fornecimento (AF), Nota de Empenho (NE) ou documento equivalente.

*Supervisão e responsabilidade do diretor técnico dos estabelecimentos de saúde:*

Todas as OPME/DMI utilizadas na Instituição devem estar sob a supervisão e a responsabilidade do diretor técnico do estabelecimento de saúde, respondendo, assim, quando houver alterações que possibilitem danos ao indivíduo que as receber. Diante disso, o procedimento de aquisição de OPME/DMI precisa ser avaliado e autorizado pelo diretor técnico. Caso o parecer seja favorável, o procedimento e o material são autorizados; em contrapartida, caso haja o parecer desfavorável, ocorre o indeferimento do procedimento e/ou da OPME/DMI.

É permitida, quando julgado necessário, a delegação dessa responsabilidade a outro médico ou comissão, mediante expediente interno formal. A responsabilidade é extensiva aos profissionais da saúde que indicam ou realizam os procedimentos com uso de OPME.

*Situações Excepcionais de aquisição nos estabelecimentos privados de saúde:*

Nos estabelecimentos privados de saúde, as formas de aquisição podem ser extremamente variadas, contudo recomenda-se que sejam adotadas algumas normas básicas para garantir a qualidade das OPME, tais como: o cadastro de fornecedores e o cadastro das OPME comercializadas.

### Auditoria Interna periódica para o acompanhamento do processo

Os estabelecimentos de saúde devem realizar auditorias internas periódicas para acompanhamento do processo de gestão de OPME/DMI através da realização de inventários periódicos, análise da utilização e da compatibilidade dos materiais utilizados com os procedimentos realizados e verificação das possíveis perdas de custo e de tempo durante o processo.

### Fluxo padronizado de aquisição de OPME/DMI nas instituições hospitalares:

Após a realização de uma pesquisa bibliográfica específica sobre os processos de gestão e aquisição de OPME/DMI, utilizando o Manual de Boas Práticas de Gestão das Órteses, Próteses e Materias Especiais (OPME), foi elaborado um fluxo padronizado para a aquisição das OPME/DMI nas instituições hospitalares, presente na Figura 1, de forma que o processo seja otimizado, e os gargalos de tempo, custo e falta de informação sejam minimizados.

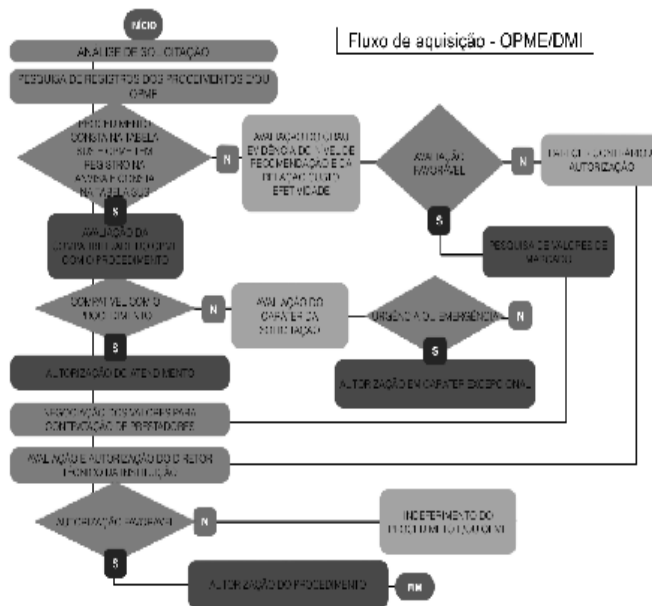


Figura 1: Fluxo de aquisição - OPME/DMI.

### Considerações finais

Ao analisar o cenário deste estudo na literatura pesquisada, depreende-se que o processo de aquisição das OPME/DMI nas instituições hospitalares, apesar de complexo, mostrou ter uma boa relação custo-benefício. Embora



apresente alguns *gargalos*, a Instituição consegue ter um maior controle do fluxo e uma melhor assistência com a padronização e o aprimoramento contínuo dos processos utilizados.

Nota-se, também, que a ausência de estudos voltados para a prática dos processos de aquisição de OPME/DMI reforça a dificuldade que muitos estabelecimentos de saúde têm para organizar o seu fluxo de forma eficiente.

Conclui-se, assim, que, nos casos em que os processos de aquisição das OPME/DMI são padronizados e os fluxos são aprimorados, esses materiais deixam de ser considerados os grandes vilões dos custos na saúde. Observa-se, também, que as ações de melhorias decorrentes da padronização do fluxo de aquisição das OPME/DMI nas instituições hospitalares culminam com benefícios de custo e de tempo para a Instituição e facilitam o entendimento dos colaboradores envolvidos em todas as etapas do processo.

Em síntese, a padronização do Fluxo para Aquisição das OPME/DMI, à semelhança de outras padronizações, configura-se no sistema de saúde, seja público ou privado, mais do que como um processo administrativo, e sim um excelente processo de Regulação da Atenção à Saúde e de Regulação do Acesso dos prestadores de serviços em benefício do atendimento às reais necessidades dos usuários dessas tecnologias, melhorando sua qualidade de vida.

### Referências:

BOTELHO, E. M. **Custeio Baseado em Atividades – ABC**: Uma Aplicação em uma Organização Hospitalar Universitária. Tese (Doutorado em Administração). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

SOUZA, A.A.; GUERRA, M. & AVELAR, E.A. Proposta de metodologia para a implantação do sistema de custeio baseado em atividades para organizações hospitalares. In: XVI CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, 2009, Fortaleza/CE. **Anais...** 2009.

LIKER, J. K.; MEIR, D. **O Modelo Toyota**: manual de aplicação. Trad. Lene Belon Ribeiro. Porto Alegre: Bookman, 2007.

**Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.804, de 20 de dezembro de 2006, que estabelece normas para a utilização de materiais de implante.** (Publicada no D.O.U. de 20 dez. 2006, Seção I, p. 158). Disponível em: <[http://www.portalm medico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1804\\_2006.htm](http://www.portalm medico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1804_2006.htm)> Acesso em: 22 de maio de 2017.

**Portaria SAS/MS nº 2.723, de 9 de dezembro de 2014, que inclui os procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde.** Ministério da Saúde, gabinete do ministro. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt2723\\_09\\_12\\_2014\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt2723_09_12_2014_rep.html)> Acesso em: 27 de maio de 2017.

**87ª REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR – CAMSS Rio de Janeiro, 22 de setembro de 2016.** Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/images/stories/Interecoes\\_com\\_ANS/Apresentacao\\_CSS/css\\_apresentacao\\_87\\_opme.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Interecoes_com_ANS/Apresentacao_CSS/css_apresentacao_87_opme.pdf)> Acesso em: 28 de maio de 2017.

**Manual de Boas Práticas de Gestão das Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME).** Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_praticas\\_gestao\\_proteses\\_materiais\\_especiais.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_praticas_gestao_proteses_materiais_especiais.pdf)> Acesso em: 25 maio de 2017.

Brasil. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 15 mar. 2018.

Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa – RN n. 338**, de 21 de outubro de 2013, publicada na seção 1, do DOU de 22 de outubro de 2013). Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/islacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzExMA>. Acesso em: 1 out. 2018.



# AUDITORIA EM SAÚDE: UMA ABORDAGEM SOBRE GLOSAS, AUDITORIA DE CUSTOS E DA QUALIDADE

Karla Katiele Jaretta<sup>1</sup>

## Introdução

O estudo em questão tem como temas inter-relacionados a auditoria e glosas de procedimentos realizados pelos serviços de saúde consequentes de processos de auditoria, como forma de aprimorar os processos de trabalho relativos ao processamento da produção de serviços para posteriores pagamentos. Tem como objetivo explicitar a relevância da auditoria como potente meio avaliativo do desempenho dos serviços de saúde. Quanto aos procedimentos metodológicos, este estudo teve um caráter exploratório na literatura disponível a que se teve acesso sobre o tema, publicada no período de 2000a 2015, constituída por livros, artigos, dissertações, teses, revistas e redes eletrônicas científicas indexadas nas bases de dados *Scielo*, *Lilacs* e *Bireme*, sobre a relevância da auditoria nos serviços de saúde.

Considerando que a auditoria é o tema central deste estudo, faz-se necessário conceituá-la. O surgimento da palavra auditoria advém do latim *audire*, que se trata da função de verificar a legitimidade dos fatos econômico-financeiros, prestando contas a um superior,<sup>2</sup> ou seja, refere-se ao controle de áreas-chave nas organizações, a fim de evitar situações que provoquem fraudes, desfalques e subornos, através de análise regular nos controles internos específicos de cada organização pública ou privada.

Na concepção de Menezes e Bucchi, auditoria se configura em:

uma análise das transações, operações e procedimentos realizados em determinada entidade onde são avaliados documentos, livros, registros, demonstrações e todos os elementos de consideração contábil, objetivando verificar a veracidade desses registros e das demonstrações contábeis deles decorrentes, visando à apresentação de opiniões, críticas, conclusões e orientações.<sup>3</sup>

Dentre os setores que mais fazem o uso da auditoria destaca-se o setor de serviços de saúde. Cunha menciona que, atualmente, a auditoria nos serviços de saúde desempenha um papel relevante para fomentação dos planejamentos

---

1 Pós-graduanda em Auditoria e Regulação em Saúde pela Escola de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, Vitória - ES, Brasil.

2 RIOLINO NA KLIUKAS GBV. Relato de experiência de enfermeiras no campo de auditoria de prontuário: uma ação inovadora. **Revista Nursing**, v. 65, n. 6, p. 35-39, 2003.

3 MENEZES, J. G. B. R.; BUCCHI, S. M. Auditoria em enfermagem: um instrumento para assistência de qualidade. *Rev Enferm UNISA*, v. 12, n. 1, p. 68-72, 2011.

das ações de saúde, sua execução, gerenciamento e avaliação qualitativa dos resultados.<sup>4</sup>

Embora a prática da auditoria tenha se consolidado como uma atividade relevante, carregada de preocupações relacionadas à diminuição de perdas financeiras, ela não deve ser prioridade em saúde para não haver perda de seu objetivo que é a garantia da qualidade da assistência nos serviços prestados à população. Rocha corrobora a afirmação de que a auditoria na área da saúde iniciou-se enfatizando a área contábil e administrativa,<sup>5</sup> entretanto vem mudando de foco, com a finalidade de avaliar a qualidade dos serviços prestados, bem como sua efetividade, sendo as análises feitas no prontuário dos pacientes, que é o documento legal que registra a condição clínica, de responsabilidade técnica do médico e demais profissionais dos serviços de saúde, contendo informações pertinentes a procedimentos, condutas médicas e de enfermagem, realizados durante a internação desde sua admissão até a alta hospitalar.<sup>6</sup>

Importante mencionar que a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) n. 266, datada de 05 de outubro de 2001, que aprova as atividades de Enfermeiro Auditor, explicita que esse profissional deve conhecer a legislação vigente para atuar em concordância com ela, agindo sempre dentro dos princípios éticos e legais. A auditoria de enfermagem vai ao encontro da necessidade dos hospitais que objetivem a organização, os diagnósticos da instituição, mensurando e controlando atos e fatos relativos à enfermagem.

Segundo Chiavenato, a auditoria é definida como um sistema de revisão e de controle, para informar à administração sobre a eficiência e a eficácia dos programas em desenvolvimento, e sua função não é somente indicar os problemas e as falhas, mas também apontar sugestões e soluções, assumindo, portanto, um caráter eminentemente educacional.<sup>7</sup> Scarparo acompanha as afirmações de Chiavenato.<sup>8</sup>

---

4 CUNHA, F. N. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo desafio? **Texto Contexto Enferm.**, v. 15, n. 3, p. 479-482, 2006.

5 ROCHA, T. I. **Teoria e prática em auditoria de cuidados**. São Paulo: Ícone, 2002, p. 15-16; 19-21

6 GODOL, A. P.; MACHADO, C. S.; LINS, M. A.; CRUZ, M. G.; ROSA, B. A. Auditoria de custo: análise comparativa das evidências de glosas em prontuário hospitalar. **Rev Inst Ciênc. Saúde**, v. 26, n. 4, p. 403-408, 2008.

7 CHIAVENATO, I. **Administração: teoria, processo e prática**. São Paulo: Editora Mc Graw-Hill, 2001.

8 Scarparo A. F. Auditoria em Enfermagem: revisão de literatura. **Nursing**, v. 80, n. 8, p. 46-50, 2005.

Marinho diz que auditoria deve ser entendida como:

uma atividade profissional da área médica e de enfermagem que analisa, controla e autoriza os procedimentos médicos para fins de diagnose e condutas terapêuticas, propostas e/ou realizadas, respeitando-se a autonomia profissional e preceitos éticos, que ditam as áreas e relações humanas e sociais.<sup>9</sup>

Crepaldi conceitua auditoria de uma forma bastante simples, afirmando tratar-se do “levantamento, estudo e avaliação sistemática das transações, procedimentos, operações, rotinas e das demonstrações financeiras de uma entidade”.<sup>10</sup>

Com relação à natureza, os modelos mais comumente utilizados consideram os seguintes aspectos da auditoria: quanto ao órgão fiscalizador, à forma de abordagem do tema e ao tipo ou área envolvida.<sup>11</sup>

A seguir estão destacados os aspectos mencionados pelo autor:

Quanto ao órgão fiscalizador:

Auditoria interna: realizada pelo departamento interno responsável pela verificação e avaliação dos sistemas e procedimentos internos de uma entidade. Objetivo: reduzir as probabilidades de fraudes, erros, práticas ineficientes ou ineficazes.

Auditoria externa: realizada por instituição externa e independente daquela fiscalizada. Objetivo: emitir um parecer sobre a gestão de recursos da entidade, sua situação financeira, a legalidade e a regularidade de suas operações.

Auditoria articulada: trabalho conjunto de auditorias internas e externas.

Quanto à forma de abordagem do tema:

Auditoria horizontal: auditoria com tema específico realizada em várias entidades ou serviços paralelamente.

Auditoria orientada: auditoria focada em uma atividade específica qualquer ou em atividades com fortes indícios de erros ou fraudes.

Quanto à área envolvida:

Auditoria de programas de governo: acompanhamento, exame e avaliação da execução de programas e projetos governamentais específicos.

Auditoria do planejamento estratégico: verifica se os principais objetivos da entidade são atingidos e se as políticas e estratégias de aquisição, utilização e alienação de recursos são respeitadas.

---

9 MARINHO, J. **Auditoria em enfermagem**. Nov. 2013. Disponível em: < <http://www.ebah.com.br/content/ABAAABkAAAC/auditoria-enfermagem> > Acesso em 25. Mar. 2017

10 CREPALDI, S. A. **Auditoria contábil: teoria e prática**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

11 *Ibidem*.

Auditoria administrativa: engloba o plano da organização, seus procedimentos e documentos de suporte à tomada de decisão.

Auditoria contábil: relativa à salvaguarda dos ativos e à fidedignidade das contas da instituição. Tem como finalidade fornecer uma certa garantia de que as operações e o acesso aos ativos se efetuem de acordo com as devidas autorizações.

Auditoria financeira ou Auditoria das contas: consiste na análise das contas, da situação financeira, da legalidade e regularidade das operações e aspectos contábeis, financeiros, orçamentários e patrimoniais, verificando se todas as operações foram corretamente autorizadas, liquidadas, ordenadas, pagas e registradas.

Auditoria de legalidade: também conhecida como auditoria de regularidade ou de conformidade. Consiste na análise da legalidade e regularidade das atividades, funções, operações ou gestão de recursos, verificando se estão em conformidade com a legislação em vigor.

Auditoria operacional: incide em todos os níveis da gestão, nas fases de programação, execução e supervisão, sob o ponto de vista da economia, eficiência e eficácia. Analisa a execução das decisões tomadas e aprecia até que ponto os resultados pretendidos foram atingidos.

Auditoria integrada: inclui simultaneamente a auditoria financeira e a operacional.

Auditoria da tecnologia da informação: essencialmente operacional. Os auditores analisam os sistemas de informática, o ambiente computacional, a segurança de informações e o controle interno da entidade fiscalizada, identificando seus pontos fortes e/ou deficiências. É também conhecida como auditoria informática, computacional ou de sistemas.<sup>12</sup>

## Histórico da Auditoria

Sá afirma que a auditoria nasceu na era antes de Cristo, na Antiga Suméria e, em seguida, surgiu nas províncias romanas no primeiro século depois de Cristo.<sup>13</sup> Porém foi no Século XVIII, na Inglaterra, com a Revolução Industrial, que houve grande desenvolvimento da auditoria mediante o surgimento das grandes empresas, das necessidades por parte dos investidores de acompanhamento do capital investido e da taxaçaõ do imposto de renda com base no lucro.

No Brasil, o surgimento da auditoria se deu por meio da promulgação do Decreto n. 2.935/1862, o qual aprovava a reorganização da Cia. de Navegação por Vapor e estipulava que auditores deveriam ser convocados anualmente

---

12 CREPALDI, S. A. **Auditoria contábil...** *Op. cit.*, p. 24-25.

13 SÁ, A. L. **Curso de auditoria**. São Paulo: Atlas; 1980.

em assembleia ordinária, para realizar análise de contas da empresa.<sup>14</sup>

Souza, Dyniewicz e Kalinowski informam que o primeiro parecer de auditoria conhecido em território nacional foi emitido há um século pela empresa São Paulo Tramway Light & Power Co, relativo ao período de junho de 1899 a dezembro de 1902.<sup>15</sup> Os autores esclarecem que as atividades de auditoria eram realizadas por todos os integrantes dos níveis das organizações.

Riolino e Kliukas afirmam, em sua publicação, que o início da auditoria no Brasil se deu devido às instalações de filiais das empresas estrangeiras, as quais seguiam o modelo de controle interno de suas operações.<sup>16</sup>

Existem controvérsias com relação à época e criador do termo auditoria na saúde, pois Zanon afirma que a auditoria na área de serviços médicos emergiu em 1943, através de Vergil Slee.<sup>17</sup>

Por sua vez, Caleman, Moreira e Sanches, com relação ao conceito de auditoria, relatam que esse serviço foi

proposto para os serviços de saúde, pela primeira vez, em 1956, por Lambeck, com a finalidade de avaliar a qualidade dos processos e os resultados desses serviços, por meio da observação direta do registro e da história clínica do usuário.<sup>18</sup>

No Brasil, embora não existam maiores relatos sobre o surgimento da auditoria na saúde, existem indícios dela nos serviços médicos públicos, por meio do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), em 1984, que conceituava a auditoria nessa área como sendo um conjunto de ações administrativas, técnicas e observações, com finalidade assistencialista.

A relevância da auditoria foi relatada por meio do Decreto n. 8.689 que, ao aprovar a Estrutura Regimental do INAMPS, em seu Art. 3º, definia que o Instituto teria em sua estrutura básica órgãos de assistência direta e imediata ao presidente, compostos pela Procuradoria-Geral e Auditoria.<sup>19</sup> O decreto estabelecia que:

---

14 MOTTA, R. S. **Recusa de pagamentos hospitalares**. Set. 2003. Disponível em: < <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/educacao/recusas-de/11299> > Acesso em 13. Mai. 2017

15 SOUZA L. A. A.; DYNIEWICZ, A. M.; KALINOWSKI, L. C. *Auditorship: a historic and current approach*. RAS, v. 12, n. 47, 2010.

16 RIOLINO NA KLIUKAS GBV. Relato de experiência de enfermeiras no campo de auditoria de prontuário... *Op. cit.*

17 ZANON *apud* MELO, M. B.; VAITSMAN J. Auditoria e avaliação no sistema único de saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 152-164, 2008.

18 CALEMAN; MOREIRA; SANCHES *apud* MELO, M. B.; VAITSMAN J. Auditoria e avaliação no sistema único de saúde... *Op. cit.*

19 BRASIL. **Lei Federal n. 8.689, de 27 de julho de 1993**. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e dá outras providências.



compete à Auditoria: controlar e fiscalizar a aplicação dos recursos orçamentários e financeiros destinados à assistência à saúde e aos pagamentos de serviços prestados e repassados aos Estados, Distrito Federal e municípios, pelo INAMPS.<sup>20</sup>

Além disso, a auditoria veio contribuir com a saúde por meio de ações, inicialmente provocadas pela necessidade de aperfeiçoamento das Guias de Internação Hospitalares (GIH), utilizadas pelo INAMPS, chamado mais adiante de Sistema de Assistência Médica da Previdência Social (SAMPS), que reconheceu o cargo de médico auditor, passando, assim, a auditoria a ser realizada nos próprios hospitais.

Outro marco importante foi a criação do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) do SUS, previsto pela Lei Federal n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, com a função de coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo território nacional, em cooperação técnica com os estados, municípios e Distrito Federal. O SNA foi instituído pela Lei Federal n. 8.689, de 27 de julho de 1993, e regulamentado pelo Decreto Lei Federal n. 1651, de 28 de setembro de 1995.

Atualmente, a auditoria já tem conquistado uma porção considerável das entidades que prestam serviços de saúde, devido à eficácia de seus resultados, pelo controle e programação das ações e, principalmente, por direcionar os caminhos a serem traçados pelas instituições.<sup>21</sup>

### **Auditoria em saúde *versus* qualidade**

Os conceitos de qualidade abrangem extensas variações de definições, “assinalando setores e tendências predominantes, em um dado contexto de trabalho”.<sup>22</sup> Entretanto, com relação ao serviço de auditoria, esse conceito sempre esteve associado ao controle administrativo-financeiro das organizações, pois ela tem sido um recurso indispensável na análise das finanças nas organizações.<sup>23</sup>

Na pesquisa teórica empreendida, foram encontrados alguns estudos

---

Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8689.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8689.htm). Acessado em: 1 out. 2018.

20 MELO, M. B.; VAITSMAN J. Auditoria e avaliação no sistema único de saúde... *Op. cit.*, p. 154.

21 SOUZA L. A. A.; DYNIEWICZ, A. M.; KALINOWSKI, L. C. *Auditorship: a historic and current approach...* *Op. cit.*

22 BONATO VL. *Health quality management: improving support to client* *Gestión de calidad en salud: mejorando asistencia al cliente*. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 319-331, 2011.

23 GALVAO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; ROSSI, Lídia Aparecida. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.10, n. 5, p. 690-695, 2002.

acerca da qualidade dos serviços em saúde, realizados por meio das auditorias. Um dos temas deste estudo é a auditoria da qualidade e seus conceitos, o que se verá a seguir.

Souza registra em seus escritos que o setor de serviços de saúde faz o uso da auditoria não só para diminuir suas perdas financeiras, mas também para avaliar a qualidade dos serviços prestados e que a

Implantação da auditoria de qualidade dos serviços de saúde mostra-se como uma opção no controle ou redução de custos das instituições, visto que avalia de uma forma ampla as questões de condições de segurança ao paciente no que se refere à estrutura física e operacional, identificação quanto à existência de rotinas e procedimentos documentados e qualificação do corpo funcional, além de auditar se existem recursos mínimos capazes de garantir a assistência prestada, evitando, portanto, iatrogenias e infecções hospitalares.<sup>24</sup>

Paim e Ciconelli realizaram uma revisão literária sobre a importância da auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde dentro do processo de gestão das operadoras de planos de saúde. Eles verificaram que auditoria voltada para análise da qualidade dos serviços de saúde é um ótimo instrumento para as operadoras de planos de saúde avaliarem a qualidade dos serviços e se posicionarem melhor no mercado, tendo em vista as informações das demonstrações contábeis recebidas.<sup>25</sup>

Bonato, por sua vez, realizou estudos e encontrou variados conceitos de qualidade nos níveis de planejamento e execução no setor de saúde privado e público.<sup>26</sup> Os resultados mostraram que os métodos de qualidade ajudam na reestruturação dos processos internos, de forma a gerar benefícios para o usuário e para todas as partes envolvidas no sistema.

Melo e Vaitsam estudaram a distinção dos conceitos de avaliação e auditoria, embasados pelo Sistema Nacional de Auditoria, tendo em vista que a avaliação e a auditoria têm assumido uma posição central na manutenção e no desenvolvimento dos serviços de saúde.<sup>27</sup>

Melo e Vaitsman mencionam, ainda, que as auditorias de desempenho podem ser classificadas como:

Auditoria de eficiência: analisa a forma como o auditado gerencia seus recursos humanos e materiais, se existe uma associação previsível entre

---

24 SOUZA L. A. A.; DYNIEWICZ, A. M.; KALINOWSKI, L. C. *Auditorship: a historic and current approach...* Op. cit.

25 PAIM, C. R. P.; CICONELLI, R. M. Auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. *RAS*, V. 9, n. 36, 2007.

26 BONATO VL. *Health quality management: improving support to client Gestión de calidad en salud: mejorando asistencia al cliente...* Op. cit.

27 MELO, M. B.; VAITSMAN J. Auditoria e avaliação no sistema único de saúde... Op. cit.

eficiência e custo mínimo.

Auditoria de efetividade: examina os resultados, verificando o impacto provocado pelo produto de uma política. Preocupa-se mais com avaliações pontuais do que com a política no geral. Utiliza-se menos a pesquisa em ciências sociais, quando comparada com a avaliação de programas.

Auditoria de capacidade de gerenciamento de desempenho: analisa a habilidade do auditado em gerenciar processos e programas de forma eficiente e efetiva, buscando também formular orientações direcionadas a um melhor desempenho.

Avaliação de risco: sinaliza aos gestores e aos formuladores de políticas públicas os problemas que uma determinada política implementada pode originar. Essa auditoria não se posiciona, necessariamente, quanto à efetividade do programa.

Revisão geral de gestão: verifica a organização e não o programa implantado. Ao buscar a origem dos problemas ou sucessos, pode ir além das auditorias de desempenho da capacidade gerencial.<sup>28</sup>

Ainda de acordo com os autores, o processo clássico de avaliação tem por base os princípios de confiança e inserção dos avaliadores. Bonato informa que a avaliação da auditoria externa mais comumente vista é a de acreditação, ou seja, acreditação americana e a acreditação canadense.<sup>29</sup>

Já com relação aos benefícios da análise da qualidade nos serviços de saúde, Bonato aponta os seguintes: cultura aberta ao aprendizado; liderança colaboradora, desenvolvimento de estratégias para redução de riscos e táticas para prevenirem eventos adversos; acesso à ampla fonte de dados sobre boas práticas; acesso a um informativo internacional editado, dentre outros.<sup>30</sup>

Junqueira, por sua vez, pontua que:

O conceito de auditoria médica, diz que o processo de auditar consiste na revisão, perícia, intervenção ou exame de contas de serviços ou procedimentos prestados ou executados por organizações prestadoras de serviços em saúde; sendo esse ato de auditar realizado por auditores ligados diretamente às organizações que prestam os serviços, ou diretamente ligados às fontes pagadoras que pagam pelos serviços prestados.<sup>31</sup>

O Manual de Normas de Auditoria do Ministério da Saúde conceitua auditoria como:

---

28 MELO, M. B.; VAITSMAN J. Auditoria e avaliação no sistema único de saúde... *Op. cit.*

29 BONATO VL. *Health quality management: improving support to client Gestión de calidad en salud: mejorando asistencia al cliente...* *Op. cit.*

30 *Ibidem.*

31 JUNQUEIRA *apud* GOMES DM. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde.** São Paulo: Makron Books do Brasil, 2007, p. 10.

Exame sistemático e independente dos fatos obtidos através da observação, medição, ensaio ou outras técnicas apropriadas, de uma atividade, elemento ou sistema, para verificar a adequação aos requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes e determinar se as ações de saúde e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas.<sup>32</sup>

Para Loverdos, a auditoria médica consiste:

em uma análise, à luz das boas práticas de assistência à saúde e do contrato entre as partes: paciente, médico, hospital e patrocinador do evento, dos procedimentos executados, aferindo sua execução e conferindo os valores cobrados para garantir que o pagamento seja justo e correto acompanhado de qualidade do atendimento prestado ao paciente.<sup>33</sup>

Ainda de acordo com o autor, a auditoria pode ser realizada de várias maneiras, como:

**Auditoria Médica Preventiva:** realizada a fim de que os procedimentos sejam auditados antes que aconteçam. Geralmente está ligado ao setor de liberações de procedimentos ou guias do plano de saúde, e é exercida pelos médicos.

**Auditoria Médica Operacional:** é o momento no qual são auditados os procedimentos durante e após terem acontecido. O auditor atua junto aos profissionais da assistência, a fim de monitorizar o estado clínico do paciente internado, verificando a procedência e gerenciando o internamento, auxiliando na liberação de procedimentos ou materiais e medicamentos de alto custo, e também verificando a qualidade da assistência prestada. É nesta hora que o auditor pode indicar, com a anuência do médico assistente, outra opção de assistência médica ao usuário, como Gerenciamento de Casos Crônicos.<sup>34</sup>

## **Glosas em prontuários em planos de saúde e no SUS**

Glosa significa cancelamento ou recusa parcial ou total de orçamento, conta, verba, por ser considerado ilegal ou indevido, ou seja, refere-se aos itens que o auditor da operadora (plano de saúde) não considera cabível para pagamento.

As glosas podem ser classificadas em administrativas e técnicas. As administrativas são decorrentes de falhas operacionais no momento da cobrança, falta de interação entre o plano de saúde e o prestador de serviço (instituição hospitalar) ou, ainda, falha no momento da análise da conta do

---

32 BRASIL. **Manual de Normas de Auditoria**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

33 LOVERDOS *apud* ALVES, E. L.; SILVA, R. M. **Auditoria médica**. 2007. Disponível em: <[http://lms.ead1.com.br/webfolio/Mod4896/auditoria\\_medica\\_e\\_de\\_unidades\\_de\\_enfermagem\\_v1.pdf](http://lms.ead1.com.br/webfolio/Mod4896/auditoria_medica_e_de_unidades_de_enfermagem_v1.pdf)> Acesso em 25. Mar. 2017

34 LOVERDOS *apud* ALVES, E. L.; SILVA, R. M. **Auditoria médica...** *Op. cit.*

prestador. As técnicas estão vinculadas à apresentação dos valores de serviços e medicamentos utilizados e não aos procedimentos.<sup>35</sup>

As glosas ou correções são aplicadas quando qualquer situação gerar dúvidas em relação às regras e práticas adotadas pela instituição de saúde. Quando elas ocorrem, observa-se conflito na relação entre convênio (plano de saúde) e prestador de serviços (instituição hospitalar). Quando as instituições de cuidado de saúde têm os valores dos serviços prestados glosados pelas operadoras de planos de saúde, elas podem lançar mão de recursos denominados *recursos de glosas*, a fim de recuperar suas perdas econômicas.<sup>36</sup>

A glosa só pode ser aplicada quando há desrespeito a determinadas regras, como, por exemplo: cobrança de procedimento que não foi realizado; cobrança de procedimento realizado, diferente do procedimento autorizado; o procedimento cobrado deve ser compatível com a Tabela de Procedimentos; ausência de registros no prontuário. Dessa forma, acredita-se ser importante discorrer, de forma breve, acerca de cada um dos desrespeitos citados.

De acordo com Rodrigues, Perroca e Jericó, o prontuário do paciente, a cada dia, vem se firmando legalmente como ferramenta importante na avaliação da qualidade da assistência prestada aos clientes no hospital, fornecendo informações vitais para processos judiciais e convênios de saúde.<sup>37</sup> Os registros do prontuário do cliente são também utilizados para fins de faturamento/cobrança, para auditoria interna ou externa, para obtenção de dados estatísticos sobre as atividades realizadas e para análise institucional, surgindo a importância das anotações da enfermagem.

Ainda de acordo com os autores supracitados, o registro de enfermagem, como fonte de informações, tem sido às vezes criticado sob a alegação de que são avaliados os registros e não os cuidados de enfermagem. Entretanto pode-se considerar óbvio que há correlação positiva entre os registros e a qualidade do cuidado. Os cuidados de enfermagem podem ser avaliados através dos registros, logo, a avaliação dos registros, conseqüentemente, reflete a qualidade de enfermagem.

Motta define como glosa administrativa processos administrativos incorretos, como: ausência de guias de autorizações determinadas pelas operadoras, de procedimentos médicos realizados; inadequado ou incompleto preenchimento de guias de autorização de procedimentos médico-hospitalares; valores de tabelas referentes a taxas, materiais e medicamentos

---

35 BRANDÃO, M. **Glosas hospitalares**. Disponível em: < <http://www.ebah.com.br/content//glosas-hospitalares> >. Acesso em 13. Mai. 2017.

36 BRANDÃO, M. **Glosas hospitalares...** *Op. cit.*

37 RODRIGUES, V. A.; PERROCA, M. G.; JERICÓ, M. C. Glosas hospitalares: a importância das anotações da enfermagem. **Arq Ciênc. Saúde**, v. 11, n. 4, p. 210-214, 2005 .

fora do estipulado contratualmente; procedimentos, materiais e medicamentos digitados erroneamente.<sup>38</sup>

A guia de autorizações constitui-se em formulário impresso ou digitalizado que contém dados sobre o usuário do plano de saúde, número da carteira, tipo de plano contratado e descrição pelo médico do procedimento que será realizado. Esta guia, em casos eletivos (programados), é encaminhada ao plano de saúde para autorização, antes mesmo da realização do procedimento; em casos de urgência, é emitida para o convênio conforme o acordo com o prestador.<sup>39</sup>

Cada convênio possui suas rotinas referentes às guias de autorizações e tais rotinas devem sempre ser repassadas ao prestador para que ele tenha conhecimento das solicitações que precisa ter para realizar os procedimentos no usuário. Geralmente, existe um auditor administrativo, que avalia questões relacionadas à carência do usuário, tipo de plano x procedimento solicitado, e um auditor médico, que avalia a questão técnica.<sup>40</sup>

Na realização das cobranças hospitalares, as guias são enviadas aos convênios e é a partir delas que o convênio faz o pagamento ao hospital. Por exemplo, um paciente possui uma guia autorizada para internação clínica e na guia estão descritos três dias autorizados pelo convênio. Entretanto, no momento da cobrança, é enviada a cobrança de cinco dias de internação; o convênio vai se deter nos dias que ele autorizou, conforme o que consta na guia: isso pode ser um motivo para glosa.<sup>41</sup>

Neste caso em específico, a conduta correta é, quando estiver próximo o vencimento dos dias autorizados na guia do convênio, o médico que está assistindo o paciente deve solicitar a prorrogação de internação, que consiste no pedido de autorização para mais dias de permanência do paciente internado. Justificando os motivos, esta guia é encaminhada ao convênio que, por sua vez, defere ou não a solicitação.<sup>42</sup>

O preenchimento das guias deve ser claro e objetivo, sem rasuras, uma vez que a rasura, neste caso, pode ser interpretada como fraude. Cada convênio elabora um modelo de guia (conforme as regras da ANS), que é fornecido aos seus prestadores para preenchimento. Há convênios com autorizações em sistema *on-line*, em que o prestador (médico) preenche a guia com a justificativa para o procedimento e após recebe a autorização, ou não, também em via *on-line*, que é impressa e anexada junto à conta hospitalar.<sup>43</sup>

---

38 Cf. MOTTA, RS. **Recusa de pagamentos hospitalares...** *Op. cit.*

39 Cf. MOTTA, RS. **Recusa de pagamentos hospitalares...** *Op. cit.*

40 *Ibidem.*

41 *Ibidem.*

42 *Ibidem.*

43 *Ibidem.*

Todas as cobranças hospitalares são estipuladas através do contrato entre operadora e prestadora. Dessa forma, os valores, taxas, diárias e procedimentos são itens negociados contratualmente e devem seguir esses contratos mediante o ressarcimento ao hospital. Quando qualquer item foge à regra estabelecida, a operadora tem o direito de efetuar a glosa.<sup>44</sup>

A digitação da conta hospitalar é realizada pelo faturista e pode ocorrer de um mesmo item ser digitado mais de uma vez ou em número errado: em vez de um frasco de soro fisiológico, cobrar onze frascos de soros fisiológicos, por exemplo. Neste caso, a glosa efetuada pelo convênio diz respeito ao erro na digitação da informação.<sup>45</sup>

Motta ainda define como Glosas Técnicas aquelas realizadas pelo enfermeiro auditor em procedimentos de enfermagem cobrados sem argumentação técnico-científica, como:

- Ausência de checagem de medicamentos e procedimentos;
- Ausência de checagem de medicamentos com o devido horário de realização;
- Ausência de checagem de medicamentos com devido nome e registro no COREN do profissional executante;
- Procedimentos de enfermagem realizados sem a descrição no prontuário do paciente;
- Falta de prescrição de enfermagem ou médica para os procedimentos de enfermagem.
- Anotações realizadas a lápis.
- Realização de procedimentos de enfermagem sem fundamentação científica e comprovação da eficácia por meio de estudos prévios.
- Descrição incompleta da assistência de enfermagem prestada no prontuário do paciente.<sup>46</sup>

Com relação à glosa em procedimentos vinculados ao SUS, observa-se que o SUS conforma uma rede hierarquizada, regionalizada e descentralizada sob comando único em cada nível de governo – federal estadual e municipal. É, pois, um sistema complexo, dinâmico e em constante evolução. Para acompanhar seu processo de crescimento, suas ações, seus indicadores e resultados foram desenvolvidos diferentes sistemas e redes de informações estratégicas, gerenciais e operacionais que permitem a tomada das melhores decisões.<sup>47</sup> O Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA) utiliza esses sistemas

---

44 *Ibidem*.

45 MOTTA, RS. **Recusa de pagamentos hospitalares...** *Op. cit.*

46 *Ibidem*.

47 Cf. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

e redes como ferramentas para obtenção de dados, análise para suporte à realização de auditorias analíticas e auditorias operacionais (*in loco*).<sup>48</sup> Para tanto, os técnicos do SNA verificam a efetiva realização dos procedimentos por meio de algumas técnicas, como, por exemplo:

- Análise comparativa do procedimento autorizado com o procedimento efetivamente realizado;
- Comparando a compatibilidade do procedimento cobrado com o tipo de procedimento constante da Tabela de Procedimentos do SUS;
- Análise dos registros constantes no Prontuário;
- Entrevistas com os pacientes ou seus familiares;
- Efetivo pagamento do procedimento cobrado;
- Análise comparativa do teto físico e financeiro pactuado no Contrato de Prestação do Serviço firmado entre o Estabelecimento Prestador e o Gestor do SUS.<sup>49</sup>

Em caso de divergência ou de não realização do procedimento, o Componente do SNA (federal, estadual ou municipal) propõe a devolução total ou parcial do procedimento. Essa devolução é feita pelo prestador do serviço diretamente ao Fundo de Saúde responsável pelo pagamento.

No caso de não devolução por parte do prestador do serviço, é instaurada Tomada de Contas Especial, além de encaminhamento do Resultado da Auditoria ao Ministério Público para adoção das providências que entender cabíveis.

O SUS faz o uso da “Tabela Única do SUS”, que serve como parâmetro para tabular os preços dos procedimentos que são cobertos pelo sistema, em que todas as relações estabelecidas ocorrem mediante contrato. Segundo dados do Sistema de Informações Hospitalares do Ministério da Saúde (SIH/SUS), há no Brasil, atualmente, 5.739 hospitais vinculados ao SUS, sendo 2.111 públicos, 3.481 privados e 147 universitários. O SIH não permite a classificação dos hospitais universitários em públicos ou privados. Diferentemente, o Sistema de Informações Ambulatoriais permite classificar a rede universitária em pública e privada.<sup>50</sup>

---

Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Devolução de recursos em auditoria do SUS:** (orientações técnicas) / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento Nacional de Auditoria do SUS. – 1. Ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

48 Cf. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Devolução de recursos em auditoria do SUS...** *Op. cit.*

49 *Ibidem.*

50 MATOS, C. A.; POMPEU, J. C. Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 8, n. 2, p. 629-643, 2003.



Ao contrário da rede hospitalar, a rede ambulatorial do Brasil é predominantemente pública. Das 61.197 unidades ambulatoriais vinculadas ao SUS, 48.804 (79,74%) são públicas.<sup>51</sup>

## Considerações Finais

Os principais fatores que evidenciam a importância da auditoria como instrumento de controle de qualidade dos serviços de saúde observados no estudo foram: o controle da aplicação dos recursos financeiros e a qualidade dos registros e do respectivo faturamento. Quanto à avaliação da qualidade dos serviços de saúde na perspectiva da auditoria, verificou-se que ela é um ótimo instrumento de avaliação da qualidade dos serviços oferecidos, além de disponibilizar informações que instrumentalizarão o gestor, de forma que este possa oferecer a todos o atendimento diferenciado e específico de acordo com a necessidade de cada um.

## Referências:

- ALVES, E. L.; SILVA, R. M. **Auditoria médica**. Jan. 2007. Disponível em: < [http://lms.ead1.com.br/webfolio/Mod4896/auditoria\\_medica\\_e\\_de\\_unidades\\_de\\_enfermagem\\_v1.pdf](http://lms.ead1.com.br/webfolio/Mod4896/auditoria_medica_e_de_unidades_de_enfermagem_v1.pdf) > Acesso em 25. Mar. 2017
- BONATO, V. L. *Health quality management: improving support to client Gestión de calidad en salud: mejorando asistencia al cliente*. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 319-331, 2011.
- BRANDÃO, M. **Glosas hospitalares**. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content//glosas-hospitalares>>. Acesso em: 13 mai. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Manual de Normas de Auditoria**. Brasília, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Devolução de recursos em auditoria do SUS: (orientações técnicas)**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento Nacional de Auditoria do SUS. – 1. Ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. **Lei Federal n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acessado em: 15 mar. 2018.
- BRASIL. **Lei Federal n. 8.689, de 27 de julho de 1993**. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8689.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8689.htm). Acessado em: 1 out. 2018.

---

51 MATOS, C. A.; POMPEU, J. C. Onde estão os contratos?... *Op. cit.*

BRASIL. **Decreto Lei Federal n. 1651, de 28 de setembro de 1995.** Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1995/D1651.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1995/D1651.htm). Acessado em: 1 out. 2018.

CHIAVENATO, I. **Administração: teoria, processo e prática.** São Paulo: Editora Mc Graw-Hill, 2001.

CREPALDI, S. A. **Auditoria contábil: teoria e prática.** 6 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

CUNHA, F. N. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo desafio? **Contexto Enferm**, v. 15, n. 3, p. 479-482, 2006.

GODOI, A. P.; MACHADO, C. S.; LINS, M. A.; CRUZ, M. G.; ROSA, B. A. Auditoria de custo: análise comparativa das evidências de glosas em prontuário hospitalar. **Rev Inst Ciênc. Saúde**, v. 26, n. 4, p. 403-408, 2008.

GOMES DM. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde.** São Paulo: Makron Books do Brasil, 2007.

MATOS, C. A.; POMPEU, J. C. Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 8, n. 2, p. 629-643, 2003.

MARINHO J. **Auditoria em enfermagem.** Nov. 2013. Disponível em: < <http://www.ebah.com.br/content/ABAAABkAAAC/auditoria-enfermagem> > Acesso em 25. Mar. 2017

MELO MB VAITSMAN J. **Auditoria e avaliação no sistema único de saúde. São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 152-164, 2008.

MENEZES JGBR BUCCHI SM. Auditoria em enfermagem: um instrumento para assistência de qualidade. **Rev Enferm UNISA**, v. 12, n. 1, p. 68-72, 2011.

PAIM, C. R. P. CICONELLI, R. M. Auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. **RAS**, v. 9, n. 36, 2007.

MOTTA, RS. **Recusa de pagamentos hospitalares.** Set. 2003. Disponível em: < <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/educacao/recusas-de/11299> > Acesso em 13. Mai. 2017

RIOLINO NA KLIUKAS GBV. **Relato de experiência de enfermeiras no campo de auditoria de prontuário: uma ação inovadora.** **Revista Nursing**, v. 65, n. 6, p. 35-39, 2003.

ROCHA, T. I. **Teoria e prática em auditoria de cuidados.** São Paulo: Ícone, 2002, p. 15-16; 19-21.

RODRIGUES, VA. PERROCA, MG. JERICÓ, MC. Glosas hospitalares: a importância das anotações da enfermagem. **Arq Ciênc. Saúde**, v. 11, n. 4, p. 210-214, 2005.

SÁ, A. L. **Curso de auditoria.** São Paulo: Atlas; 1980.

SOUZA LAA DYNIEWICZ AM KALINOWSKI LC. *Auditorship: a historic and current approach.* **RAS**, v. 12, n. 47, 2010.

Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. **Resolução n. 266, datada de 05 de outubro de 2001, que aprova atividades de Enfermeiro Auditor.** Acessado em: 1 out. 2018.



## **PARTE II**

*Gestão em Saúde: temas estratégicos*



# **FINANCIAMENTO DO SUS E OS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA ABORDAGEM SOBRE A SUSPENSÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS FEDERAIS PELA NÃO ALIMENTAÇÃO DOS BANCOS DE DADOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

*Alexsandro de Moraes Vimercati<sup>1</sup>*

*Mário Luiz de Oliveira Gomes Frigeri<sup>2</sup>*

## **Introdução**

Este estudo trata da suspensão de recursos financeiros de origem federal, destinados ao custeio da Atenção Básica (AB), motivada principalmente pela não alimentação regular dos Sistemas de Informações em Saúde (SIS), do Ministério da Saúde (MS). O objetivo é despertar nos gestores e profissionais de saúde a importância da alimentação de dados nos sistemas de informações, evitando o desfinanciamento das ações e serviços de saúde da atenção básica preservando, assim, parte do financiamento desse nível de atenção, bem como a boa imagem da gestão municipal do Sistema Único de Saúde (SUS).

A atenção básica, denominação brasileira para a Atenção Primária em Saúde (APS), caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Seu objetivo é desenvolver uma atenção integral que impacte a situação de saúde e a autonomia das pessoas e os determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

O processo de descentralização da gestão do sistema de saúde em curso no Brasil coloca-nos possibilidades e desafios que devem ser assumidos de forma solidária pelos três entes federados. A pluralidade de contextos vivenciados pelos municípios e regiões requer a modelagem de políticas públicas capazes de responder adequadamente às diferentes necessidades advindas dessa diversidade. Nessa perspectiva, o papel de cada gestor é determinante na superação dos desafios e na consolidação de um sistema de

---

1 Bacharel em Direito. Analista de Sistemas de Informação. Pós-graduando do Curso de Especialização em Regulação e Auditoria em Saúde. Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia do Estado do Espírito Santo – EMESCAM.

2 Médico. Pós-graduado em Dermatologia. Pós-graduando do Curso de Especialização em Regulação e Auditoria em Saúde. Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia do Estado do Espírito Santo – EMESCAM.

saúde comprometido com as necessidades específicas da população, presente em cada localidade brasileira.<sup>3</sup>

A função de gerir o setor da saúde pública, em qualquer esfera institucional, coloca vários desafios que precisam ser enfrentados. O primeiro deles é, justamente, conseguir dominar toda a complexidade de conceitos, nomenclaturas, ações e serviços abrangidos pelo SUS.

Ao assumir suas atribuições, o gestor se depara com uma ampla e diversificada gama de situações e problemas, de diferentes naturezas, que podem ser abordados de maneiras igualmente variadas, dependendo de combinações entre técnicas/métodos e tecnologias/equipamentos disponíveis para a organização dos processos de trabalho e o cuidado dos usuários, além de uma grande diversidade de itens e recursos com os quais terá que lidar em seu cotidiano.<sup>4</sup>

A Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou um conjunto de princípios para construir a base da atenção primária dos serviços de saúde, conhecido como Carta de Lubliana. A OMS propôs, em 1996, que os sistemas de atenção de saúde deveriam ser dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional. Esses valores deveriam ser: direcionados para a proteção e promoção da saúde; centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciassem os serviços de saúde e assumissem a responsabilidade por sua própria saúde; focados na qualidade e incluindo a relação custo-efetividade; baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo; direcionados para a atenção primária.<sup>5</sup>

Para que as ações e serviços de saúde sejam organizados a fim de proporcionarem a integralidade na atenção e a resolutividade no atendimento às necessidades demandadas pela população, faz-se necessário um potente processo de planejamento desenvolvido pelos municípios, com ênfase no planejamento local nos territórios das equipes de saúde da família e, também, nas equipes que ainda estão atuando no modelo convencional de APS.

Para tanto, as equipes carecem de informações que estão disponíveis em diversos bancos de dados da atenção básica, da produção de serviços assistenciais e, principalmente, nos bancos de dados que registram os eventos vitais: o nascimento, a morbidade e a mortalidade, relativos às principais doenças e agravos de interesse da saúde pública.

---

3 BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituiu a Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 25 ago. 2019.

4 *Ibidem*.

5 Organização Mundial de Saúde. **Carta de Lubliana**. Copenhague, 19 de junho de 1996; STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, p. 19-20.

A temática que engloba o uso da informação no âmbito da saúde pode ser considerada extremamente complexa e carente de um minucioso olhar não só técnico, mas, sobretudo, científico e social. Lins aponta a existência de um baixo uso das informações no âmbito da saúde, cujos estudos no campo da informação apontam para inúmeros problemas, como:

a multiplicação de bases de dados inadequadas e deficitárias; dificuldades técnicas de compatibilidade e de conexão; baixa aceitação das novas tecnologias; falta de capacitação de pessoal para lidar com informática; ausência de investimento numa cultura informacional; e muitos outros.<sup>6</sup>

Outro fator relevante está afeto ao processo de municipalização da saúde que, ao descentralizar a gestão do setor e ao passar

a responsabilidade pela produção, gerenciamento e disseminação da informação em saúde para o nível local, colocou para os gestores uma maior necessidade de lidar com a informação e com suas tecnologias.<sup>7</sup>

Todavia é do conhecimento de poucos gestores o tema em relevância, pois os recursos federais encaminhados aos municípios e estados dependem de uma *prestação de contas*, ou seja, dados devem ser informados através de Sistemas de Informações disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do MS para que os municípios e estados não tenham seus repasses financeiros suspensos, causando deficiências e até mesmo o desfinanciamento dos programas.

Sabe-se que o ciclo informacional dos sistemas de informações é dinâmico e, desse modo,

não possui início e nem fim, está sempre se autoalimentando continuamente através dos processos interativos e intercâmbios comunicativos que envolvem as necessidades de produção, transmissão e uso da informação.<sup>8</sup>

Metodologicamente, a condução deste estudo foi baseada nos pressupostos da abordagem qualitativa e desenvolvida sobre os preceitos de um estudo exploratório, analítico e descritivo. Para o levantamento dos dados e informações foi feita uma busca de artigos científicos, teses de doutorado, dissertações de mestrado, monografias, relato de casos, dados e documentos oficiais publicados por órgãos governamentais do MS.

---

6 LINS, M. J. C. D. **Necessidades e demandas de informação**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001, p. 13-14.

7 *Ibidem*, p. 15.

8 MORIGI, V. J.; SEMENSATTO, S.; BINOTTO, S. F. T. Ciclo e Fluxo Informacional nas Festas Comunitárias. **Informação & Sociedade. Estudos**, v. 16, p. 250, 2006.



O objetivo geral deste estudo foi revelar a importância dos dados e informações da atenção básica, registrados em bancos de dados da APS e em outros utilizados pela vigilância em saúde, como parte importante para a manutenção do recebimento dos recursos de origem federal, conforme determinam as normas infralegais do MS. Os objetivos específicos foram: despertar nos gestores do SUS a importância da alimentação regular dos Sistemas de Informações em Saúde da Atenção Básica, levantar o volume de recursos da atenção básica suspensos no ano de 2018, e parte de 2019, no estado do Espírito Santo e identificar os motivos que levaram à suspensão dos recursos da atenção básica no estado do Espírito Santo.

Justifica-se o desenvolvimento deste estudo pela relevância que os recursos da atenção básica, de origem federal, representam para a sustentabilidade das ações e serviços de saúde desenvolvidos neste nível de atenção.

### **O financiamento do SUS: breves reflexões**

O financiamento da saúde no Brasil é um dos maiores desafios sociais para o país. Além da insuficiência de recursos financeiros e da ineficiência de seu uso, tem que ser considerada a situação geral do país à qual está submetida à população. Como diz a Lei Orgânica da Saúde, “os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país”.<sup>9</sup>

Segundo Oliveira, a política econômica que vem sendo praticada desde a década de 1990 no Brasil tem expressado, com pequenas variações, as recomendações do pensamento ortodoxo: saneamento financeiro do Estado, junto ao deslocamento de suas prioridades, para garantir o pagamento da dívida pública e de seus encargos financeiros.<sup>10</sup>

O financiamento do SUS está previsto em lei, tanto na Constituição Federal como na Lei Orgânica da Saúde, que reúne as Leis Federais n. 8.080 e 8.142 publicadas em 1990 e, de forma geral, a lei prevê as fontes de financiamento, os percentuais a serem gastos em saúde, inclusive a forma de divisão e repasse dos recursos entre as esferas de governo.

---

9 BRASIL. **Lei Federal n. 8142, de 28 de dezembro de 1990: Lei Orgânica da Saúde.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 11 jun. 2019; CARVALHO, G. C. M. de. **O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001.** Tese (Doutorado em Saúde). Departamento de Saúde Materno-Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

10 OLIVEIRA, Fabrício Augusto de. **Economia e Política das Finanças Públicas no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 2009.

Trazendo as questões que envolvem o financiamento para a atualidade, os percentuais de investimento financeiro dos municípios, estados e União no SUS estão definidos pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, resultante da regulamentação presidencial da Emenda Constitucional n. 29/2000. Por esta lei, municípios e Distrito Federal devem aplicar, anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde (ASPS), cabendo aos estados 12%.

Os orçamentos da saúde pública, tanto municipal quanto estadual, devem estar presentes na Lei Orçamentária Anual, enviada anualmente pelo Chefe do Executivo e aprovada/editada pelas Casas de Leis. Nessa peça orçamentária, estará presente a descrição do quanto se prevê de despesa em saúde. Esse orçamento, obrigatoriamente, precisa seguir o Plano Plurianual (PPA) do município, no qual estarão as diretrizes e metas previstas a cada quatro anos (três anos da gestão atual em curso e o primeiro ano da nova gestão), em cada ente federado. No PPA são definidos os programas a serem desenvolvidos por cada governo e cada ente federado terá que definir no PPA o objetivo de cada programa, as metas de avaliação e a previsão do orçamento para execução de cada programa, incluindo a política pública de saúde.<sup>11</sup>

O Plano de Saúde, que tem a mesma temporalidade, deve, obrigatoriamente, seguir as diretrizes do PPA. Cada gestor de saúde deverá ter como base para o processo participativo de construção do Plano Municipal de Saúde as necessidades da população, detalhando os objetivos e metas específicas para o setor de saúde. Além disso, a Lei Orçamentária Anual (LOA) de cada ente federado também deverá ser construída baseada no PPA.<sup>12</sup>

A Portaria GM/MS n. 399, publicada em 22 de fevereiro de 2006, estabeleceu o Pacto pela Saúde e definiu suas três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de Gestão. O Pacto pela Saúde é resultado de um esforço das esferas municipal, estadual e federal para, em conjunto com o Conselho Nacional de Saúde, rediscutir a organização e o funcionamento do SUS.

O Pacto pela Vida representa um conjunto de compromissos sanitários resultantes da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Este pacto tem caráter permanente, sendo que no término do primeiro trimestre de um ano em curso serão avaliados os resultados do ano anterior e pactuadas novas metas e objetivos a serem atingidos no ano atual. Este pacto vem sendo denominado

---

11 DAMASCENO, Rafael Barros de. **Nova regra de transferência dos blocos de financiamento**: o que muda de fato? Salvador: Observatório de análise política de saúde. Campus Universitário de Canelas, 2018, p. 22.

12 DAMASCENO, Rafael Barros de. **Nova regra de transferência dos blocos de financiamento...** *Op. cit.*, p. 23.

genericamente como SISPACTO.

As formas de transferência dos recursos federais para estados e municípios também foram modificadas pelo Pacto pela Saúde 2006, passando a ser integradas em cinco grandes blocos de financiamento: Atenção Básica; Média e Alta Complexidade da Assistência; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS, substituindo, assim, as inúmeras “caixinhas” que eram utilizadas para essa finalidade à época.

Através da Portaria GM/MS n. 837, de 23 de abril de 2009, foi criado o sexto Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde que é composto por recursos financeiros que seriam transferidos, mediante repasse regular e automático do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, exclusivamente para a realização de despesas de capital, mediante apresentação do projeto, encaminhado pelo ente federativo interessado, ao Ministério da Saúde.

Desde o advento dessas portarias, os blocos de financiamento sempre se caracterizaram por terem uma conta corrente vinculada a cada um dos cinco blocos de custeio, exceto o bloco de investimento, que se caracterizava por ter contas correntes vinculadas a cada projeto, o que poderia ser confundido com convênios.

A característica orçamentária sempre esteve presente nos grandes grupos de funcionais programáticas que marcavam cada um dos blocos de custeio: atenção básica, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, assistência farmacêutica, vigilância em saúde e gestão do SUS.<sup>13</sup>

Entretanto, a Portaria GM/MS n. 3.992, de 28 de dezembro de 2017, alterou a Portaria de Consolidação n. 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

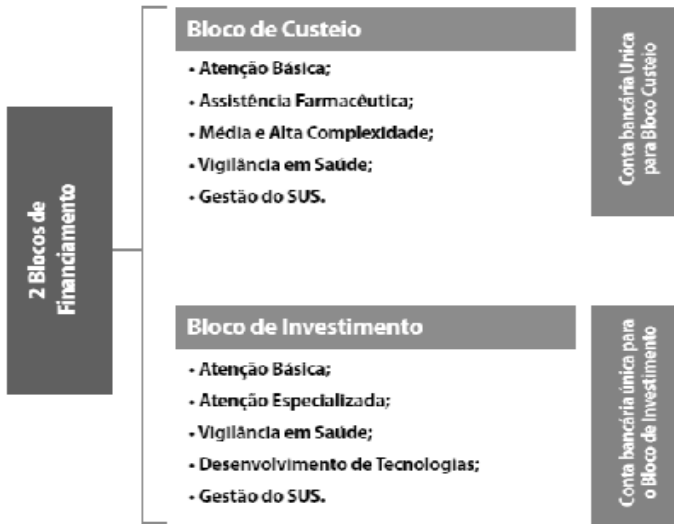
Com a mudança no processo de alocação dos recursos de financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria GM/MS n. 3.992, de 28 de dezembro de 2017, mudou, assim, o cotidiano de gestores do SUS e do controle social com a nova normativa, uma vez que os repasses passaram a ser feitos por meio de dois blocos: o de custeio (denominado Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde) e o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços Públicos de Saúde, e não mais em seis blocos.

Os antigos blocos passaram a ser denominados de “grupos” integrantes do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde. Assim, o

---

<sup>13</sup> DAMASCENO, Rafael Barros de. **Nova regra de transferência dos blocos de financiamento...** *Op. cit.*; BRASIL. Confederação Nacional de Municípios (CNM). **Mudanças no Financiamento da Saúde**. Brasília, 2018, p. 19.

financiamento e a transferência dos recursos federais para ações e serviços públicos de saúde ficaram no formato apresentado na imagem 1, a seguir:



**Imagem 1:** Representação dos Blocos de Financiamento do SUS a partir de 2018. Fonte: BRASIL, MS, CNM, 2018, p. 19.

A gestão financeira do SUS é bastante complexa e envolve uma série de regras que devem ser seguidas por cada um dos entes da Federação. Dentre os aspectos mais importantes, destacam-se as necessidades de se conhecerem os fluxos estabelecidos dos recursos financeiros e a maneira como as regras de suas vinculações devem ser seguidas.<sup>14</sup>

Para tanto, compreender os principais mecanismos de transferências dos incentivos e a legislação que rege o processo de financiamento do SUS é papel fundamental para uma gestão qualificada voltada às necessidades públicas e ao melhor atendimento da população.<sup>15</sup>

Este estudo se restringiu ao Grupo da Atenção Básica inerente ao Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, utilizando por base os ditames da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB).<sup>16</sup>

14 BRASIL. Portaria n. 21, de 10 de janeiro de 2018... *Op. cit.*, p. 7.

15 BRASIL. Portaria n. 21, de 10 de janeiro de 2018... *Op. cit.*, p. 7.

16 PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.

## O Financiamento Da Atenção Básica: Pab Fixo e Pab Variável

A legislação que rege a atenção básica estabelece que o financiamento deva ser tripartite. No âmbito federal, o montante de recursos financeiros destinados à viabilização das ações de atenção básica à saúde compõe o Grupo de Financiamento de Atenção Básica do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e parte do Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. Seus recursos devem ser aplicados para o financiamento das ações de atenção básica descritas na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e nos Planos de Saúde dos municípios e do Distrito Federal.<sup>17</sup>

O financiamento federal da APS é composto por recursos *per capita* fixos, denominados de Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo) e por uma parte variável, assim denominada por tratar-se de recursos condicionados à adesão por parte dos municípios de estratégias da AB (PAB Variável).

O PAB Fixo é estimado pela densidade demográfica dos municípios, em articulação com o perfil epidemiológico dos estados, que estabelece quatro faixas com um valor definido e que varia entre R\$ 23,00 a R\$ 28,00, tendo por base cinco indicadores selecionados, segundo critérios determinados pelo Departamento de Atenção Básica (DAB): PIB *per capita*, Percentual da População com Plano de Saúde, Percentual da População com Bolsa Família, Percentual da População em Extrema Pobreza e Densidade Demográfica. A partir desses indicadores foram definidas pontuações e os municípios foram distribuídos em quatro grupos:

Grupo I - Municípios com pontuação menor que 5,3 e população de até 50 mil habitantes – R\$ 28,00/habitante/ano.

Grupo II - Municípios com pontuação entre 5,3 e 5,8 e população de até 100 mil habitantes; e os municípios com pontuação menor que 5,3 e população entre 50 e 100 mil habitantes – R\$ 26,00/habitante/ano.

Grupo III - Municípios com pontuação entre 5,8 e 6,1 e população de até 500 mil habitantes; e os municípios com pontuação menor que 5,8 e população entre 100 e 500 mil habitantes – R\$ 24,00/habitante/ano.

Grupo IV - Municípios não contemplados nos itens anteriores – R\$ 23,00/habitante/ano.<sup>18</sup>

O PAB Variável representa os recursos financeiros que estão condicionados à implantação de estratégias e programas prioritários, tais como os recursos específicos para os municípios que implantarem as equipes: de Saúde da Família, de Saúde Bucal, Agentes Comunitários de Saúde, Núcleos

---

17 BRASIL. **Lei Complementar n.141, de 13 de janeiro de 2012...** *Op. cit.*

18 BRASIL. **Portaria GM/MS n. 1409, de 10 de julho de 2013.** Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB) para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt140910072013.html>>. Acesso em: 07 jul. 2019.

de Apoio à Saúde da Família, Consultórios na Rua, de Saúde da Família Fluvial e Ribeirinha, Atenção Domiciliar, Programa Saúde na Escola (PSE), Microscopistas, Academia da Saúde, entre outras.

Também compõem os recursos da atenção básica aqueles condicionados a resultados e avaliação do acesso e da qualidade, tal como o do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e, por fim, recursos de investimentos para estruturar a rede de serviços básicos de saúde.

### **Política Nacional da Atenção Básica**

No Brasil, a Atenção Básica (AB) é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. A AB deve ser o contato preferencial dos usuários com o SUS, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.<sup>19</sup>

Atualizada e aprovada pela Portaria de Consolidação n. 02, de 28 de setembro de 2017, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do SUS como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo.

### **Principais Sistemas de Informação em Saúde da AB**

Este tópico trata dos sistemas de informações em saúde relacionados à atenção básica, pois muitos deles estão diretamente vinculados à suspensão do repasse de recursos financeiros.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define um Sistema de Informação em Saúde (SIS) como um elemento central na tomada de decisão e um requisito essencial para a promoção e gestão efetiva da saúde, constituído pelas etapas de coleta dos dados, processamento, análise e transmissão de informações necessárias com vistas à gestão dos serviços de saúde, favorecendo a organização, a operacionalização e a produção de informações. Dessa maneira, os SIS podem possibilitar a produção de subsídios importantes para a tomada de decisões em saúde.

A partir da Norma Operacional Básica de 1992 (NOB/SUS-92), com o processo de descentralização, houve uma crescente incorporação da

---

19 BRASIL. **Telesaúde Brasil Redes**. Manual do Telesaúde para atenção básica/ atenção primária à saúde. BRASÍLIA, 2012.

informática nos serviços de saúde, bem como o desenvolvimento de tecnologia pelo Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS), que possibilitou maior agilidade na produção e disseminação das informações em saúde.

Inúmeros SIS vêm sendo produzidos ao longo dos anos, principalmente pelo DATASUS que, desde sua criação, em 1992, capta informações distribuídas em sete blocos e seus desdobramentos: indicadores de saúde, assistência à saúde, rede assistencial, morbidade e informações hospitalares, estatísticas vitais: mortalidade e nascidos vivos, recursos financeiros, informações demográficas e socioeconômicas.

Suas representações estaduais constituem a linha de frente no suporte técnico às secretarias estaduais e municipais de saúde, sempre com o intuito de garantir sua missão, no sentido de prover os órgãos do SUS de sistemas de informação e suporte de informática imprescindíveis ao planejamento, à vigilância em saúde e à execução e ao controle do SUS, graças à manutenção de bases de dados nacionais, devidamente integradas.

O MS, por meio do DATASUS, disponibiliza todos os programas necessários para alimentação dos bancos de dados da APS, estando interligados entre si, tendo por base o Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde (CNES), que consiste em um programa destinado ao enlace com os demais sistemas e que serão apresentados na seção seguinte.

### *Cadastro Nacional de Usuários do SUS – CADSUS*

O Cartão Nacional de Saúde (CNS) é o documento de identificação do usuário do SUS. Contém as informações dos usuários da rede pública de saúde, o que possibilita a criação do histórico dos atendimentos.

O CADWEB V6 é o sistema virtual responsável pelo cadastro dos usuários do SUS e é um dos programas mais criptografados e seguros atualmente do MS. Integra seus bancos de dados com os da Receita Federal do Brasil (RFB), com o objetivo de realizar identificação segura do cidadão, com informações confiáveis que dificultam a duplicação dos cadastros.

Para tanto, o DATASUS executa inserções de novos cadastros de pessoa física, atualizações de informações cadastrais e de óbito, diariamente, por meio do acesso à base de dados de produção da RFB. O procedimento facilita a identificação de pacientes que tenham o cadastro inicial feito na Receita. Após esta análise, automaticamente, o cidadão passa a contar com o número do CNS.<sup>20</sup>

---

20 BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Integração das Bases de Dados do Cartão SUS e da Receita Federal é Finalizada**, 2019. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/700-integracao-das-bases-de-dados-do-cartao-sus-e-da-receita>>

Com a integração entre o MS e a RFB, os recém-nascidos terão o número do CNS logo após o nascimento, já que a emissão do CPF é feita em conjunto com o registro da certidão de nascimento em vários cartórios. Para a impressão da mídia plástica, os responsáveis podem procurar um posto de saúde mais próximo da residência.<sup>21</sup>

Através do Portal do Cidadão, é possível realizar um pré-cadastro dos dados para solicitação do cartão. Este procedimento pode ser feito para agilizar o processo de cadastro, evitando filas e demoras no atendimento. Após o preenchimento dos dados, será gerado um protocolo de cadastro, que deverá ser impresso, para ser validado junto a um operador da unidade de saúde credenciada.<sup>22</sup>

O cidadão também tem a opção de acessar o Portal do Cidadão e imprimir a mídia do documento ou fazer *download* do aplicativo do CNS Digital no Google Play, para *smartphones* com sistema Android.<sup>23</sup>

### *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES*

Criada no ano de 2000, a base nacional do CNES é um banco de dados sob gestão do Ministério da Saúde, que recebe os dados cadastrais enviados pelos gestores estaduais e municipais.

Este sistema de cadastro inclui, primordialmente, a identificação do estabelecimento de saúde, sua natureza, se presta serviços ao SUS ou não, os serviços e as ações por ele desenvolvidos, os equipamentos e os profissionais atuantes naquele estabelecimento.

As informações de habilitação, incentivos, regras contratuais, contratos de gestão e vinculação a gestor específico impactam, diretamente, no fluxo de transferências de recursos às instituições que prestam assistência ao SUS, sejam públicas ou privadas.<sup>24</sup>

---

federal-e-finalizada>. Acesso em: 01 maio 2019.

21 *Ibidem*.

22 *Ibidem*.

23 *Ibidem*.

24 BRASIL Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1646, de 02 de outubro de 2015 que instituiu o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)**. Disponível em: <HYPERLINK "http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/%20saudelegis%20/gm/2015/prt1646\_02\_10\_2015.html" http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/ saudelegis /gm/2015/prt1646\_02\_10\_2015.html>. Acesso em: jun. 2018; BRASIL Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 376, de 03 de outubro de 2000**. Aprova a Ficha Cadastral dos Estabelecimentos de Saúde - FCES e o Manual de Preenchimento, bem como a criação do Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <HYPERLINK http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1646\_02\_10\_2015.html>. Acesso em: jun. 2018; BRASIL Ministério da Saúde . **Portaria GM/MS n. 511, de 29 de dezembro de 2000**. Aprova a Ficha Cadastral dos Estabelecimentos de Saúde - FCES, o Manual de Preenchimento e a planilha de dados



O fato de o CNES estar diretamente vinculado à operacionalidade de inúmeras transferências de recursos faz com que os gestores estaduais e municipais mantenham os cadastros destes estabelecimentos coerentes e atualizados, bem como o cadastro dos profissionais e suas cargas horárias, sejam eles vinculados às equipes da saúde da família (APS) ou às demais unidades da atenção especializada, ambulatorial e hospitalar.

Os estabelecimentos privados, sem nenhuma vinculação com o SUS, também devem, obrigatoriamente, possuir cadastro no CNES em função das exigências da Vigilância Sanitária e por apresentarem a possibilidade de virem a ser contratualizados pelo SUS.

Tendo em vista que os sistemas de faturamento do MS estão interligados, o Cartão Nacional de Saúde é obrigatório dentro da Base do CNES que, por sua vez, só consegue consolidar o cadastro dos profissionais de saúde quando importam direto do CADWEB V6 o nome do profissional e o número de Cartão SUS.

Outro ponto de suma importância é a vinculação do CNES com o CRM. Ao importar um profissional médico através do número do CNS e vinculá-lo a uma unidade de saúde, automaticamente o sistema busca o profissional junto ao CRM, ficando, assim, bloqueada para o gestor a alteração do número e estado de atuação profissional.

### *Sistema de Informação Ambulatorial – SIA-SUS*

Instituído em 1990, o SIASUS foi criado em 1992 e implantado a partir de julho de 1994, nas Secretarias Estaduais de Saúde, para financiar os atendimentos ambulatoriais. Em 1996, foi largamente implantado nas Secretarias Municipais de Saúde, então denominadas de *gestão semiplena* pela NOB/SUS-96.

O SIA-SUS recebe os registros da produção nos documentos Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e Autorização de Procedimentos de Alto Custo e Complexidade (APAC); realiza a consolidação e valida o pagamento mediante parâmetros orçamentários estipulados pelo gestor de saúde, antes de aprovar o pagamento. Mensalmente, os gestores, além de gerarem os valores devidos a sua rede de estabelecimentos, enviam ao DATASUS-RJ uma base de dados contendo a totalidade dos procedimentos realizados em sua gestão.

Atualmente, o SIA-SUS vem sendo substituído pelo e-SUS-AB na maioria das informações da APS. Contudo ele ainda alimenta alguns dados em seus bancos, como os da Vigilância em Saúde e Saúde da Mulher.

---

profissionais constantes no Anexo I, Anexo II, Anexo III, desta Portaria, bem como a criação do Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <HYPERLINK [http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla\\_b/control\\_av/SAS\\_P511\\_01control\\_av\\_g.doc](http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla_b/control_av/SAS_P511_01control_av_g.doc)>. Acesso em: jun. 2018

### *Sistema de Informação de Mortalidade - SIM*

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) foi criado pelo DATASUS para a obtenção regular de dados sobre mortalidade no país, por meio das Declarações de Óbitos (DO). A partir da criação do SIM, foi possível a captação de dados sobre mortalidade, de forma abrangente, para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública. Com base nessas informações, é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área.

### *Sistema de Informação de Nascidos Vivos - SINASC*

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) foi implantado, oficialmente, a partir de 1990, com o objetivo de coletar dados sobre os nascimentos informados em todo território nacional e fornecer dados sobre natalidade para todos os níveis do sistema de saúde.

Nas Secretarias Municipais de Saúde (SMS), as Declarações de Nascidos Vivos (DN) são digitadas, processadas, criticadas e consolidadas no SINASC local. Em seguida, os dados informados pelos municípios são transferidos à base de dados do nível estadual, que os agrega e os envia ao nível federal. Tais transferências são realizadas via WEB (*internet*) e ocorrem, simultaneamente, nos três níveis de gestão.

### *Sistema de Informação da Atenção Básica - e-SUS AB*

O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do DAB para reestruturar as informações da AB em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos SIS do MS, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS AB faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico.

A estratégia e-SUS AB inclui, além dos sistemas de Coleta de Dados Simplificada (CDS) e Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), a possibilidade de integração com sistemas já existentes.

### *Programa Bolsa Família - PBF*

O responsável técnico municipal do PBF na Secretaria de Saúde deve acessar, na Plataforma *e-Gestor AB* – Sistema Bolsa Família (BFA), a relação das famílias beneficiárias do seu município que precisam ser acompanhadas pela saúde a cada vigência (1ª vigência: janeiro a junho / 2ª vigência: julho a dezembro).

A identificação das gestantes elegíveis ao Benefício Variável – a Gestante BVG – é feita pelo setor da saúde pública. Este benefício objetiva o aumento da proteção à mãe e ao bebê, elevando a renda familiar na gestação e na primeira infância e amplia-se a responsabilidade do SUS em relação às famílias do PBF.

Para isso, é essencial a captação precoce das beneficiárias gestantes pelo serviço de saúde para a realização do pré-natal. Quanto antes for informada a gestação, mais rapidamente a família receberá o benefício.

O registro do acompanhamento das condicionalidades de saúde, tanto das mulheres quanto das crianças, também deve ser realizado na Plataforma e-Gestor AB – Sistema Bolsa Família (BFA).

### *SISPRENATAL WEB*

O Sis prenatal Web, inserido na Rede Cegonha, é um sistema on-line que permite cadastrar a gestante, monitorar e avaliar a atenção ao pré-natal e ao puerpério prestada pelos serviços de saúde a cada gestante e recém-nascido, desde o primeiro atendimento na UBS até o atendimento hospitalar de risco habitual ou de alto risco. O sistema contribui, ainda, para identificar fatores que caracterizam a gravidez de risco, com o objetivo de promover a segurança da saúde da mãe e da criança, e auxilia na identificação de complicações responsáveis pelas principais causas de morbidade e mortalidade materna e perinatal.

### *Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN*

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) nos serviços de saúde da Atenção Básica inclui a avaliação antropométrica (medidas corporais) e do consumo alimentar, segundo orientações constantes no SISVAN Web, sendo que este tem por objetivo consolidar os dados referentes às ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, desde o registro de dados antropométricos e de marcadores de consumo alimentar até a geração de relatórios.

## **Suspensão do Repasse de Recursos da Atenção Básica**

Sabe-se que a PNAB vigente estabelece que o repasse dos recursos financeiros da Atenção Básica está condicionado ao credenciamento e implantação de estratégias e programas prioritários, tais como: equipes de saúde da família, saúde bucal, agentes comunitários de saúde, núcleos de apoio à saúde da família, consultórios na rua, saúde da família ribeirinha, UBS fluvial, programa saúde na escola, microscopistas, academia da saúde, entre outros.

O descumprimento dos critérios previstos na PNAB para o funcionamento dessas estratégias e programas, constatado por meio do monitoramento e/ou supervisão direta do MS ou das SES, ou ainda por meio de auditoria do DENASUS e de outros órgãos de controle competentes, pode ocasionar suspensão do repasse dos recursos específicos referentes às equipes e serviços.

Os motivos que levam à suspensão de recursos financeiros podem ser:

Duplicidade de cadastro, ou seja, quando um profissional encontra-se cadastrado em duas equipes dentro da mesma competência, podendo ocorrer em municípios iguais ou diferentes. Essa condição não se aplica a equipes com carga horária flexibilizada (menor que 40 horas).

Não envio de informação por meio do prontuário eletrônico (e-SUS/SISAB). Quando o município deixa de enviar a produção por três competências consecutivas no prazo estabelecido em portaria, com cronograma anual, conforme estabelece a Portaria nº 21, de 10 de janeiro de 2018.

Irregularidades detectadas e fiscalizações ou auditorias de órgãos federais, estaduais e municipais. É válido destacar que para esse motivo de suspensão, não cabe solicitação de crédito retroativo, contudo, a suspensão será mantida até a regularização da situação.<sup>25</sup>

### *Solicitações de Crédito Retroativo*

As informações referentes aos motivos de suspensão de Equipes de Saúde da Família e das outras equipes que atuam na Atenção Básica estão disponíveis para acesso público no e-Gestor, além do Pagamento Detalhado de Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ).

Os casos em que houver justificativa para o motivo pelo qual foi gerada a suspensão do incentivo financeiro (lembrando que esta justificativa passa por análise técnica do estado-SES e área técnica do Ministério da Saúde/MS) podem solicitar créditos retroativos. Essa situação não se aplica para o motivo de suspensão por irregularidades detectadas em fiscalizações ou auditorias de órgãos federais, estaduais e municipais.

No caso da ocorrência de mais de um dos motivos citados, como a interrupção dos repasses numa mesma equipe, todas as irregularidades apontadas devem ser sanadas antes do envio da solicitação do crédito retroativo.

---

25 BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria gm/ms nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 25 ago. 2019. PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017 Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, ANEXO XXII.

A solicitação de crédito retroativo será válida para análise desde que o município dê entrada da solicitação no DAB em até seis meses após a competência financeira de suspensão. Para solicitar os créditos retroativos, recomenda-se que os municípios e Distrito Federal realizem as adequações necessárias nos sistemas vigentes (CNES e/ou e-SUS/SISAB) que justifiquem o pleito dos recursos retroativos.

Nos casos de duplicidade de profissionais, a gestão municipal deverá atualizar a base do CNES; nos casos de não envio da produção via prontuário eletrônico, a gestão municipal deverá atualizar a produção das competências não enviadas anteriormente, as quais geraram a suspensão.

Compete às SES, no processo de solicitação de retroativo, analisar a documentação enviada pelos municípios e, caso seja validado, a SES encaminhará ao MS a solicitação de crédito retroativo oficialmente, acompanhada dos documentos fornecidos pelo município.

Compete ao Ministério da Saúde, no processo de solicitação de retroativo, realizar a análise técnica, verificando a adequação da documentação enviada, e realizar a análise financeira. Caso a solicitação seja deferida, o repasse dos recursos retroativos acontecerá conforme disponibilidade financeira.

## **Resultados encontrados**

Nesta seção estão descritos os resultados encontrados sob duas dimensões: as estratégias da atenção básica elencadas pelo DAB do MS em seu *website*, que são passíveis de suspensão dos recursos financeiros de origem federal no caso de inadimplemento da alimentação dos Sistemas de Informações obrigatórios e estabelecidos por meio de portarias ministeriais, e o quadro síntese contendo os recursos financeiros suspensos no ano de 2018, e no primeiro semestre de 2019, no Espírito Santo, por região de saúde.

### *Políticas estratégicas da atenção básica passíveis de suspensão de recursos*

Para que as equipes que atuam na Atenção Básica possam atingir seu potencial resolutivo, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) vigente estabelece que o repasse dos recursos financeiros da Atenção Básica está condicionado ao credenciamento e implantação de estratégias e programas prioritários.

O DAB do MS em seu *website* descreve sinteticamente as principais políticas temáticas da AB, constantes nos itens abaixo.

### *Academia da Saúde*

O programa Academia da Saúde, lançado em 2011, é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado que funciona com a implantação de espaços públicos conhecidos como polos do Programa Academia da Saúde. Esses polos são dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados. Como ponto de atenção no território, complementam o cuidado integral e fortalecem as ações de promoção da saúde em articulação com outros programas e ações de saúde, como a Estratégia Saúde da Família, os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e a Vigilância em Saúde (BRASIL, MS, DAB).

Os sistemas obrigatórios a serem alimentados mensalmente para que não haja suspensão do recurso financeiro federal são: o CNES e o e-SUS.

### *Brasil Sorridente*

O Brasil Sorridente é uma política do governo federal com o objetivo de ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. Foi lançado pelo MS em 17 de março de 2004 para ampliar o acesso ao tratamento odontológico (BRASIL, MS, DAB).

Os sistemas obrigatórios a serem alimentados mensalmente para que não haja suspensão do recurso financeiro federal são: o CNES e o e-SUS.

### *Consultório na Rua*

A estratégia Consultório na Rua foi instituída pela PNAB em 2011 e visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional que se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados (BRASIL, MS, DAB).

Os sistemas obrigatórios a serem alimentados mensalmente para que não haja suspensão do recurso financeiro federal são: o CNES e o e-SUS.

### *Estratégia Saúde da Família*

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do SUS, e é tida pelo MS e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde

das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Os sistemas obrigatórios a serem alimentados mensalmente para que não haja suspensão do recurso financeiro federal são: o CNES e o e-SUS.

#### *e-SUS AB*

O *e-SUS da Atenção Básica* trata-se de uma estratégia do DAB para reestruturar as informações da atenção básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS AB faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico.

O e-SUS AB é um sistema obrigatório a ser alimentado mensalmente para que não haja suspensão do recurso da AB e o programa a ser alimentado é o próprio e-SUS AB, a plataforma PEC e o CDS.

#### *Núcleos de Apoio à Saúde da Família*

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) foi criado pelo MS em 2008, com o objetivo de apoiar a consolidação da atenção básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações.

Atualmente regulamentados pela Portaria GM/MS de Consolidação nº 2/2017, os Núcleos configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde.

Os sistemas obrigatórios a serem alimentados mensalmente para que não haja suspensão do recurso financeiro federal são: o CNES e o e-SUS.

#### *NutriSUS*

Lançada oficialmente em março de 2015, a Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes (vitaminas e minerais) em Pó (NutriSUS) consiste na adição de uma mistura de vitaminas e minerais em pó em uma das refeições diárias oferecidas às crianças de 06 a 48 meses de idade. A Estratégia NutriSUS ocorre por meio de dois ciclos de fortificação planejados dentro de um ano letivo em creches públicas ou conveniadas ao

poder público. Um ciclo é executado no primeiro semestre do ano e outro ciclo no segundo semestre, com um intervalo de 3 a 4 meses entre eles.

Esta ação estratégica está vinculada ao Programa de Saúde nas Escolas (PSE) que, obrigatoriamente, deve ser informado nos sistemas do CNES e no e-SUS AB, para que os recursos e programas não sejam suspensos por falta de informações das crianças.

### *Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade*

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB) tem por objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorarem a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território de referência. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde, a partir do repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem a melhoria no padrão de qualidade no atendimento.

Os recursos financeiros são estabelecidos anualmente em portarias ministeriais, sendo que a mais recente foi publicada em maio de 2019.

Sistemas obrigatórios a serem alimentados mensalmente para não suspensão do recurso federal e adesão do programa: o CNES e o e-SUS.

### *Práticas Integrativas e Complementares*

O campo das práticas integrativas e complementares contempla os sistemas médicos complexos e os recursos terapêuticos, também chamado de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA) pela Organização Mundial da Saúde.

Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade.

Sistemas obrigatórios a serem alimentados mensalmente para não suspensão do recurso federal e adesão do programa: o CNES, o SIA-SUS e o e-SUS AB.

### *Prevenção e Controle dos Agravos Nutricionais*

A prevenção e o controle dos agravos nutricionais requerem um



conjunto amplo de ações de diversos setores. A PNAN constitui-se em uma resposta oportuna e específica do SUS para reorganizar, qualificar e aperfeiçoar suas ações para o enfrentamento da complexidade da situação alimentar e nutricional da população brasileira.

O Brasil vem enfrentando o aumento expressivo do sobrepeso e da obesidade, assim como vários países do mundo. Em função de sua magnitude e velocidade de evolução, o excesso de peso – que compreende o sobrepeso e a obesidade – é considerado atualmente um dos maiores problemas de saúde pública, afetando todas as faixas etárias.

Obrigatoriamente, os dados deste programa deverão ser informados no SISVAN WEB, que é vinculado às condicionalidades do Programa Bolsa Família. Além disso, as informações devem alimentar os Sistemas CNES, o SIA-SUS e o e-SUS AB.

### *Programa Bolsa Família*

O Programa Bolsa Família (PBF) é uma estratégia federal de transferência direta de renda às famílias em situação de pobreza ou de extrema pobreza, com a finalidade de promover seu acesso aos direitos sociais básicos e romper com o “*ciclo inter geracional da pobreza*”, por meio de um auxílio financeiro vinculado ao cumprimento de compromissos – condicionalidades<sup>26</sup> – na saúde, educação e assistência social.

Os objetivos das condicionalidades do Programa são: garantir a oferta das ações básicas, potencializar a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuir para a sua inclusão social.

A PNAB destaca que é de responsabilidade comum a todos os membros das equipes que atuam na AB acompanhar e registrar, no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do PBF, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias, incumbindo ao MS repassar os recursos financeiros diretamente ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, no que tange a atenção à saúde, ou seja, não compete às SES e às SMS financiá-la.

O programa está vinculado às informações inseridas no sistema SISVAN WEB das condicionalidades dos usuários/pacientes, que dependem da regularidade destas informações para não perderem o benefício.

---

<sup>26</sup> Na área da saúde, as condicionalidades são: manter o cartão de vacinação das crianças atualizado de acordo com o calendário de imunização do MS; o crescimento e o desenvolvimento das crianças menores de 7 anos (estado nutricional); mulheres de 14-44 anos com acompanhamento na unidade básica e, se gestantes ou amamentando, devem realizar o pré-natal e acompanhar o desenvolvimento da sua saúde e do bebê e participar de atividades educativas sobre aleitamento materno e promoção da alimentação saudável.

### *Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A*

O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA) foi instituído oficialmente em 2005, cujo objetivo é reduzir e controlar a hipovitaminose A e a mortalidade e morbidade em crianças de 6 a 59 meses de idade. A partir de 2012, o programa foi expandido para todas as crianças, na faixa etária, residentes nas Regiões Norte e Nordeste e em diversos municípios das Regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste, além dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

Em 2017, foi implantado o Sistema de Micronutrientes – módulo Vitamina A, no qual o monitoramento do PNSVA deve ser feito pelos municípios (BRASIL, MS, DAB).

Este programa depende de informações que são inseridas no sistema MICRONUTRIENTES WEB, que é acessado através do *e-Gestor* de cada município. A importância da alimentação desses dados é para manter o fluxo de dispensação das vitaminas aos usuários/pacientes necessitados. Caso não haja a alimentação correta e contínua dos dados, esse recurso será suspenso.

### *Programa Materno-Infantil*

O Programa Materno-Infantil é uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Esta estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país em todo o território nacional, iniciando sua implantação respeitando o critério epidemiológico, taxa de mortalidade infantil e razão de mortalidade materna e densidade populacional.

Os sistemas obrigatórios a serem alimentados mensalmente para que não haja suspensão do recurso financeiro federal e adesão do programa são: o CNES, o SISVAN WEB e o e-SUS AB.

### *Saúde da Hora*

O programa Saúde da Hora tem como objetivo ampliar o acesso dos usuários aos serviços de APS, por meio do funcionamento de Unidade de Saúde da Família (USF) em horário estendido, proporcionando maior possibilidade de os usuários conseguirem atendimento. Os municípios e o Distrito Federal podem aderir entre os três formatos de carga horária para funcionamento das unidades: USF 60h, USF 60h com saúde bucal ou USF 75 horas semanais. Os

sistemas obrigatórios a serem alimentados mensalmente para que não haja suspensão do recurso financeiro federal e adesão do programa são: o CNES e o e-SUS AB.

### *Programa Saúde na Escola*

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersetorial da Saúde e da Educação que foi instituído em 2007. As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras. A articulação entre Escola e Rede Básica de Saúde é a base do Programa Saúde na Escola.

Os sistemas obrigatórios a serem alimentados mensalmente para que não haja suspensão do recurso financeiro federal e adesão ao programa são: o CNES e o e-SUS AB.

### *Sistema Prisional*

Um dos problemas fundamentais para a efetivação de políticas públicas voltadas à saúde das pessoas privadas de liberdade é a superação das dificuldades impostas pela própria condição de confinamento, que dificulta o acesso às ações e serviços de saúde de forma integral e efetiva. O MS lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), em 2014, com o objetivo de atualizar a política de saúde prisional, lançada no ano de 2003, e ampliar as ações de saúde do SUS para a população privada de liberdade, fazendo com que cada unidade básica de saúde prisional passasse a ser visualizada como um ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde.

Os sistemas obrigatórios a serem alimentados mensalmente para que não haja suspensão do recurso financeiro federal e adesão do programa são: o CNES e o e-SUS AB.

### *Telessaúde*

O Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes foi instituído em 2007 e redefinido e ampliado em 2011. Possibilita o fortalecimento e a melhoria da qualidade do atendimento da atenção básica no SUS, integrando Educação Permanente em Saúde (EPS) e apoio assistencial, por meio de ferramentas e tecnologias da informação e comunicação (TIC). É constituído por Núcleos Estaduais, Intermunicipais e Regional, que desenvolvem e ofertam serviços

específicos para profissionais e trabalhadores do SUS.

O sistema obrigatório a ser alimentado mensalmente para que não haja suspensão do recurso financeiro federal e adesão do programa é o CNES, com as equipes alinhadas.

### *Unidades Básicas de Saúde Fluviais*

As Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) são embarcações que comportam Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF), providas com ambiência, mobiliário e equipamentos necessários para atender à população ribeirinha da Amazônia Legal (Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e parte do Maranhão) e Pantanal Sul Mato-Grossense, para responder às especificidades dessas regiões, garantindo o cuidado às suas populações, como previsto na PNAB (BRASIL, MS, DAB). Os sistemas obrigatórios a serem alimentados mensalmente para que não haja suspensão do recurso financeiro federal e adesão do programa são: o CNES e o e-SUS AB.<sup>27</sup>

### *Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas*

São equipes que desempenham a maior parte de suas funções em UBS construídas e/ou localizadas em áreas adscritas, cujo acesso se dá por meio fluvial, necessitando de embarcações para atender às comunidades com grande dispersão territorial. Estas equipes são vinculadas a uma UBS, que pode estar localizada na sede do município ou em alguma comunidade ribeirinha da área adscrita.

Os sistemas obrigatórios a serem alimentados mensalmente para que não haja suspensão do recurso financeiro federal e adesão do programa são: o CNES e o e-SUS.<sup>28</sup>

### *Vigilância Alimentar e Nutricional*

A vigilância em saúde tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população para a organização e a execução de práticas mais adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes, devendo estar inserida no cotidiano das equipes de AB. Recomenda-se que nos serviços de saúde seja realizada avaliação de consumo alimentar e antropometria de indivíduos de todas as fases da vida (crianças, adolescentes, adultos, idosos

---

27 Esta tipologia de unidades básicas não se aplica ao estado do Espírito Santo.

28 Esta tipologia de unidades básicas não se aplica ao estado do Espírito Santo.

e gestantes) e que estas observações possam ser avaliadas de forma integrada com informações provenientes de outras fontes, como pesquisas, inquéritos e outros Sistemas de Informações em Saúde (SIS) disponíveis no SUS.

Os sistemas obrigatórios a serem alimentados mensalmente para que não haja suspensão do recurso financeiro federal e adesão do programa são: o CNES, o SISVAN WEB e o e-SUS AB.

### *Programa Mais Médicos Brasil*

O Programa Mais Médicos (PMM) é parte de um amplo esforço do Governo Federal, com apoio de estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do SUS. Além de levar mais médicos para as regiões do Brasil onde há escassez ou ausência desses profissionais, o programa prevê, ainda, mais investimentos para construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de novas vagas de graduação e residência médica para qualificar a formação desses profissionais.

Assim, o programa busca resolver a questão emergencial do atendimento básico ao cidadão, mas também cria condições para continuar a garantir um atendimento qualificado no futuro para aqueles que acessam cotidianamente o SUS. Além de estender o acesso, o programa provoca melhorias na qualidade e humaniza o atendimento, com médicos que criam vínculos com seus pacientes e com a comunidade.

Os sistemas obrigatórios a serem alimentados mensalmente para que não haja suspensão do recurso financeiro federal são: o CNES e o e-SUS AB.

## **Políticas temáticas inerentes à atenção básica que não têm recursos específicos e/ou por adesão**

### *Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável*

A Promoção da Saúde foi institucionalizada no SUS em 2006, por meio da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). A Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) é um eixo estratégico da PNPS e uma das diretrizes da PNAN e tem como enfoque prioritário a melhoria da qualidade de vida da população, por meio de ações intersetoriais, voltadas ao coletivo, aos indivíduos e aos ambientes físicos, social, político, econômico e cultural, por meio de um conjunto de estratégias que proporcionem aos indivíduos e coletividades a realização de práticas alimentares apropriadas aos seus aspectos biológicos e socioculturais, bem como ao uso sustentável do meio ambiente.

### *Requalifica UBS*

O Requalifica UBS é uma das estratégias do MS para a estruturação e o fortalecimento da Atenção Básica. Por meio do programa, o MS propõe estruturas físicas das unidades básicas de saúde acolhedoras e dentro dos melhores padrões de qualidade e que facilitem a mudança das práticas das equipes de Saúde. Instituído em 2011, o programa tem como objetivo criar incentivo financeiro para a reforma, ampliação e construção de UBS, provendo condições adequadas para o trabalho em saúde, promovendo melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Envolve, também, ações que visam à informatização dos serviços e a qualificação da atenção à saúde desenvolvida pelos profissionais da equipe. Tanto a adesão ao programa quanto o registro do andamento das obras são realizados pelo Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB), ferramenta que possibilita ao gestor maior controle sobre o andamento das obras e, com os registros em dia, garante a continuidade dos repasses financeiros realizados pelo Ministério da Saúde.

### **Recursos da Atenção Básica suspensos no ES em 2018**

No ano de 2018, dos 78 municípios capixabas, 47 tiveram seus valores de PAB Variável suspensos pelo Ministério da Saúde por causas diversas, tendo como principal motivo registros inadequados nos sistemas de informações, tais como: a não alimentação, a alimentação incompleta ou incorreta nos bancos de dados da atenção básica. Vale destacar que um dos municípios foi descartado por inconsistência de dados, portanto os valores apresentados se referem a 46 municípios.

O Quadro 1 demonstra os valores dos recursos financeiros da atenção básica, de origem federal, relativos ao ano de 2018, que foram suspensos no estado do Espírito Santo, acompanhados dos motivos que levaram à suspensão. Os valores foram agregados por Região de Saúde conforme o PDR de 2011.

**Quadro 1:** Suspensão de recursos financeiros federais da Atenção Básica – PAB Variável, por região de saúde no estado do Espírito Santo, motivada pela não alimentação dos Sistemas de Informações – ES, 2018.

Motivo da Suspensão	Norte	Central	Metropolitana	Sul	Total
ACS Controle	-	-	-	-	-
ACS Duplicidade	52.728,00	249.444,00	64.896,00	103.428,00	470.996,00
ACS SISAB	8.112,00	27.378,00	414.726,00	246.402,00	696.618,00
ESF Controle	78.430,00	-	64.170,00	171.120,00	313.720,00
ESF Duplicidade	42.780,00	263.810,00	78.430,00	114.080,00	499.100,00
ESF SISAB	-	28.520,00	392.150,00	292.330,00	713.000,00
ESB Controle	36.795,00	-	-	240.840,00	277.635,00
ESB Duplicidade	23.415,00	76.935,00	30.105,00	70.245,00	200.700,00
ESB SISAB	-	13.380,00	83.625,00	76.935,00	173.940,00
NASF SISAB	12.000,00	-	156.000,00	180.000,00	348.000,00
UOM SISAB	4.680,00	-	-	-	4.680,00
<b>TOTAL</b>	<b>258.940,00</b>	<b>659.467,00</b>	<b>1.284.102,00</b>	<b>1.061.664,00</b>	<b>3.264.173,00</b>

Fonte: e-Gestor, Sistema WEB público de relatórios da AB. Elaboração própria.

**LEGENDA:**

**ACS:** Recursos referentes aos Agentes Comunitários de Saúde.

**ESF:** Recursos referentes às Equipes de Saúde da Família.

**ESB:** Recursos referentes as Equipes de Saúde Bucal.

**UOM:** Unidade Móvel Odontológica.

**NASF:** Recursos referentes aos Núcleos de Apoio as Equipes de Saúde da Família.

**CONTROLE:** Suspensão por Órgãos de Controle (Auditoria).

**DUPLICIDADE:** Suspensão com incompatibilidade CNES x e-SUS AB.

**SISAB:** Suspensão por não alimentação do Sistema de Produção e-SUS AB.

**UOM:** Unidade Odontológica Móvel

Este quadro explicita que a suspensão de recursos se dá por diversos motivos. A *duplicidade* significa que um profissional se encontra cadastrado no CNES mais de uma vez, que pode se dar por erro de alimentação de dados, inclusão do mesmo profissional em duas UBS ou USF em um mesmo município ou em municípios distintos.

Quanto ao *Controle*, significa que a suspensão foi motivada por irregularidades ou ilegalidades identificadas em processos de auditoria ou monitoramento das ações e serviços que não tenham sido adequadamente desenvolvidos ou pela aplicação indevida dos recursos destinados à atenção básica.

Em relação ao *SISAB*, significa que a motivação da suspensão foi definida em função da não alimentação regular do Sistema de Produção e-SUS AB.

O montante global de recursos suspensos no Estado no ano de 2018 foi da ordem de R\$ 3.264.173,00, sendo a Região Metropolitana de Saúde a que teve o maior valor de suspensão de recursos, R\$ 1.284.102,00; e a de menor valor foi a Região Norte, com R\$ 258.940,00. Vale destacar que a Região Metropolitana é composta por 20 municípios e a Norte por 14, ou seja, o número de municípios por região e o número de equipes de saúde da família têm peso importante no dimensionamento desses valores. Proporcionalmente, em relação ao total de recursos suspensos, a Região Norte participou com 7,93%; a Central com 20,20%; a Metropolitana com 39,34% e a Sul com 32,53%.

Considerando o tema deste estudo – suspensão de recursos da atenção básica pela não alimentação regular dos Sistemas de Informação em Saúde – pode-se observar no quadro que, do total de recursos suspensos, R\$ 1.154.532,00 eram relativos à não alimentação regular do SISAB, representando 35% do total de recursos suspensos.

O Quadro 2 apresenta os mesmos dados do Quadro 1, relativamente ao primeiro semestre de 2019, com um valor de recursos suspensos da ordem de R\$ 1.984.470,00 e, caso se mantenha esta tendência no segundo semestre, o valor de 2019 pode se aproximar de 4 milhões de reais, ou seja, além de todo o valor do ano de 2018. Significa que as mesmas situações que levaram à suspensão de recursos em 2018 se mantêm, sem que haja uma real intervenção sobre as causas por parte dos municípios.



**Quadro 2:** Suspensão de recursos financeiros federais da Atenção Básica – PAB Variável, por região de saúde no estado do Espírito Santo, motivada pela não alimentação dos Sistemas de Informações – ES no primeiro semestre de 2019.

Motivo da Suspensão	Norte	Central	Metropolitana	Sul	Total
ACS Controle	-	-	-	-	-
ACS Duplicidade	71.250,00	106.250,00	161.250,00	251.250,00	590.000,00
ACS SISAB	5.000,00	-	42.500,00	247.500,00	295.000,00
ESF Controle	14.260,00	-	121.210,00	85.560,00	221.030,00
ESF Duplicidade	49.910,00	64.170,00	178.250,00	206.770,00	499.100,00
ESF SISAB	-	-	14.260,00	256.680,00	270.940,00
ESB Controle	20.070,00	-	-	20070,00	40.140,00
ESB Duplicidade	23.415,00	3.345,00	70.245,00	76.935,00	173.940,00
ESB SISAB	-	-	6.690,00	80.280,00	86.970,00
NASF SISAB	96.000,00	-	60.000,00	120.000,00	276.000,00
UOM SISAB	23.400,00	-	-	-	23.400,00
<b>TOTAL</b>	<b>303.305,00</b>	<b>173.765,00</b>	<b>654.405,00</b>	<b>852.995,00</b>	<b>1.984.470,00</b>

Fonte: e-Gestor, Sistema WEB público de relatórios da Atenção Básica. Elaboração própria.

**LEGENDA:**

**ACS:** Recursos referentes aos Agentes Comunitários de Saúde.

**ESF:** Recursos referentes às Equipes de Saúde da Família.

**ESB:** Recursos referentes as Equipes Saúde Bucal.

**UOM:** Unidade Móvel Odontológica.

**NASF:** Recursos referentes aos Núcleos de Apoio as Equipes de Saúde da Família.

**CONTROLE:** Suspensão por Órgãos de Controle (Auditoria).

**DUPLICIDADE:** Suspensão com incompatibilidade CNES x e-SUS AB.

**SISAB:** Suspensão por não alimentação do Sistema de Produção e-SUS AB.

**UOM:** Unidade Odontológica Móvel

O Quadro 3 apresenta os dados financeiros do Quadro 1, proporcionalizados por município, comparativamente entre o valor suspenso pelo Ministério da Saúde em relação ao valor global do PAB Variável recebido pelos Fundos Municipais de Saúde.

Dos 78 municípios do ES, 46 tiveram recursos suspensos em 2018, representando 58,97% dos municípios. Este percentual é muito preocupante em um cenário de subfinanciamento da atenção básica no Brasil, com recursos de origem federal. Os demais 31 municípios alimentaram correta e regularmente os sistemas de informação da atenção básica.

**Quadro 3:** Comparação entre o valor do PAB-Variável suspenso pelo Ministério da Saúde e o valor global recebido pelos Fundos Municipais de Saúde no estado do Espírito Santo, 2018.

REGIÃO	MUNICÍPIO	VALOR RECEBIDO PAB VARIÁVEL	VALOR SUSPENSO PAB VARIÁVEL	VALOR %
NORTE	MUNICÍPIO 02	952.274,00	30.587,00	3,21%
	MUNICÍPIO 20	1.832.694,00	55.761,00	3,04%
	MUNICÍPIO 25	1.256.773,00	135.129,00	10,75%
	MUNICÍPIO 55	673.860,00	23.267,00	3,45%
	MUNICÍPIO 56	867.840,00	7.098,00	0,82%
	MUNICÍPIO 58	520.992,00	1.014,00	0,19%
	MUNICÍPIO 75	450.120,00	6.084,00	1,35%
CENTRAL	MUNICÍPIO 15	697.488,00	144.000,00	20,65%
	MUNICÍPIO 21	569.860,00	148.227,00	26,01%
	MUNICÍPIO 23	595.880,00	4.056,00	0,68%
	MUNICÍPIO 26	544.676,00	259.207,00	47,59%
	MUNICÍPIO 30	480.932,00	245.585,00	51,06%
	MUNICÍPIO 35	503.940,00	21.629,00	4,29%
	MUNICÍPIO 42	310.196,00	6.084,00	1,96%
	MUNICÍPIO 46	859.630,00	16.559,00	1,93%
	MUNICÍPIO 62	196.000,00	64.170,00	32,74%
	MUNICÍPIO 64	1.788.970,00	31.601,00	1,77%
	MUNICÍPIO 65	2.431.990,00	29.062,00	1,19%
	MUNICÍPIO 74	2.170.304,00	295.335,00	13,61%
	MUNICÍPIO 77	4.355.336,00	18.587,00	0,43%

METROPOLITANA	MUNICÍPIO 03	879.372,00	72.320,00	8,22%
	MUNICÍPIO 06	530.127,00	79.753,00	15,04%
	MUNICÍPIO 09	2.407.814,00	85.595,00	3,55%
	MUNICÍPIO 19	3.010.198,00	11.186,00	0,37%
	MUNICÍPIO 27	548.418,00	16.559,00	3,02%
	MUNICÍPIO 31	598.840,00	19.601,00	3,27%
	MUNICÍPIO 43	3.259.714,00	3.345,00	0,10%
	MUNICÍPIO 44	634.133,25	69.278,00	10,92%
	MUNICÍPIO 60	746.788,00	13.214,00	1,77%
	MUNICÍPIO 66	613.546,00	227.648,00	37,10%
	MUNICÍPIO 76	277.842,00	60.968,00	21,94%
SUL	MUNICÍPIO 04	616.152,00	240.840,00	39,09%
	MUNICÍPIO 16	4.324.990,00	10.035,00	0,23%
	MUNICÍPIO 18	1.157.632,00	12.200,00	1,05%
	MUNICÍPIO 22	487.830,00	72.655,00	14,89%
	MUNICÍPIO 29	1.879.259,00	35.449,00	1,89%
	MUNICÍPIO 32	625.478,00	19.904,00	3,18%
	MUNICÍPIO 33	834.912,00	39.202,00	4,70%
	MUNICÍPIO 34	583.476,00	24.000,00	4,11%
	MUNICÍPIO 38	249.126,00	85.560,00	34,34%
	MUNICÍPIO 45	1.208.476,00	105.103,00	8,70%
	MUNICÍPIO 51	615.200,00	204.968,00	33,32%
	MUNICÍPIO 52	1.028.024,00	17.373,00	1,69%
	MUNICÍPIO 59	714.060,00	85.560,00	11,98%
	MUNICÍPIO 69	616.776,00	15.545,00	2,52%
MUNICÍPIO 72	258.450,00	93.270,00	36,09%	

Fonte: e-Gestor, Sistema WEB público de relatórios da Atenção Básica. Elaboração própria.

**NOTA:** Um município teve o valor suspenso no ano de 2018 maior do que o recebido pelo FMS, o que leva à suposição de que a suspensão se deu retroativamente ao(s) ano(s) anterior(es), podendo o valor suspenso ser cumulativo, razão pela qual o município foi descartado.

O Quadro 3 revela que o maior percentual de recursos do PAB Variável suspenso pelo Ministério da Saúde em relação ao valor recebido se refere a um município que compõe a Região Central do Estado, de 51,06%. Na Região Norte, o município com maior percentual suspenso foi de 10,75%; na Região Metropolitana, foi de 37,10%; e na Região Sul, foi de 39,09%.

No Quadro 4 pode-se constatar que 38 municípios tiveram seus recursos suspensos em 2019, representando 48,71% dos municípios. Este percentual,

à semelhança do de 2018, também é preocupante no cenário financeiro atual do SUS, incluindo os recursos da atenção básica. Os demais 40 municípios alimentaram correta e regularmente os sistemas de informação da atenção básica.

**Quadro 4:** Comparação entre o valor do PAB Variável suspenso pelo Ministério da Saúde e o valor global recebido pelos Fundos Municipais de Saúde no estado do Espírito Santo no primeiro semestre de 2019.

REGIÃO	MUNICÍPIO	VALOR RECEBIDO PAB VARIÁVEL	VALOR SUSPENSO PAB VARIÁVEL	VALOR %
NORTE	MUNICÍPIO 02	588.720,00	24.000,00	4,08%
	MUNICÍPIO 12	1.114.890,00	24.000,00	2,15%
	MUNICÍPIO 20	1.017.890,00	20.475,00	2,01%
	MUNICÍPIO 25	729.005,00	39.330,00	5,40%
	MUNICÍPIO 39	621.060,00	89.400,00	14,39%
	MUNICÍPIO 49	363.520,00	65.975,00	18,15%
	MUNICÍPIO 50	234.640,00	16.725,00	7,13%
	MUNICÍPIO 55	349.985,00	23.400,00	6,69%
CENTRAL	MUNICÍPIO 09	1.159.770,00	15.475,00	1,33%
	MUNICÍPIO 19	1.380.764,00	13.380,00	0,97%
	MUNICÍPIO 43	1.667.290,00	86.020,00	5,16%
	MUNICÍPIO 66	487.530,00	44.260,00	9,08%
	MUNICÍPIO 71	171.150,00	14.630,00	8,55%
METROPOLITANA	MUNICÍPIO 01	659.950,00	24.260,00	3,68%
	MUNICÍPIO 15	285.880,00	203.800,00	71,29%
	MUNICÍPIO 17	140.140,00	121.210,00	86,49%
	MUNICÍPIO 21	384.870,00	17.130,00	4,45%
	MUNICÍPIO 26	219.470,00	55.950,00	25,49%
	MUNICÍPIO 28	485.520,00	1.250,00	0,26%
	MUNICÍPIO 64	980.670,00	10.035,00	1,02%
	MUNICÍPIO 65	1.200.770,00	144.240,00	12,01%
	MUNICÍPIO 73	542.970,00	2.500,00	0,46%
	MUNICÍPIO 77	2.215.660,00	12.130,00	0,55%
	MUNICÍPIO 78	4.561.880,00	61.900,00	1,36%

SUL	MUNICÍPIO 04	288.820,00	61.460,00	21,28%
	MUNICÍPIO 05	482.390,00	36.000,00	7,46%
	MUNICÍPIO 16	1.813.601,00	36.795,00	2,03%
	MUNICÍPIO 18	264.930,00	93.590,00	35,33%
	MUNICÍPIO 24	234.896,50	103.875,00	44,22%
	MUNICÍPIO 32	327.670,00	55.175,00	16,84%
	MUNICÍPIO 33	457.690,00	21.725,00	4,75%
	MUNICÍPIO 36	574.980,00	48.450,00	8,43%
	MUNICÍPIO 38	133.760,00	42.780,00	31,98%
	MUNICÍPIO 45	672.290,00	36.760,00	5,47%
	MUNICÍPIO 51	320.370,00	241.845,00	75,49%
	MUNICÍPIO 59	357.030,00	42.780,00	11,98%
MUNICÍPIO 61	383.890,00	31.760,00	8,27%	

Fonte: e-Gestor, Sistema WEB público de relatórios da Atenção Básica. Elaboração própria.

Em 2019, no primeiro semestre, o maior percentual de recursos do PAB Variável suspenso pelo Ministério da Saúde se refere a um município que compõe a Região Sul do Estado, de 75,49% em relação ao valor recebido. Na Região Norte, o município com maior percentual suspenso foi de 18,15%; na Região Metropolitana, foi de 86,49%; e na Região Central, foi de 9,08%.

Por todas estas considerações, depreende-se que os municípios que vêm tendo seus recursos financeiros da atenção básica suspensos não realizam o monitoramento regular dessas transferências financeiras aos seus Fundos de Saúde.

Ao verificar os repasses recebidos pelos municípios mensalmente, pode-se constatar, também, que eles não solicitam o crédito retroativo em tempo hábil, pois por vários meses consecutivos a suspensão dos recursos permanece inalterada.

Também pode ser observado que a *duplicidade* de profissionais no CNES não vem sendo valorizada e corrigida. A partir da modificação dos dados do cadastro profissional pelo gestor municipal, a validação dos dados é feita de forma ágil, em média de dois dias, ou seja, não se justifica a perda de recursos motivada pela duplicidade de cadastro.

Outro aspecto que se refere à suspensão de recursos é decorrente de constatações de irregularidades ou ilegalidades nos processos de auditorias ou por supervisão técnica realizada *in loco* nos municípios. Adotar providências para atendimento às recomendações constantes nos relatórios de auditoria (ou supervisões técnicas) deve ser imediatamente feito sob pena da suspensão dos recursos. As motivações que levam às recomendações das auditorias, via

de regra, estão localizadas na duplicidade de profissionais no CNES, no não cumprimento de carga horária pelos componentes das Equipes de Saúde da Família, na não alimentação regular dos bancos de dados da AB para registro da produção.

Outro motivo muito relevante que pode levar à suspensão de recursos reside na aplicação indevida dos recursos destinados à atenção básica, ou seja, a aplicação diversa do que preconiza as normas, caracterizando desvio de finalidade dos recursos.

Também provoca a suspensão dos recursos o cadastro irregular do estabelecimento no CNES. A não validação mensal do estabelecimento (UBS) no CNES implica no não processamento da produção e, conseqüentemente, da equipe, ainda que esta esteja completa e sem irregularidades de carga horária. Ou seja, não basta que a equipe esteja regularizada, pois é necessário que o estabelecimento de saúde também esteja devidamente regularizado e sempre atualizado.

Problemas de ordem gerencial internos nas secretarias municipais de saúde também podem ocorrer e, conseqüentemente, gerar a suspensão dos recursos, principalmente no que diz respeito ao fluxo de dados e informações entre a unidade produtora dos serviços (UBS) e o setor responsável pelo processamento da produção da atenção básica e, também, da alimentação do CNES e vice-versa.

Essas reflexões revelam que o monitoramento de todos os dados e informações pelos municípios é absolutamente necessário para que sejam mantidos os repasses de recursos da atenção básica pelo MS, de forma regular e automática.

Constata-se, por fim, que o financiamento do SUS e os sistemas de informações em saúde na atenção básica, no que tange à abordagem deste estudo sobre a suspensão dos recursos financeiros federais pela não alimentação dos bancos de dados do Ministério da Saúde, constituem-se em responsabilidade sanitária exclusivamente de âmbito municipal.

Parte das considerações aqui realizadas é produto da observação de um dos autores deste estudo, em função de vir atuando na área de processamento da produção de serviços nas unidades municipais do SUS há mais de 20 anos.

### **Considerações finais**

Este estudo partiu da hipótese, que se confirmou, que os municípios vêm tendo seus recursos da atenção básica suspensos, em sua maioria, por motivos de ordem gerencial, considerando que as causas são passíveis de

solução simples e rápida e poderiam ser facilmente detectadas em um processo regular de monitoramento.

Fica evidente neste estudo que a interação entre as unidades básicas, a coordenação da atenção primária municipal e o setor responsável pelo cadastramento dos estabelecimentos de saúde e dos profissionais e pelo processamento da produção de serviços deve se dar em harmonia para que sejam evitadas as suspensões de recursos, bem como sejam solicitados os créditos retroativos.

Na atual conjuntura, o cenário de dificuldades para o SUS, consequente do subfinanciamento da saúde pública com recursos de origem federal, que se aprofundou em decorrência da crise política e econômica nacional nos últimos anos, é preciso que os recursos financeiros objetos de transferências pelo Ministério da Saúde sejam rigorosamente monitorados para que os municípios não sejam surpreendidos com sua suspensão, ainda que temporariamente.

No desenvolvimento do presente estudo, foi possível constatar que é necessário que haja maior produção científica que reporte a esta problemática relativa à suspensão de recursos no SUS, pois a busca na literatura sobre esta temática revelou escassez de informações, apresentando lacunas de conhecimento.

\*\*\*

Agradecemos ao Professor Wallace de Medeiros Cazelli, Cirurgião-dentista, Mestre em Engenharia de Saúde Pública e Desenvolvimento Sustentável, por sua colaboração para a realização deste estudo.

### **Referências:**

BRASIL. **Lei Federal n. 8142, de 28 de dezembro de 1990: Lei Orgânica da Saúde.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 11 jun. 2019.

BRASIL. **Lei Complementar n.141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

BRASIL. **Portaria GM/MS n. 1409, de 10 de julho de 2013.** Define o valor mínimo

da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB) para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt140910072013.html>>. Acesso em: 07 jul. 2019.

BRASIL. **Portaria n. 21, de 10 de janeiro de 2018.** Institui os prazos para o envio da produção da Atenção Básica para o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) referente às competências de janeiro a dezembro de 2018. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt140910072013.html>>. Acesso em: 07 jul. 2019.

BRASIL. **Departamento de Informática do SUS. Integração das Bases de Dados do Cartão SUS e da Receita Federal é Finalizada, 2019.** Disponível em:<<http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/700-integracao-das-bases-de-dados-do-cartao-sus-e-da-receita-federal-e-finalizada>>. Acesso em: 01 maio 2019.

BRASIL. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso.** 2 ed. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2015.

BRASIL. **Manual do Telesaúde para atenção básica/ atenção primária à saúde.** BRASILIA: Telesaúde Brasil Redes, 2012.

DAMASCENO, Rafael Barros de. **Nova regra de transferência dos blocos de financiamento: o que muda de fato?** Salvador: Observatório de análise política de saúde. Campus Universitário de Canelas, 2018.

LINS, M. J. C. D. **Necessidades e demandas de informação.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

MORIGI, V. J.; SEMENSATTO, S.; BINOTTO, S. F. T. Ciclo e Fluxo Informacional nas Festas Comunitárias. **Informação & Sociedade. Estudos**, v. 16, p. 247-258, 2006.

OLIVEIRA, Fabrício Augusto de. **Economia e Política das Finanças Públicas no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 2009.





# JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: IMPACTOS NA REGIÃO NORTE DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

Daniela Pinheiro de Araújo<sup>1</sup>

Meirielli Vieira Bruzeguini<sup>2</sup>

## Introdução

O fenômeno da judicialização da saúde vem aumentando de forma exponencial no estado do Espírito Santo, crescendo em média 30% entre 2015 e 2016. O direito à saúde e o compromisso do Estado de garantir a todos os cidadãos o *pleno direito à saúde*, fundamentado na Constituição Federal de 1988, conquistou, verdadeiramente, força normativa e efetividade e, neste contexto, a busca por esses direitos muitas vezes vem se dando por meio do processo de judicialização dessas necessidades. A jurisprudência acerca do direito à saúde e o fornecimento de tecnologias assistenciais como internações, exames, medicamentos, tratamentos e cirurgias tornou-se emblemático. A intervenção do Poder Judiciário mediante determinações à Administração Pública para que forneça, gratuitamente, uma variedade dessas tecnologias, procura realizar a promessa constitucional de prestação universalizada dos serviços de saúde e de integralidade na atenção aos cidadãos beneficiários do sistema público de saúde. Entretanto todas as ações dependem de aporte de recursos especialmente financeiros para se efetivar, sendo as necessidades pleiteadas infinitas e os recursos limitados.

Este estudo tem por intuito quantificar o número de ações judiciais que em seu escopo refletem os pleitos da população por acesso às ações e serviços de saúde pública no estado do Espírito Santo, enfocando as demandas direcionadas à Superintendência Regional de Saúde da Região Norte do Estado.

Para a compreensão da saúde enquanto direito, é necessário buscar, na linha do tempo da construção da saúde pública, seus conceitos e o momento em que o Brasil a reconhece como um direito fundamental da pessoa humana.

Neste cenário, o conceito de saúde mais abrangente foi proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1946, definindo a saúde “como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a simples ausência de doenças e outros danos”.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em 1978, resultou na adoção de uma Declaração que reafirmou o

---

1 Pós-graduanda em Auditoria e Regulação em Saúde pela Escola de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, Vitória - ES, Brasil.

2 Pós-graduanda em Auditoria e Regulação em Saúde pela Escola de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, Vitória - ES, Brasil.

significado da saúde como um direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais: a Declaração de Alma – ATA.

A Constituição Federal de 1988 afirma que o direito à saúde é extremamente relevante, de forma direta ou indireta, ao estabelecer como fundamento a dignidade da pessoa humana, assegurar a inviolabilidade do direito à vida, ao incluir o direito à saúde como um direito social. No capítulo dos Direitos e Garantias Fundamentais, o direito à saúde, no texto constitucional, em seu Art. 196 dispõe que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas públicas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.<sup>3</sup>

A Lei Orgânica da Saúde confirma o disposto constitucionalmente em relação ao direito à saúde como sendo um direito fundamental, ao dispor no seu Art. 2º que: “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.<sup>4</sup>

Assim, no Estatuto da Criança e do Adolescente, há a previsão, no Art. 11, da assistência da criança e do adolescente, que estabelece:

é assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.<sup>5</sup>

A previsão da garantia legal da proteção à saúde no Estatuto do Idoso, no seu Capítulo IV, trata do direito à saúde, garantindo a assistência integral, universal, igualitária e contínua.<sup>6</sup>

O direito à saúde está vinculado ao direito de saúde, que seriam normas jurídicas que estabelecem os direitos e as obrigações em matéria de saúde, para o Estado, os indivíduos e a coletividade, regulando de forma ordenada as relações entre eles, na prática ou abstenção de atos, no interesse da coletividade.

---

3 BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

4 *Idem*. **Lei Orgânica da Saúde 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União de 20 set. 1990.

5 *Idem*. **Lei 8.069 de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União de 16 set. 1990b

6 BRASIL. **Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm).

Os direitos fundamentais sociais estão elencados de forma explícita, não restando dúvida da existência deles no ordenamento jurídico, entre eles está o direito à saúde. A atual Constituição Brasileira, no Art. 6º, dispõe que:

*são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.*<sup>7</sup>

O processo de judicialização da saúde no Brasil, no âmbito da saúde pública e privada, desenvolveu-se no século XXI e, com especial vigor, iniciou-se em meados da década de 1990, com os medicamentos antirretrovirais.<sup>8</sup> Consiste em buscar a efetividade do atendimento às necessidades de saúde por meio de decisões judiciais que determinam que a instituição pública ou privada deva atender àquilo que o sujeito de direito, autor da ação, entende como um direito subjetivo.

O Texto Constitucional menciona, expressamente, a noção de “relevância pública”. Assim, nos artigos 129, II, e 197 está explicitado:

Art. 129. São funções institucionais do Ministério Público: II — zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia.

[...]

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa jurídica de direito privado” (grifo nosso).

Como se pode perceber, no primeiro dispositivo “relevância pública” adjetiva “serviços”; no segundo, refere-se a “ações e serviços de saúde”, qualificando a expressão “ações e serviços.

Segundo Ferraz e Benjamin, o conceito de “relevância pública” significa:

- a) a qualidade de “função pública”, como verdadeiro dever-poder, que regra a garantia da saúde pelo Estado;
- b) a natureza jurídica de direito público subjetivo da saúde, criando uma série de interesses na sua realização — públicos, difusos, coletivos e individuais homogêneos;
- c) o limite da indisponibilidade, tanto pelo prisma do Estado como do

---

7 BRASIL. *Constituição... Op. cit*

8 LOYOLA, Maria Andréa. **Medicamentos e saúde pública em tempos de AIDS: metamorfoses de uma política dependente.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2011.

próprio indivíduo, do direito à saúde; relevância pública;

d) a idéia [sic] de que, em sede do art. 197, o interesse primário do Estado corresponde à garantia plena do direito à saúde e as suas ações e serviços, sempre secundários só serão legítimos quando imbuídos de tal espírito;

e) o traço de essencialidade que marca as ações e serviços de saúde.<sup>9</sup>

A Constituição Federal não deixa dúvidas sobre a natureza jurídica da saúde: é ela direito social. Bem se vê, então, que, como direito público subjetivo, no plano da importância constitucional, a saúde não se distingue de outros direitos igualmente sociais, como a educação, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados.<sup>10</sup> O que a diferencia de outros direitos sociais é o fato de a Constituição, expressamente, ter conferido às ações e serviços de saúde a qualidade de “relevância pública”.<sup>11</sup> Assim, a saúde acaba por se destacar dos outros direitos sociais não porque, como direito, seja mais importante que outros, mas simplesmente porque a sua implementação, mesmo quando praticada por particulares, é de “relevância pública”.

Enquanto as vias administrativas são lentas e a burocracia da saúde costuma mostrar-se insensível às necessidades individuais imediatas, o atendimento nos plantões judiciários é célere. Ainda assim, as ações judiciais direcionadas aos serviços de saúde não conseguem romper determinadas barreiras assistenciais estruturais. A garantia de ações essenciais à manutenção da vida requer suficiência e boa gestão de recursos físicos, humanos e financeiros que nem sempre estão disponíveis ou estão insuficientemente disponíveis.

Quando o Judiciário assume o papel de protagonista na implementação dessas políticas públicas, privilegiando aqueles que possuem acesso qualificado à Justiça, seja por conhecerem seus direitos ou por poderem arcar com os custos do processo judicial, decidindo em favor de um indivíduo, geralmente em detrimento da coletividade, torna o direito à saúde um direito individual e um obstáculo à universalização de acesso em caráter igualitário.<sup>12</sup>

Este estudo, por todas estas considerações, torna-se relevante por avaliar os números das atuais demandas judiciais no setor da saúde no estado do Espírito Santo, bem como sua demanda na Região de Saúde Norte do Estado, podendo contribuir na avaliação dos principais serviços solicitados por meio dos operadores do direito e, também, por contribuir na melhoria do sistema de saúde.

---

9 FERRAZ, AAMC; BENJAMIN, AHV. O conceito de “relevância pública” na constituição federal. *Revista do Direito Sanitário*, v. 5, n. 2, 2004.

10 BRASIL. *Constituição... Op. cit.*, artigo 6º.

11 *Ibidem*, Artigo 197

12 6- LOYOLA, Maria Andréa. Medicamentos e saúde pública em tempos de AIDS... *Op. cit.*

Metodologicamente, trata-se de um estudo populacional transversal quantitativo, com análise descritiva dos dados. Através do Termo de Anuência para realização de pesquisa no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo, a pesquisa foi aprovada sob o número 77691075.

O setor de Mandados Judiciais da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (SESA) utiliza o sistema operacional de dados denominado *On Base*, no qual todos os mandados judiciais recebidos pelas diversas Comarcas Municipais são digitalizados e cadastrados. Posteriormente, os dados digitalizados são enviados ao Setor de Mandados Judiciais da SESA, para o cumprimento da determinação judicial. No ano de 2016, ano em que se realizou este estudo, a Subsecretaria de Estado de Gestão e Estratégia e Inovação possuía os dados do sistema *On Base* de forma consolidada para análise. A coleta de dados para realização deste estudo compreendeu o período de janeiro de 2014 a dezembro de 2016.

O estudo se limitou à Região Norte de Saúde do Estado, observando a divisão geográfica estabelecida no Plano Diretor de Regionalização, homologado em 10 de novembro de 2011. A região contempla 14 municípios: Água Doce do Norte, Barra de São Francisco, Boa Esperança, Conceição da Barra, Ecoporanga, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Nova Venécia, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo, São Mateus e Vila Pavão.

## Resultados e discussão

A Justiça tornou-se uma das vias, quase natural, para resolver problemas de acesso a medicamentos, próteses, cirurgias, exames e *vagas* para internação no Sistema Único de Saúde (SUS) e hospitais privados.

O volume de ações judiciais é crescente e tem causado desequilíbrio nas contas públicas. São gastos valores elevados para beneficiar poucos pacientes com despesas “inesperadas”, podendo ameaçar a política estadual de saúde e suas políticas temáticas.

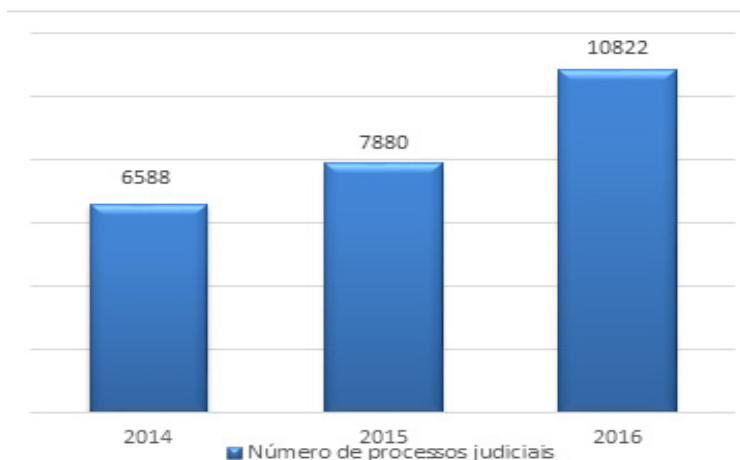
O número de processos e o gasto dos governos com ações judiciais têm crescido tanto a nível federal quanto em estados e municípios. O total de condenações do estado de São Paulo, por exemplo, quase dobraram nos últimos cinco anos (foi de 9.385, em 2010, para 18.045, no ano de 2016).<sup>13</sup>

No Espírito Santo, o número de processos judiciais teve um aumento importante nos últimos anos anteriores à realização deste estudo.. Dados coletados na SESA, através do sistema *On Base*, demonstraram um aumento de 20% e 64% nos anos de 2015 e 2016, respectivamente, quando comparado ao ano de 2014, como demonstrados no Gráfico 01.

---

13 Cf. **Folha de São Paulo**, 28 set. 2016.

**Gráfico 1:** Evolução dos processos judiciais no Espírito Santo, 2014-2016.



Fonte: SESA. Sistema *On Base*.

Críticas são feitas à atuação do Judiciário em questões de direito à saúde, dentre elas o fato seria que o direito à saúde se trata de forma programática e deveria acontecer através de políticas públicas, sociais e econômicas, e não através de decisões judiciais, cabendo ao Poder Executivo a avaliação dos gastos públicos com saúde e tomada de decisões.

O impacto nas decisões judiciais alcança, principalmente, os recursos públicos, sendo finitos para serem investidos em todas as áreas sociais, impondo ao Estado tomadas de decisão difíceis para atender às necessidades individuais de um jurisdicionado, impedindo ou dificultando as possibilidades de ações coletivas de saúde.<sup>14</sup>

A intervenção do Poder Judiciário na questão de acesso aos medicamentos, tratamentos diversos ou cirurgias, por exemplo, sem observância às normas consolidadas que disciplinam o acesso à saúde, comprometem o esforço do Poder Executivo e a organização do SUS. Denota-se que a atuação dos tribunais ocorre principalmente em áreas nas quais as políticas de saúde deixam lacunas, sendo a ação consequência, em grande parte das vezes, das próprias deficiências da administração pública.

Na análise dos dados de 2014, constatou-se que as maiores demandas judiciais estavam direcionadas para a liberação de medicamentos, cirurgias, exames, internações hospitalares diversas e compulsórias em paciente com dependência química e transtornos mentais. As principais solicitações hospitalares demandam recursos, materiais e financeiros, em Unidade de

<sup>14</sup> BARROSO, L.R. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. *Rev. Jur. UNIJUS*, Uberaba, v. 11, n. 15, p. 13-38, 2008.

Terapia Intensiva (UTI) e enfermarias para tratamento oncológico. Em 2015 e 2016, as ações judiciais direcionaram-se, principalmente, para o setor de medicamentos e internações.

Em relação à demanda judicial por internações, em 2014, foram solicitadas 1.542 internações e, em 2015, houve um aumento de 43 pedidos de leitos/internações. Em 2016, o número aumentou para 2.193 solicitações, correspondendo a um aumento de 42% do número de mandados judiciais quando comparado ao primeiro ano avaliado. Resultados semelhantes foram obtidos no Rio de Janeiro e Santa Catarina, diferentemente do observado no Distrito Federal, onde a maior demanda foi por vaga de UTI.<sup>15</sup>

As demandas por medicamentos nos anos de 2014, 2015 e 2016 foram de 1.244, 1.703 e 2.286 mandados judiciais, respectivamente, observando-se um aumento de 37% e 84% nos dois últimos anos avaliados, quando comparados ao ano de 2014.

Em 2014, foram solicitadas 767 cirurgias. Em 2015, houve uma redução de 139 solicitações. Entretanto, em 2016, ocorreu aumento de 20% das solicitações em relação ao ano de 2014.

Foram solicitados 515 exames diagnósticos, como tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética, além de outros exames, no ano de 2014. Em 2015 e 2016, o número aumentou, respectivamente, para 712 e 879 solicitações, conforme demonstrado no Gráfico 02.

O maior aumento percentual dos mandados judiciais nos três anos do estudo refere-se à demanda por internações compulsórias para pacientes com dependência química e/ou transtornos mentais. No ano de 2014, verificaram-se 524 mandados; em 2015, foram 1.017 mandados e, no ano de 2016, este número subiu para 1.124 mandados judiciais, correspondendo a um aumento percentual de 94% e 114% em relação ao primeiro ano avaliado.

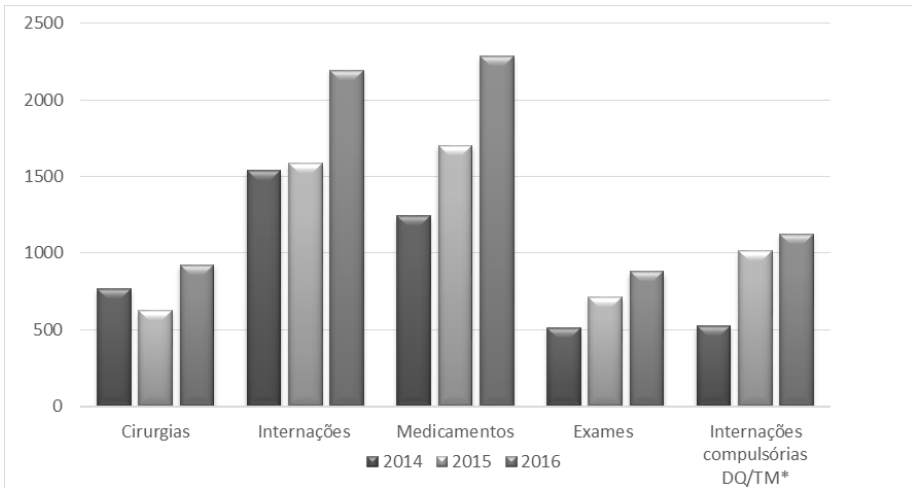
Ao comparar os índices das demandas solicitadas na Região Norte de Saúde do Estado, é possível observar, no período de três anos avaliados, que o maior aumento da judicialização esteve relacionado aos medicamentos. Em 2014, foram solicitados 21 mandados judiciais. No ano de 2015, houve um aumento de 461% das solicitações e, em 2016, 476% de mandados judiciais para o setor de compra de medicamentos.

---

15 Cf. MESSEDER, A. M.; Osorio-de-Castro, C. G. S.; Luiza, V. L. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, n. 21, p. 525-534, 2005; Rio Grande do Sul. **Lei Estadual n. 9.908, de 16 de junho de 1993**. Dispõe sobre o fornecimento de medicamentos excepcionais para pessoas carentes. 1993; PENALVA J. **Judicialização do Direito à Saúde: O caso do Distrito Federal**. Belo Horizonte Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2010/2011.



**Gráfico 2:** Tipo de demandas judiciais do Espírito Santo, 2014-2016.



FONTE: SESA. Sistema *On Base*. \*DQ: Dependência Química. TM: Transtornos Mentais.

Estudos demonstram que a Justiça tem sido procurada como alternativa de acesso aos serviços de saúde, principalmente na assistência farmacêutica. O aumento da ocorrência das doenças crônicas não transmissíveis, que hoje são responsáveis por 72% dos óbitos no Brasil, levou o Governo Federal a propor a implantação e o desenvolvimento de um plano de ações para o enfrentamento desse problema (doenças crônicas), além da distribuição de medicamentos. Apesar disso, foi relatado que as condições agudas demandam mais frequentemente as ações judiciais.<sup>16</sup>

A redução da carga tributária sobre os medicamentos aparece como uma política pública no sentido de reduzir o Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) sobre medicamentos, resultando em queda dos preços, aumentando a possibilidade de aquisição pela população. Outra política proposta para maior acesso aos medicamentos seria a modificação na forma de tributação da pessoa física, com a inclusão das despesas com medicamentos entre as dedutíveis no Imposto de Renda, facilitando a aquisição de medicamentos por aqueles que podem pagar imediatamente, condicionados a receber o reembolso posteriormente.

Outas demandas, como internação hospitalar, cirurgias, exames e tratamentos, apontam para problemas de acesso a diferentes níveis nos serviços de saúde e para a necessidade de aumento da oferta de leitos hospitalares da

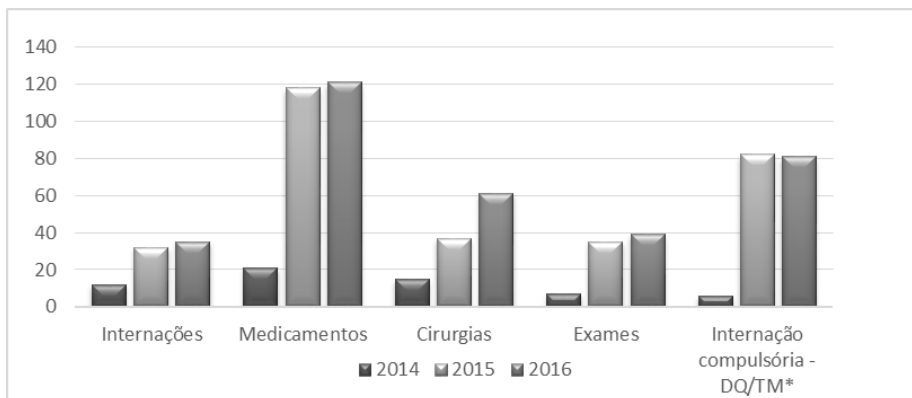
16 PENALVA J. Judicialização do Direito à Saúde... *Op. cit.*; SCHMIDT, M. I; DUNCAN, B. B. O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a sociedade brasileira. *Epidemiologia e Serviços de Saúde. Revista do sistema Único de Saúde do Brasil*, v. 4, n. 20, p. 421-424, 2011.

rede pública de atenção à saúde. O desenvolvimento de atenção básica por meio da Estratégia de Saúde da Família tem importante papel na atuação e na resolutividade da APS nos problemas em saúde pública mais comuns e passíveis de soluções nesse nível de atenção. A prestação de serviços especializados no SUS é uma problemática no que tange ao acesso oportuno, devido à limitação da oferta. A atenção secundária e terciária é pouco regulada e a oferta de leitos hospitalares não é suficiente.

Semelhante ao perfil geral avaliado em todo o Estado, em relação às internações compulsórias para pacientes com dependência química e/ou transtornos mentais, um aumento da demanda foi constatado na Região Norte, compreendendo um aumento em torno de 1250% dos processos, em 2015, com índice semelhante no ano de 2016, comparado ao do ano de 2014.

A Região Norte de saúde do ES apresenta atualmente dois hospitais estaduais, estando localizados nos municípios de São Mateus e Barra de São Francisco, para a realização de alguns tipos de internações, exames e cirurgias hospitalares. Em relação às internações hospitalares, houve um aumento de 192%, comparando os anos de 2014 e 2016. As cirurgias foram responsáveis por 15 ações judiciais em 2014, sendo que nos dois anos seguintes a demanda foi elevada para 37 e 61 ações judiciais, demonstrando um aumento de 146% e 306%, respectivamente, em relação ao primeiro ano do estudo. Em relação às solicitações de exames, o aumento das demandas judiciais foi de 400% e 457% em 2015 e 2016, respectivamente, quando comparado ao mesmo período de 2014. O gráfico 03 representa os tipos mais frequentes de demandas judiciais no norte do Espírito Santo.

**Gráfico 3:** Tipo de demandas judiciais no norte do Espírito Santo, 2014-2016.



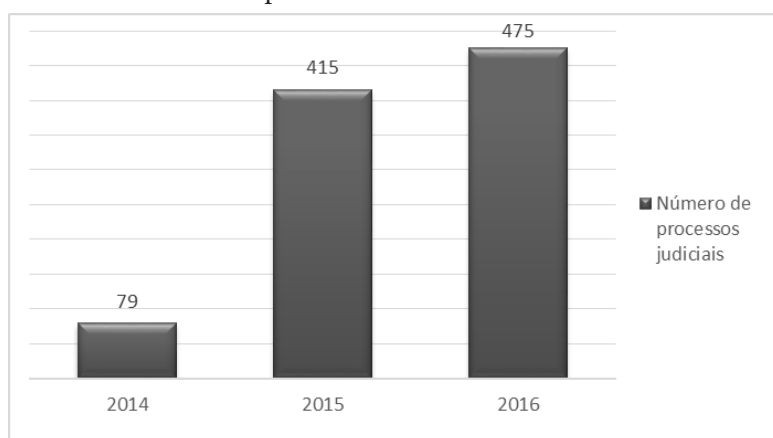
Fonte: SESA. Sistema *On Base*. \*DQ: Dependência Química. TM: Transtornos mentais.

As peculiaridades dessa “judicialização da prestação de assistência em saúde” indicam as principais carências assistenciais solicitadas aos serviços de

saúde na Região Norte de Saúde do Estado, bem como a realização de uma análise comparativa da crescente demanda pelos serviços do SUS, através da judicialização.

A partir das informações cadastradas no período de 2014 a 2016 no sistema *On Base*, relativas às demandas judiciais direcionadas para a Região Norte do ES, é possível inferir a evolução do número de ações judiciais impetradas anualmente, demandando ao Estado ações nas áreas da saúde. Os dados apresentados no gráfico 04, referentes aos anos compreendidos neste estudo, demonstram significativo crescimento das demandas processuais.

**Gráfico 4:** Evolução das demandas judiciais na Região Norte de Saúde do Espírito Santo. 2014-2015.



Fonte: SESA. Sistema *On Base*.

Os números apresentados permitem observar impressionante aumento das demandas judiciais em 2016. Comparado ao ano de 2014, ocorreu um aumento percentual de 81% e 501% em relação aos anos de 2015 e 2016, respectivamente.

No estado do Espírito Santo, especialmente na Região Norte de saúde, existe um importante vazio assistencial e escassez de recursos humanos em áreas e especialidades específicas, o que retrata a necessidade de melhorias de acesso dos usuários do SUS aos serviços de saúde.

Outro fator que merece análise ocorre em relação à distribuição de ações, que está relacionada à disponibilidade do acesso da população às Comarcas Regionais, estando estas em maior concentração nas regiões Metropolitana, Central e Sul do Estado, sendo a Região Norte a que dispõe de menor número de Comarcas.

Analisando os diversos aspectos da integralidade na atenção à saúde, pode-se descrever que a Judicialização da Saúde se constitui em uma via de

acesso, predominantemente individual, para conquistar cuidados de saúde nos diferentes tipos de atenção.

Como as ações judiciais na saúde não buscam o pagamento pecuniário de danos, e sim uma solução administrativa para o atendimento de agravos e doenças da população demandante, a marca da presença do Judiciário no SUS não é a punição. Magistrados podem, no máximo, *mandar prender* quem não cumpre as suas sentenças e alegar que as verbas para propaganda (não voltada a informações sobre saúde) do Ministério e Secretarias de Saúde podem ser arrestadas para o pagamento de internações e medicamentos.<sup>17</sup>

Contudo, embora haja um excesso de ações judiciais no setor de saúde, crescente quantitativamente a cada ano, não são apresentadas propostas concretas pelas três instâncias do SUS para a minimização desse fenômeno – a judicialização – ou reformulação de políticas públicas assistenciais de saúde, denotando um vício entre busca judicial, garantia do direito à saúde, déficit orçamentário e pouca resolutividade da judicialização em saúde. Deve-se alavancar a implementação de políticas públicas que se destinem a minimizar a iniquidade existente na prestação pública de serviços de saúde no Brasil, fundamentadas em evidências científicas que permitam uma intervenção na realidade da saúde no país, com propostas de mudanças para se alcançar, ainda que gradativamente, a assistência universal e integral à saúde da população.

### Considerações finais

O fenômeno crescente dos cidadãos solicitando ao Estado, pela via judicial, diversas ações e serviços de saúde, principalmente medicamentos, provoca a instabilidade do planejamento público, pela necessidade de se modificar o planejamento orçamentário em razão do atendimento imediato às ordens judiciais que determinam a utilização de recursos para outras necessidades que não aquelas previamente planejadas.

Embora esta pesquisa não mensure o impacto econômico das decisões judiciais sobre os orçamentos públicos para a área da saúde, não é possível ignorar que sucessivas decisões judiciais determinando a concessão de tratamentos ou medicamentos interferem no planejamento econômico, reduzindo a efetividade de políticas públicas previamente planejadas.

A judicialização do acesso à saúde pública não garante a efetividade dos direitos sociais para todos. Ao contrário, garante o acesso restrito àqueles que têm a compreensão de que é possível recorrer ao judiciário para requerer o direito e que o sistema público de saúde concretiza os meios para fazê-lo.

---

17 MESSEDER, Ana Márcia; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa; LUIZA, Vera Lucia. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, 2005.

Diante desse quadro de insuficiência de recursos financeiros, das promessas constitucionais pelo Estado Brasileiro, por ineficiência de gestão do SUS em muitas situações e pela carência de recursos tecnológicos, o impacto das decisões judiciais deve ser analisado e compreendido pelos dois lados envolvidos no processo – o Poder Judiciário e os Serviços Públicos de Saúde – como forma de não provocar maiores iniquidades no SUS.

### Referências:

BARROSO, L.R. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Rev. Jur. UNIJUS**, Uberaba, v. 11, n. 15, p. 13-38, 2008.

BRASIL. **Constituição**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União de 20 set. 1990.

BRASIL. **Lei 8.069 de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União de 16 set. 1990b

BRASIL. **Lei 10.471 de 01 de outubro de 2003**. Cria o Estatuto do Idoso. Diário Oficial da União de 03 de out. de 2003.

DIAS, H. P. **Direito Sanitário**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: 2003.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Lei Estadual nº 9.908, de 16 de junho de 1993**. Dispõe sobre o fornecimento de medicamentos excepcionais para pessoas carentes. 1993.

FERRAZ, A. A. M. C.; BENJAMIN, A. H. V. O conceito de “relevância pública” na constituição federal. **Revista do Direito Sanitário**, v. 5, n. 2 jul. 2004.

LOYOLA, Maria Andréa. Medicamentos e saúde pública em tempos de AIDS: metamorfoses de uma política dependente. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2011.

MESSEDER, A. M; Osorio-de-Castro, C. G. S; Luiza, V. L. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2005; 21: 525-534.

MESSEDER, Ana Márcia; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa; LUIZA, Vera Lucia. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, 2005.

PENALVA J. **Judicialização do Direito à Saúde**: O caso do Distrito Federal. Belo Horizonte Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2010/2011.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B. O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a sociedade brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. **Revista do sistema Único de Saúde do Brasil**, v. 4, n. 20, p. 421-424, 2011.

# **PESQUISA CLÍNICA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE CONDUTAS IRREGULARES, FRAUDES E PRÁTICAS INDEVIDAS NA EVOLUÇÃO DOS ENSAIOS CLÍNICOS**

*Yasmin da Silva Chaves<sup>1</sup>*

## **Introdução**

Os ensaios clínicos são os componentes mais visíveis da indústria de pesquisa biomédica, que vai desde sua potencial aplicação humana de novos achados laboratoriais, até a geração de dados sólidos sobre o que há de novo em tratamentos e/ou intervenções preventivas na rotina de cuidados clínicos.

Este estudo tem por objetivo realizar uma breve revisão bibliográfica sobre a evolução dos ensaios clínicos, tendo como foco os protocolos clínicos no tocante aos procedimentos fraudulentos, bem como outras condutas irregulares e/ou indevidas, a partir dos dados encontrados nos artigos em que são relatadas irregularidades e fraudes detectadas pelo programa de auditoria da *The United States Food and Drug Administration* (US-FDA), que é um órgão americano cuja função principal é a de testar e aprovar novos produtos das áreas de alimentação e de medicamentos, antes da comercialização.

Um ensaio clínico consiste em um estudo meticuloso de um determinado medicamento e/ou especialidades medicinais, envolvendo voluntários humanos, que segue estritamente as diretrizes do método científico, com o objetivo de descobrir ou confirmar os efeitos, identificar reações adversas e analisar a farmacocinética desses ingredientes ativos para determinar sua eficácia e segurança.

No Brasil, a Sociedade Brasileira de Profissionais em Pesquisa Clínica caracteriza o protocolo do estudo como sendo o documento escrito que define todo o planejamento do projeto, os países que farão parte do ensaio, o número de pacientes a serem incluídos, os critérios e inclusão e exclusão, o número de consultas a serem realizadas bem como os procedimentos, a medicação que será estudada, a dose e forma de administração, os efeitos colaterais esperados, a duração do estudo entre outras informações.<sup>2</sup>

Esses ensaios também representam o ponto a partir do qual a pesquisa envolve diretamente os participantes humanos, voluntários dedicados que confiam nos pesquisadores para que sejam mantidos os mais altos padrões de

---

1 Pós-graduanda em Auditoria e Regulação em Saúde pela Escola de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, Vitória - ES, Brasil.

2 IV Conferência pan-americana para harmonização da regulamentação farmacêutica. República Dominicana. 24 de Março de 2005.

rigor científico e ética. Consequentemente, são os componentes mais visíveis da indústria de pesquisa biomédica, que vai desde sua potencial aplicação humana de novos achados laboratoriais, até a geração de dados sólidos sobre o que há de novo em tratamentos e/ou intervenções preventivas na rotina de cuidados clínicos.

Muito embora os ensaios clínicos tenham evoluído e melhorado ao longo dos anos, gerando avanços extraordinários no diagnóstico, no tratamento e na prevenção de doenças, ainda há grandes desafios a serem vencidos.<sup>3</sup>

Quanto ao método utilizado neste estudo, foi realizada uma revisão sistemática no período compreendido entre janeiro e maio de 2017. Os dados da pesquisa foram coletados por meio de pesquisa bibliográfica, desenvolvida a partir de conteúdos que abordam Ensaios Clínicos, produzidos no período de 1981 até maio/2017, disponíveis em artigos de periódicos publicados nas bases de dados *Scielo*, *PubMed*, *Lilacs* e *Bireme*.

### Revisão de literatura

Até o século XVIII, a pesquisa científica era considerada uma prática extremamente amadora. Só em meados do século XIX é que passou a utilizar métodos reconhecidos como válidos por uma parcela de detentores do saber, fazendo-se uma atividade acadêmica realizada apenas em grandes centros de estudos universitários. Mas é a partir do século XX que se deu a grande fusão entre a indústria e as universidades, originando-se o complexo científico-industrial-tecnológico. Assim, nesse processo, a pesquisa clínica, em especial os ensaios para formulação de novos métodos diagnósticos, preventivos e terapêuticos, tornou-se, definitivamente, uma atividade fabril.<sup>4</sup>

A globalização dos ensaios clínicos financiados pela indústria farmacêutica, portanto, tem aspectos importantíssimos, como a transferência de conhecimento, instrução, colaborações internacionais, impactos financeiros e, o mais importante, a promessa de acesso a tratamentos novos.<sup>5</sup>

Observa-se, desse modo, que a pesquisa clínica contribui imensamente para a prática médica. Por conseguinte, todas as investigações clínicas devem ser conduzidas respeitando aos mais elevados padrões da prática clínica e em conformidade com o que determina a regulamentação e as diretrizes locais e, obviamente, obedecendo aos princípios das Boas Práticas Clínicas.<sup>6</sup>

---

3 HUDSON, K. L.; LAUER, M. S.; COLLINS, F. S. *Toward a new era of trust and transparency in clinical trials*. **JAMA**, 2016.

4 GARRAFA, C.; LORENZO, C.; Helsinque 2008: Redução de proteção e maximização de interesses privados. **Rev Assoc Med Bras.**, n. 55, p. 514-518, p. 2009.

5 IMS HEALTH. *The Pharmerging Future*. **Pharmaceutical Executive**, v. 29, n. 7, 2009.

6 HUK, J. P.; HUK, J.; FILIP, R. *Fraud and misconduct in clinical research*. **Journal of**

A supremacia do mercado farmacêutico é real e inquestionável. Segundo revistas especializadas, a indústria farmacêutica tem oscilado entre o primeiro e o quarto lugar entre as principais atividades lucrativas no mundo, disputando, na maior parte das vezes, apenas com grandes bancos internacionais.<sup>7</sup>

Os ensaios clínicos estão acontecendo cada vez mais em escala global, em que patrocinadores da indústria e do governo de países ricos transferem seus ensaios para países menos ricos. Isso se dá, principalmente, porque, dessa forma, as empresas podem economizar custos substanciais com a realização de seus testes em países em desenvolvimento, de forma que, progressivamente, ensaios de fase 2 e 3 são movidos para locais como Índia e América do Sul, já que os custos para o desenvolvimento de pesquisas clínicas nesses locais são menores.<sup>8</sup>

No Brasil, a realização de ensaios clínicos com medicamentos requer aprovação prévia de órgãos como Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs), Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e, no caso de medicamentos e produtos fabricados em outros países, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por intermédio de sua Gerência de Medicamentos Novos, Pesquisa e Ensaios Clínicos (GEPEC).<sup>9</sup>

Cada estudo clínico requer um protocolo que estabeleça clara, inequívoca e especificamente todos os procedimentos a serem realizados no seu decorrer. O protocolo também deve conter os critérios de inclusão de forma explícita e perceptível, focada e viável e não mais complexo do que o necessário para definir a população relevante ao ensaio, pois a complexidade dos critérios interfere diretamente na qualidade dos dados a serem produzidos. Por esse motivo, o protocolo deve delimitar medidas para se obterem os dados conforme os objetivos do estudo e, se possível, esses dados devem ser fáceis de serem observados e mensurados.<sup>10</sup>

Em estudo de 1981, o mesmo autor menciona a qualidade dos dados coletados como sendo a fórmula do sucesso de qualquer ensaio clínico, o que depende diretamente da forma como esses dados são tratados, processados e analisados. Se os dados coletados não possuírem qualidade, é eminentemente improvável que as conclusões do estudo sejam significativas e confiáveis. Na verdade, se não for dedicada uma atenção especial ao desenvolvimento e implementação de procedimentos para o controle da qualidade, os

---

**pre-clinical and clinical research**, n. 4, p. 158-160, 2010.

7 GARRAFA, C.; LORENZO, C.; Helsinque 2008... *Op. cit.*

8 GLICKMAN, S. W. [et. al.]. Ethical and scientific implications of the globalization of clinical research. *N Engl J Med.*, v. 8, p. 816-823, 2009.

9 NISHIOKA, S. A.; SÁ, P. F. G. A agência nacional de vigilância sanitária e a pesquisa clínica no Brasil. *Rev Assoc Med Bras.*, n. 52, p. 60-62, 2006.

10 KNATTERUD, G. L. [et. al.]. *Guidelines for quality assurance in multicenter trials: A position Paper.* Elsevier Science Inc., n. 19, p. 477-493, 1998.



resultados podem não resistir a uma auditoria cuidadosa. Essa preocupação com o controle de qualidade deve surgir nas fases iniciais do planejamento e continuar até que haja a finalização e publicação do estudo.<sup>11</sup>

A qualidade dos estudos clínicos depende diretamente da integridade dos dados coletados e da proteção ao voluntário. A Boa Prática Clínica (BPC) é o padrão de qualidade ético e científico universal utilizado na realização de ensaios clínicos. O padrão BPC é aplicável a todos os processos de um ensaio clínico. Sob suas diretrizes, a qualidade é contínua, começando na concepção, perdurando de forma crítica na condução e captura dos dados e permanecendo durante o reporte destes.<sup>12</sup>

Dessa forma, a aderência às Boas Práticas Clínicas durante a condução do estudo é crucial para que os dados coletados e reportados sejam legítimos e precisos e para que os direitos, integridade, lisura, seriedade e confidencialidade dos sujeitos do estudo sejam protegidos.<sup>13</sup>

Um estudo “livre de erros” é um objetivo que, apesar de apreciável, é também inviável e inexecutável, pelo menos não a um preço que se possa dar o luxo de pagar, portanto, esse não é um objetivo razoável. Porém é essencial ter certeza de que os erros cometidos são pequenos e aleatórios e, para isso, o estudo deve ser desenvolvido a um preço acessível, utilizando-se de um programa extenso e detalhado de garantia de qualidade para todos os centros participantes de pesquisas, a fim de que a produção de dados seja confiável para um estudo credível. Isso tudo envolve o desenvolvimento de procedimentos de qualidade para as clínicas, laboratórios locais e centrais, centro de distribuição de medicamentos (quando aplicável), centro de leitura de materiais e o centro coordenador.<sup>14</sup>

Um sistema de gestão de qualidade deve ser estabelecido para definir a política de qualidade e proceder à gestão por meio da qual são implementados o Controle e a Garantia de Qualidade. Como parte dessa prática, a auditoria de um patrocinador é realizada para avaliar o cumprimento do protocolo, garantir a confiabilidade dos dados produzidos e a proteção dos direitos do sujeito, bem como avaliar a eficácia do sistema de ensaios clínicos e proporcionar ao patrocinador a oportunidade de aprimorá-lo e ao auditado uma visão de como proporcionar uma melhoria em seu sistema.<sup>15</sup>

---

11 KNATTERUD, G. L. *Methods of quality control and continuous audit procedures for controlled clinical trials*. Elsevier North Holland, n. 52, p. 327-332, 1981.

12 BHATT, A. *Quality of clinical trials: A moving target*. **Perspectives in Clinical Research**, n. 2, p. 124-128, 2011.

13 *Ibidem*.

14 KNATTERUD, G. L. *Methods of quality control and continuous audit procedures for controlled clinical trials...* *Op. cit.*

15 YAMASHITA, H.; FITZGERALD, P.; LANDER, M. E. *The global guideline for GCP*

O monitoramento do estudo é realizado por um representante do patrocinador, que exerce uma função de controle de qualidade, em que a conduta do estudo é avaliada de forma rotineira e contínua. Durante uma visita de monitoria, todos os aspectos do estudo serão examinados, de acordo com um plano de monitoria, incluindo: termos de consentimentos, critérios de elegibilidade, adesão ao protocolo, verificação de documentos fonte, resolução de pendências, eventos adversos, manutenção de documentos do estudo, supervisão do Investigador Clínico e do Comitê de Ética em Pesquisa (IMARC).<sup>16</sup>

Já a auditoria consiste em uma investigação sistemática, autônoma e independente das atividades e documentos relacionados ao estudo, para se determinar se foram conduzidas adequadamente e se os dados foram registrados, analisados e relatados com veracidade e precisão, de acordo com o protocolo, os procedimentos operacionais padrões do patrocinador, as Boas Práticas Clínicas e as exigências regulamentares aplicáveis.<sup>17</sup>

Uma das partes do processo de aprovação de medicamentos é a inspeção da Administração de Alimentos e Medicamentos dos Estados Unidos (*The United States Food and Drug Administration* – US-FDA), que acontece frequentemente em ensaios clínicos regulados por ela para determinar o grau de conformidade do investigador para com a regulamentação. Essa regulamentação pretende assegurar, entre outros propósitos, que os investigadores estão de acordo com as Boas Práticas Clínicas e, conseqüentemente, que protegem os direitos dos participantes humanos. Essas inspeções também fornecem informações úteis sobre a qualidade e confiabilidade dos dados produzidos em um determinado *site* de ensaio.<sup>18</sup>

Diferentemente de outras agências federais, a US-FDA audita seus ensaios rotineiramente em busca de evidências de má conduta científica. Analisando os dados encontrados pelo programa de auditoria da US-FDA, podem-se classificar os achados em dois grandes grupos: (a) execução de um estudo de forma que comprometa a validade dos dados ou sua confiabilidade; (b) violação dos direitos do participante de pesquisa, o que envolve tomar uma decisão que um investigador cauteloso não tomaria, ou o contrário.

A US-FDA não tem uma definição exata do que é considerada má conduta científica, mas descreve os tipos de desvios que são considerados inaceitáveis.<sup>19</sup>

---

audit. JSQA, 2014

16 MADDOCK, S.; LEWIS, M. *Auditing vs Monitoring in Clinical Research Studies*. IMARC, [s. d..].

17 YAMASHITA, H.; FITZGERALD, P.; LANDER, M. E. *The global guideline for GCP audit*. JSQA, 2014

18 SEIFE, C. *Research misconduct identified by the US food and Drug Administration: Out of sight, out of mind, out of the peer-reviewed literature*. **JAMA Intern Med.**, n. 4, p. 567-577, 2015.

19 SHAPIRO, M. F.; CHARROW, R. P. The role of data audits in detecting scientific

Para isso, a US-FDA desenvolveu um Programa de Monitoramento de Pesquisas Biológicas (BIMO) para garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisas reguladas por ela. Por intermédio desse programa, tornou-se mais simples verificar a exatidão e a confiabilidade dos dados submetidos à US-FDA, bem como avaliar o cumprimento dos requisitos legais e regulamentares que regem a realização de ensaios clínicos. Uma das atividades do programa BIMO envolve visitas a pesquisadores, patrocinadores, monitores, *sites*, comitês de ética e laboratórios.<sup>20</sup>

A má conduta é, portanto, toda violação dos padrões e procedimentos acadêmicos e comportamento ético ao desenvolver um protocolo clínico, enquanto fraude é um erro intencional cometido para ganho pessoal ou para prejudicar outro indivíduo.

Má conduta também pode ser considerada como não intencional, quando derivada de um mau gerenciamento, mas seus efeitos e consequências podem ser muito semelhantes às ocasionadas pela fraude.

A má conduta pode surgir em qualquer fase do processo de pesquisa, muitas vezes como resultado de pesquisadores que buscam burlar efeitos negativos, ganhar prestígio ou receber verbas adicionais pelos seus dados.<sup>21</sup>

Não existe uma definição universal para má conduta em pesquisa clínica entre a sociedade profissional, revistas científicas, agências governamentais e órgãos reguladores. No entanto, fabricação, falsificação e plágio de dados são considerados tão hediondos que todas as definições incluem implícita ou explicitamente essas práticas.

O Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos define esses atos como: (a) Fabricação: criar dados ou resultados e registrá-los ou reportá-los; (b) Falsificação: manipulação de materiais, equipamentos ou processos de pesquisa, ou a alteração, omissão de dados ou resultados, de forma que a pesquisa não esteja corretamente representada pelos registros; (c) Plágio: apropriação de ideias, processos, resultados sem dar o crédito cabível; (d) A má conduta não inclui erros honestos ou diferenças de opinião.<sup>22</sup>

A seguir, estão elencados os principais achados fraudulentos em estudos clínicos, por ordem alfabética.<sup>23</sup>

---

misconduct: Results of the FDA program. **JAMA**, n. 261, p. 2505-2511, 1989.

20 Office of Good Clinical Practice. Information sheet guidance for IRBs, Clinical investigators, and Sponsors FDA inspections of clinical investigators. 2010.

21 HUK JP; HUK J; FILIP R. *Fraud and misconduct in clinical research*. **Journal of pre-clinical and clinical research**, n. 4, p. 158-160, 2010.

22 GEORGE, S. L.; BUYSE, M. *Data fraud in clinical trials*. **Clin. Invest.**, London, 2015; n. 5, p. 161-173, 2015.

23 BHATT, A. *Quality of clinical trials... Op. cit.*

Conflitos de interesses;  
Erros na contabilidade da droga;  
Falha ao reportar eventos adversos;  
Falha em notificar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);  
Desvios de protocolo;  
Falha na obtenção e/ou documentação do consentimento;  
Falsificação/Fabricação de critérios de elegibilidade;  
Interpretação pessoal de dados;  
Preenchimento inadequado do termo de consentimento livre e esclarecido;  
Recusa de compartilhamento de dados;  
Registros inadequados e/ou imprecisos;  
Relatórios seletivos;  
Uso indevido da verba destinada à pesquisa

Em muitos casos, ocorre a falsificação dos dados para que haja maior alinhamento com os resultados previstos pelo pesquisador. Essa falsificação pode envolver a substituição do registro de um sujeito pelo de outro, alteração de datas, resultados de testes, trocas de amostras sanguíneas, alegar realização de determinado procedimento em um participante que não o realizou. Casos mais graves incluem a fabricação completa de dados, elaboração de registros para entrevistas ou visitas que nunca aconteceram, inserção de notas falsas em prontuários, reportar dados para um sujeito que morreu ou do qual se perdeu seguimento.<sup>24</sup>

Algumas práticas mencionadas pela US-FDA, em 2004, incluem falha em relatar eventos adversos graves ou potencialmente fatais; violações graves de protocolo, tais como a inclusão de sujeitos que não satisfazem os critérios de inclusão porque há condições que têm seu risco aumentado pelo fármaco em investigação, ou não realizar avaliações críticas de segurança; falhas repetidas ou deliberadas em obter o consentimento, incluindo a falsificação do termo de consentimento livre e esclarecido, bem como omitir os riscos sérios oferecidos pelo medicamento investigacional durante a aplicação do termo; falsificação dos dados de segurança do estudo; falha em obter a aprovação do comitê de ética para mudanças significativas no protocolo; falha no monitoramento do ensaio de forma que os sujeitos de pesquisa estejam ou estariam expostos a riscos significativos de doença ou lesão.<sup>25</sup>

---

24 HUK, J. P.; HUK, J.; FILIP, R. *Fraud and misconduct in clinical research...* Op. cit.

25 U.S. Food and Drug Administration. **Guidance for industry: the use of clinical holds following clinical investigator misconduct.** 2004.

Durante a última década, a US-FDA realizou, em média, 350 inspeções por ano, das quais 88% foram auditorias focadas nos registros de arquivos e 12% ligadas à condução dos ensaios clínicos pelos investigadores. A maior porcentagem das auditorias concernentes à condução dos procedimentos evidenciou comportamentos censuráveis. Não ficou claro, porém, nessa pesquisa, se isso se deu porque realmente houve mais problemas ou porque, especificamente nesses casos, os inspetores estavam mais dispostos a encontrar problemas. A deficiência mais comum encontrada nessas inspeções foi o não seguimento do plano de investigação (cerca de 34% de todas as inspeções), o que pode estar associado ao aumento da complexidade dos protocolos, triplicação dos critérios de elegibilidade e aumento dos procedimentos protocolares. A maioria das inspeções da US-FDA encontrou inadequações, com apenas cerca de 31% das inspeções tendo como resultado nenhuma inconformidade. Das auditorias focadas nos registros de arquivos, em apenas 11,2% não foram detectadas deficiências, contra 5% das auditorias relacionadas à condução dos ensaios clínicos.<sup>26</sup>

De junho de 1977 a abril de 1988, a Divisão de Investigações Científicas da US-FDA realizou auditorias de rotina em 1.955 processos, dos quais, em 211 casos (11%), os auditores relataram deficiências graves. Em 74 casos (4%), as deficiências foram tão graves que a natureza das auditorias foi transformada em inquérito para apurar desvios de conduta. Antes de outubro de 1985, 12% das auditorias eram julgadas por graves deficiências, das quais 5% levavam a investigação sobre desvios de conduta. Em 1989, esses números já haviam sido reduzidos para 8% e 1%, respectivamente.<sup>27</sup>

Morgan-Linnell [*et. al.*] constataram que das 9.481 auditorias realizadas pela US-FDA, no período de 1977 a 2009, apenas 2% das auditorias “de rotina” tiveram recomendações de ações a serem tomadas, contra 19% das auditorias provocadas por desvios de procedimentos. A deficiência mais comum foi o não seguimento do plano do protocolo ( $n = 3.202/9.481$ , 33,8% de todas as inspeções), seguido de inadequações no termo de consentimento livre e esclarecido ( $n = 2.661/9.481 = 28,1\%$  de todas as inspeções), registros inadequados e/ou imprecisos ( $n = 1.437/9.841 = 15,2\%$  de todas as inspeções) e falha em relatar eventos adversos ( $n = 562/9.481 = 5,9\%$  de todas as inspeções).

Especificamente no período de 1990-1999 e de 2000-2009, o não seguimento do protocolo foi encontrado em 23% e 30,4% das auditorias, respectivamente. Os dados mostram um aumento considerável para a década de 2000, podendo ou não estar relacionado ao fato de os protocolos estarem

---

26 LINNELL, S. K. M; STEWART, D. J.; KURZROCK, R. U.S. *Food and Drug Administration inspections of clinical investigators: Overview of results from 1977-2009*. **Clin Cancer Res.**, 2014.

27 SHAPIRO, M. F.; CHARROW R. P. *The role of data audits in detecting scientific misconduct: Results of the FDA program*. **JAMA**, n. 261, p. 2505-2511, 1989.

apresentando-se cada vez mais complexos com o passar do tempo. Registros inadequados e/ou imprecisos foram encontrados em 18,4% e 23,1% das auditorias, para as décadas de 1990 e 2000, respectivamente, e os casos de falha ao relatar eventos adversos foram de 5,4% e 5,7% para as mesmas décadas. Surpreendentemente, o número de achados para termos de consentimento livre e esclarecido inadequados e contabilidade errônea da droga diminuíram significativamente da década de 1990 para os anos 2000, 22,2% e 5,2%, respectivamente.<sup>28</sup>

Não existem informações precisas sobre a prevalência de fraude na ciência ou sobre o número de casos que são descobertos por ano. Algumas indicações provêm de pesquisas em que o pesquisador foi anonimamente perguntado se já cometeu fraude em algum protocolo clínico.<sup>29</sup>

Em conformidade com uma metanálise dessas pesquisas, quase 2% dos entrevistados admitiram ter fabricado ou falsificado dados em algum momento durante a execução do estudo, mas devido ao fato de essas pesquisas não serem representativas e nem sempre fornecerem informações com relação à frequência com que esses pesquisadores cometeram fraude, elas não nos dizem muito sobre a proporção de estudos publicados que podem ser provenientes de fraudes.<sup>30</sup>

Segundo documento preparado por integrantes do Escritório de Integridade em Pesquisa ORI (*The Office of Research Integrity*) sobre as incidências relatadas de má conduta em pesquisa clínica, com base em casos confirmados de fraude, foi estimado que 0,01%, ou seja, um a cada 10.000 investigadores clínicos, já cometeu fraudes.<sup>31</sup>

Por outro lado, uma revisão de auditorias de rotina em ensaios de leucemia patrocinados pelo Instituto Nacional do Câncer dos Estados Unidos (*National Cancer Institute*) apontou a incidência de fraude como sendo 0,25%. Já um relatório de auditorias no Reino Unido revelou que 0,40% dos dados de pesquisa eram fraudulentos. Ressalta-se que nos primeiros 10 anos de relatórios do ORI, de 136 achados de má conduta científica, 36 (26%) foram observados em ensaios clínicos.<sup>32</sup>

Alguns indicadores importantes da necessidade de se realizar uma auditoria são: CRFs imaculados, dificuldade em organizar reuniões ou

---

28 LINNELL, S. K. M.; STEWART, D. J.; KURZROCK, R. U.S. *Food and Drug Administration inspections of clinical investigators...* Op. cit.

29 STROEB, W.; POSTMES, T.; SPEARS, R. *Scientific misconduct and the myth of self-correction in science. Perspectives on Psychological Science*, n. 7, p. 670-688, 2012.

30 STROEB, W.; POSTMES, T.; SPEARS, R. *Scientific misconduct and the myth of self-correction in science. Perspectives on Psychological Science*, n. 7, p. 670-688, 2012.

31 GEORGE, S. L.; BUYSE, M. *Data fraud in clinical trials...* Op. cit.

32 *Ibidem*.

agendar monitorias, diferenças de outros *sites*, recrutamento muito rápido, poucos eventos adversos quando em comparação com outros centros, poucas desistências, adição de muitas horas/dias/meses trabalhados, páginas separadas para notas de hospital, pastas separadas para *GP notes (General Practice)*, equipe que se recusa a corresponder à demanda ou sempre “enviará mais tarde”, uma única caneta utilizada em todo tipo de documentação.<sup>33</sup>

### **Considerações Finais**

Diante dos dados obtidos por meio dos artigos a que se teve acesso, pode-se depreender que são importantes e imprescindíveis os estudos relacionados às práticas indevidas em estudos clínicos de fraudes e dos fatores que as influenciam, para que se possa, de alguma maneira, tentar combatê-las.

Observou-se que as fraudes e más condutas em pesquisa clínica podem ser consideradas uma realidade e devem ser enfrentadas de modo a garantir a segurança dos participantes de pesquisa e a eficácia dos novos tratamentos. Não obstante, essas fraudes e/ou irregularidades se afiguram difíceis de serem detectadas na sua integralidade, a não ser em caso de denúncia, principalmente porque dificilmente um investigador clínico relatará sua própria prática fraudulenta ou conduta indevida.

Contudo os fatores que ensejam as anormalidades devem ser identificados precocemente e prontamente corrigidos para evitar que consequências negativas e significantes possam macular, deturpar ou inviabilizar os resultados dos estudos clínicos. Nesse sentido, a auditoria demonstra ser uma ferramenta vital e indispensável para isso.

Faz-se necessário salientar que a US-FDA, em suas auditorias, percebeu uma acentuada queda nas incidências de graves deficiências (de 12% para 8%) e desvios de conduta (de 5% para 1%), comparando as auditorias realizadas antes 1985 com as de 1989.

Portanto, conclui-se que se torna fundamental buscar o fortalecimento das Boas Práticas Clínicas dentro dos centros de pesquisa, na evolução dos ensaios clínicos, como uma forma de evitar as fraudes, as condutas e práticas indevidas e o risco que elas podem gerar ao voluntário que se submete ao experimento.

### **Referências:**

IV Conferência pan-americana para harmonização da regulamentação farmacêutica. República Dominicana. 24 de Março de 2005.

---

33 HUK, J. P.; HUK, J.; FILIP, R. *Fraud and misconduct in clinical research... Op. cit.*

- BHATT, A. *Quality of clinical trials: A moving target. Perspectives in Clinical Research*, n. 2: 124-128, 2011.
- GARRAFA, C.; LORENZO, C.; Helsinque 2008: Redução de proteção e maximização de interesses privados. *Rev Assoc Med Bras.*, n. 55, p. 514-518, 2009.
- GEORGE, S. L; BUYSE, M. *Data fraud in clinical trials. Clin. Invest. of London*, n. 5, p. 161-173, 2015.
- GLICKMAN, S. W. [et. al.]. *Ethical and scientific implications of the globalization of clinical research. N Engl J Med.*, n. 8, p. 816-823, 2009.
- HUDSON, K. L.; LAUER, M. S.; COLLINS F. S. *Toward a new era of trust and transparency in clinical trials. JAMA*, 2016.
- HUK, J. P.; HUK, J.; FILIP, R. *Fraud and misconduct in clinical research. Journal of pre-clinical and clinical research*, n. 4, p. 158-160, 2010.
- IMS Health. *The Pharmedging Future. Pharmaceutical Executive*, v. 29, n. 7, 2009.
- KNATTERUD, G. L. [et. al.]. *Guidelines for quality assurance in multicenter trials: A position Paper. Elsevier Science Inc.*, n. 19, p. 477-493, 1998.
- KNATTERUD, G. L. *Methods of quality control and continuous audit procedures for controlled clinical trials. Elsevier North Holland*, n. 52, p. 327-332, 1981.
- LINNELL, S. K. M.; STEWART, D. J.; KURZROCK, R. U.S. *Food and Drug Administration inspections of clinical investigators: Overview of results from 1977-2009. Clin Cancer Res.*, 2014.
- MADDOCK, S.; LEWIS, M. *Auditing vs Monitoring in Clinical Research Studies. IMARC*, [s. d.].
- NISHIOKA, SA; SÁ, P. F. G. A agência nacional de vigilância sanitária e a pesquisa clínica no Brasil. *Rev Assoc Med Bras.*, n. 52, p. 60-62, 2006.
- Office of Good Clinical Practice. Information sheet guidance for IRBs, Clinical investigators, and Sponsors FDA inspections of clinical investigators. 2010.*
- SEIFE, C. *Research misconduct identified by the US food and Drug Administration: Out of sight, out of mind, out of the peer-reviewed literature. JAMA Intern Med.*, n. 4, p. 567-577, 2015.
- SHAPIRO, M. F.; CHARROW, R. P. *The role of data audits in detecting scientific misconduct: Results of the FDA program. JAMA*, n. 261, p. 2505-2511, 1989.
- STROEB, W.; POSTMES, T.; SPEARS, R. *Scientific misconduct and the myth of self-correction in science. Perspectives on Psychological Science*, n. 7, p. 670-688, 2012.
- U.S. Food and Drug Administration. Guidance for industry: the use of clinical holds following clinical investigator misconduct. 2004.*
- YAMASHITA, H.; FITZGERALD, P.; LANDER, M. E. *The global guideline for GCP audit. JSQA*, 2014.





# IMPACTOS E DESAFIOS NA GESTÃO DO ABSENTEÍSMO DO PACIENTE NOS ATENDIMENTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

*Antonio Wilsom Fiorot<sup>1</sup>*

*José Fernando Ferreira Bastos<sup>2</sup>*

*Priscila Bacchetti Cezar<sup>3</sup>*

## Introdução

A garantia do direito à saúde representa um grande desafio para os gestores dos serviços públicos no Brasil. O acesso aos serviços de saúde é regulado e orienta o uso dos recursos na Rede de Atenção. Embora muitas discussões enfatizem a insuficiência de recursos e as longas filas de espera por atendimento, vale observar que o desperdício no setor da saúde pública é estimado em 30%, por estudo realizado nos Estados Unidos, em 2014; no Brasil, oscila entre 10 a 50%. Portanto há necessidade de aprofundamento nas discussões sobre o tema, visto que a lacuna advinda desta subutilização reflete diretamente sobre o custo assistencial. Este estudo tem por base os resultados obtidos pela Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim, no sul do estado do Espírito Santo.

Neste cenário de dificuldades, os desafios na gestão dos sistemas e serviços de saúde são compartilhados pelos gestores, sejam eles atuantes na rede pública ou privada. A forte expansão da demanda na saúde pública, pressão por maior qualidade e resolutividade, além dos limites para o financiamento desafiam a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

Atingir a máxima eficiência, mantendo a relação de custo-efetividade maximizando os investimentos, a fim de obter a cobertura da demanda por assistência na rede pública, representa uma busca contínua ao longo de décadas no Brasil, desde a implantação do Sistema Nacional de Saúde, com a promulgação da Constituição Federal, em 1988, que veio a ser denominado de Sistema Único de Saúde (SUS), com a publicação da Lei Orgânica da Saúde - Lei Federal n. 8080/90.

A garantia do direito à saúde representa um grande desafio dos Estados na pós-modernidade. A incorporação de novas tecnologias, a inflação sobre

---

1 Pós-graduando em Auditoria e Regulação em Saúde pela Escola de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, Vitória - ES, Brasil.

2 Pós-graduando em Auditoria e Regulação em Saúde pela Escola de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, Vitória - ES, Brasil.

3 Pós-graduando em Auditoria e Regulação em Saúde pela Escola de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, Vitória - ES, Brasil.

os produtos de saúde, crises econômicas, envelhecimento populacional e a transição do perfil epidemiológico são apenas alguns dos fatores que exigem habilidades dos gestores para empregar recursos públicos em ações efetivas de promoção, proteção e recuperação da saúde dos cidadãos.

Além da transição demográfica, com o envelhecimento populacional, essa mudança do perfil epidemiológico, com o aumento da prevalência das doenças crônicas, reforça a necessidade da contínua reorganização dos modelos de atenção e gestão do SUS.<sup>4</sup>

Na lógica dos modelos atuais de gestão e de organização dos serviços de saúde, o acesso da população é regulado nos serviços de saúde que compõem a Rede de Atenção (RAS), provendo, assim, a justa e correta utilização dos recursos aplicados conforme a necessidade dos usuários.<sup>5</sup> Para que isso ocorra de forma sistemática, é necessária forte integração entre os serviços de diferentes níveis de atenção, articulados em redes de atenção; e o direcionamento do paciente deve se dar em conformidade com o estabelecido nas linhas de cuidados para cada um dos serviços, que devem ser suficientes, adequados à necessidade do usuário e em tempo hábil.

Esta lógica é aplicada nos serviços públicos, nas suas três esferas de gestão, seguindo as orientações da Portaria GM/MS n. 1.559, de 1º de agosto de 2008, que instituiu a Política Nacional de Regulação, que trouxe três dimensões da regulação do setor público: a Regulação sobre Sistemas de Saúde; a Regulação da Atenção à Saúde e a Regulação do Acesso e suas relações com as demais funções do SUS, como o planejamento e programação assistencial, a prestação direta dos serviços de saúde pela rede pública, a contratualização da rede complementar ao SUS, o monitoramento, controle, avaliação, auditoria e, também, a vigilância em saúde. Tal estruturação visa garantir o acesso dos usuários aos serviços necessários para promoção, recuperação ou reabilitação de sua saúde.<sup>6</sup>

O conceito de acesso está relacionado à percepção das necessidades de saúde, à conversão dessas necessidades em demandas e, finalmente, à disponibilidade de oferta para a utilização dos serviços de saúde.<sup>7</sup>

---

4 CAVALCANTI, R. P.; CAVALCANTI, J. C. M.; SERRANO, R. M. S. M.; SANTANA, P. R.; Absenteísmo de consultas especializadas no sistema de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa – PB, Brasil. *Rev Tempus Actas Saúde Col.*, v. 7, n. 2, p. 63-8, 2013.

5 BRASIL. Ministério da Saúde. Sala de apoio à gestão da saúde. **Gestão / Financiamento. Gestão descentralizada. Condição de Gestão**, 2012.

6 *Idem*. Ministério da Saúde. **Portariano 1.559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF, 2008.

7 MIOTTO, M. H. M. B.; SANTOS, L. R.; FARIAS, C. M. L. Absenteísmo de usuários às consultas odontológicas em uma unidade de saúde da família. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, v. 17, n. 4, p. 121-128, 2015.

Embora no sistema público de saúde haja esse mecanismo de regulação assistencial que facilita o acesso e otimiza a utilização dos serviços, garantindo, então, o acesso dos pacientes a toda assistência necessária segundo seu quadro clínico, uma discussão recorrente se refere à suficiência de serviços e sua utilização, seja pela administração direta seja pela rede complementar contratualizada, para atender à demanda necessária da população.

Em 2014, um estudo realizado nos Estados Unidos apontou que 30% do gasto total em saúde é desperdiçado. Este percentual encontrado no estudo americano poderia levar a inferir que no Brasil seria possível, com a realidade dos sistemas estaduais e municipais, que, por meio de iniciativas regulatórias corretas, os recursos assistenciais atualmente disponíveis poderiam ser potencializados em seu uso, aumentando, assim, a oferta dos serviços à população, sem nenhum investimento a mais.<sup>8</sup>

Neste cenário, depara-se com uma situação contraditória: o absenteísmo, ou seja, a ausência do paciente em atendimentos programados. Essa ausência representa, hoje, prejuízo importante na rede de saúde pública em todo o país, sob os aspectos financeiros e sociais, uma vez que a ausência injustificada de um usuário ao serviço aprazado não permite o acesso de outro. A contradição reside no fato da imensurável necessidade da população por serviços de saúde, com dificuldades de acesso, gerando filas expectantes de meses e até anos, enquanto se desperdiça até 50% da oferta disponível.

Estudos realizados no Brasil revelam índices de absenteísmo com variação entre 10 e 50%. Considerando essa problemática, que é um desafio importante para a otimização dos recursos financeiros investidos na saúde pública no Brasil, pode-se compreender a necessidade de aprofundamento nas discussões sobre este tema para que sejam definidas estratégias para a diminuição do absenteísmo e suas consequências sobre a gestão dos serviços de saúde.

A lacuna advinda desta subutilização dos serviços pré-agendados reflete diretamente sobre o planejamento das ações na saúde. Além do desperdício de recursos tecnológicos e financeiros, ocasionado pelas ausências nos procedimentos e/ou consultas, elas geram desde o aumento das filas de espera até o comprometimento da saúde do indivíduo faltante, que pode ser agravada pela descontinuidade de tratamentos ou do adiamento da assistência. Tal fato pode implicar em demandas futuras de internações ou procedimentos de maior complexidade, onerando ainda mais o sistema de saúde e, ainda pior, colocando em risco a saúde do paciente.

---

<sup>8</sup> COUTTOLENC, B. Saúde em um click: Qual é o principal desafio do setor de saúde para os próximos anos? Melhores práticas em saúde, qualidade e acreditação. **Anaph.**, v. 14. n. 3, p. 66, 2014.

O tratamento de várias doenças em estágio inicial representa um custo muito inferior, se comparado ao investimento necessário para tratá-las em estágios mais avançados. Na medida em que as complicações aparecem, deteriorando o organismo, um maior aporte tecnológico, as demandas por internação ou mesmo a utilização de serviços de urgência necessários para resolução do caso agravado representam um custo muito superior, o que significa também menor recurso disponível para atender aos demais pacientes que, pelo curso natural de muitas doenças, necessitam desses serviços em caráter de urgência. Uma reação em cadeia que afeta o acesso de todos os usuários ao sistema.<sup>9</sup>

Na Região Sul de Saúde do estado do Espírito Santo, a problemática foi analisada neste estudo com base nos resultados obtidos pela Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim. Foram comparados o número de agendamentos e o número de consultas e/ou procedimentos realizados, e a diferença entre estes números foi transformada em percentual de absenteísmo entre os prestadores de serviços de saúde na Região, nos anos de 2016 e 2017.

Através dos resultados obtidos, foi possível observar que, além da ausência do paciente ao procedimento ou consulta agendada, há ainda a necessidade de aprimorar o registro dos atendimentos realizados pelos prestadores de serviços no SISREG para que a Regional de Saúde e os municípios busquem soluções para mitigação dos impactos gerados, baseando-se em dados fidedignos.

Para o desenvolvimento deste estudo, foi realizado o levantamento dos dados de absenteísmo referentes aos prestadores de serviços dos municípios que compõem a Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim, na região sul do estado do Espírito Santo, através de registros no SISREG e DATASUS. Foi realizada uma análise comparativa das taxas de absenteísmo encontradas nesta regional frente aos estudos realizados nas diversas regiões do país a que se teve acesso. Foram extraídas destes estudos as principais causas relacionadas ao absenteísmo do paciente, confrontadas com os dados apresentados na região estudada e analisadas as estratégias empregadas para a redução do impacto no sistema de saúde.

## Resultados e discussão

A Região de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim é composta por 26 municípios. O conjunto de municípios da região apresenta uma cobertura da população pelas Equipes de Saúde da Família (EqSF) de 88,4% e Equipes Básicas de Saúde Bucal (EqSB) de 69,5%, porém há uma variação considerável desta cobertura entre eles, como se pode observar na Tabela 1.

---

9 CAVALCANTI, R. P.; CAVALCANTI, J. C. M; SERRANO, R. M. S. M.; SANTANA, P. R.; Absenteísmo de consultas especializadas no sistema de saúde público... *Op. cit.*

Tabela 1: Cobertura populacional pelas Equipes de Saúde da Família e Equipes Básicas de Saúde Bucal nos municípios da Região Sul de Saúde, Cachoeiro de Itapemirim-ES em 2017.

Município	nº EqSF	Cobertura (%)	nº EqSB	Cobertura (%)
Alegre	10	100	7	75
Alfredo Chaves	4	91,8	4	91,8
Anchieta	10	100	10	100
Apiacá	3	100	3	100
Atilio Vivácqua	4	100	4	100
Bom Jesus do Norte	4	100	0	0
Cachoeiro de Itapemirim	45	73,3	1	1,6
Castelo	5	71,5	3	42,9
Divino de São Lourenço	2	100	2	100
Dores do Rio Preto	3	100	2	99,7
Guaçuí	8	82,5	8	89,2
Ibitirama	3	100	3	100
Iconha	5	100	5	100
Irupi	4	100	4	100
Itapemirim	7	69,8	7	69,8
Iúna	6	69,6	0	0
Jerônimo Monteiro	2	57,7	2	57,7
Marataízes	7	63	6	54
Mimoso do Sul	11	100	11	100
Muniz Freire	8	100	3	54,9
Muqui	4	87,8	4	87,8
Piúma	6	98,4	0	0
Presidente Kennedy	4	100	4	100
Rio Novo do Sul	5	100	2	57,2
São José do Calçado	4	100	3	93,9
Vargem Alta	2	32,2	2	32,2

Fonte: DATASUS/CNES.

Considerando a cobertura populacional pelas EqSF na Região de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim, pressupõe-se uma atuação abrangente dos profissionais de saúde nas residências, fortalecendo o vínculo entre sistema de saúde e paciente, o que contribui para a assiduidade às consultas agendadas.

Estudos realizados em João Pessoa – PE, no ano de 1999, demonstraram que o número de visitas realizadas pelos profissionais de saúde em domicílio

é inversamente proporcional à taxa de absenteísmo encontrada, ou seja, quanto maior o número de visitas da equipe de saúde, maior a assiduidade dos pacientes aos agendamentos.<sup>10</sup>

Quanto ao número de faltantes aos atendimentos, entre os prestadores que atenderam aos munícipes da Região nos anos de 2016 e 2017, na Tabela 2, pode-se observar que a taxa de absenteísmo apresentou variação entre 3,6% e 72%, no ano de 2016. Em 2017, a taxa apresentou variação entre 5,5% e 66,2%. Os nomes destes prestadores não serão apresentados para manter a confidencialidade, porém os números encontrados serão apontados para análise. Estes prestadores estão identificados por letras de “A” a “M” na Tabela 2.

Tabela 2: Taxa de absenteísmo nos prestadores de serviços da Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim-ES – 2016-2017.

Prestador	% Absenteísmo	
	2016	2017
A	3,6	-
B	7	5,5
C	16,9	15,6
D	21,3	15,6
E	20,7	17,7
F	24,3	25,4
G*	76,1	43,9
H	16,7	18,3
I	39,5	66,2
J	41,4	21,4
K	-	32,1
L	-	24,6
M**	-	35,6

Fonte: SRSCI/SISREG.

O prestador “A” ofertou serviços apenas no ano de 2016, e seu resultado foi mantido na Tabela 2 para avaliação global da taxa apresentada. Já os prestadores “K”, “L” e “M” não ofereceram serviços em 2016, porém constam na avaliação para o ano de 2017 com os resultados obtidos. Quanto aos resultados do prestador “G”, deve-se considerar que estão comprometidos, pois ele *não confirmou todos os atendimentos realizados no SISREG*.

Devido à grande variabilidade da taxa entre os prestadores analisados, é recomendável realizar uma avaliação minuciosa a respeito do perfil

10 CAVALCANTI, R. P.; CAVALCANTI, J. C. M; SERRANO, R. M. S. M.; SANTANA, P. R.; Absenteísmo de consultas especializadas no sistema de saúde público... *Op. cit.*

de atendimento realizado por cada um desses serviços, visto que foram encontradas diferentes taxas de absenteísmo por segmento assistencial. Além de considerar outras variáveis relacionadas ao acesso e ao público encaminhado para cada serviço, deve-se analisar a questão sob outras variáveis, como, por exemplo, se o prestador estudado atende proporcionalmente a todos os municípios da Região ou concentra seus atendimentos às populações dos municípios com maior ou menor cobertura de EqSF, o que, conforme mencionado anteriormente, pode impactar diretamente no absenteísmo.

Outro fator que interfere absolutamente no absenteísmo é a qualidade do serviço prestado. Diversas abordagens demonstraram que, se o paciente não avalia bem um determinado profissional ou serviço, ele não retorna. A insatisfação do usuário com o atendimento anterior ou, ainda, a longa espera pelo atendimento também o motivam ao não comparecimento nos retornos agendados e, até mesmo, levam-no a buscar atendimento na rede privada.

A Tabela 3 apresenta o consolidado das taxas de absenteísmos encontradas nos anos de 2016 e 2017 para a Região de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim.

Tabela 3: Frequência e taxa de absenteísmo nos prestadores de serviços da Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim-ES – 2016-2017.			
Ano	Frequência de Atendimentos		Absenteísmo (%)
	Agendados	Confirmados	
2016	185177	148566	19,8
2017	165238	134645	18,5

Fonte: SRSCI/SISREG

O resultado global da taxa de absenteísmo entre prestadores da SRS de Cachoeiro de Itapemirim manteve-se abaixo de 20% e encontra-se dentro da média registrada em outros estudos realizados em outras regiões do Brasil, como se pode observar na Tabela 4.

Relatórios de produtividade analisados demonstraram, no interior de São Paulo, taxas de absenteísmo entre 10% e 30%.<sup>11</sup> Em estudos realizados na cidade de Vitória/ES, em uma Unidade de Saúde da Família, quanto ao absenteísmo nos atendimentos odontológicos, foram registrados índices de 50% de ausência nas consultas, superando as taxas encontradas para as especialidades médicas.<sup>12</sup> No município de Vila Velha/ES, as taxas de

11 CANELADA, H. F.; LEVORATO, C. D.; CORTE, RIAS; DINIZ, E. E. S. Redução do absenteísmo através da gestão da agenda e do trabalho em rede. In.: **Anais do Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde**. Blucher Medical Proceedings, v. 1, n. 2, p. 145, 2014.

12 MIOTTO, M. H. M. B.; SANTOS, L. R.; FARIAS, C. M. L. Absenteísmo de usuários às consultas odontológicas em uma unidade de saúde da família... *Op. cit.*



absenteísmo foram bem satisfatórias, apresentando 13,45% e 11,81%, nos anos de 2014 e 2015, respectivamente,<sup>13</sup> enquanto os estudos de índices nas unidades do estado de São Paulo, nos anos de 2011 e 2015, demonstraram uma variação entre 16,9% a 30,3%.<sup>14</sup>

Tabela 4: Percentual de absenteísmo ambulatorial em serviços no Brasil, segundo estudos realizados por diversos autores, no período de 2010 a 2015.

Pesquisadores	Taxa de Absenteísmo (%)
Canelada <i>et al.</i> (2014)	10,0 a 30,0
Tristão (2015)	1 1,8 a 13,4
Bittar (2015)	16,9 a 30,3
Takada <i>et al.</i> (2014)	19
Cavalcante (2013)	24,1 a 41,3
Oleskovicz <i>et al.</i> (2014)	25
Fernandes (2011)	25
Albieri <i>et al.</i> (2014)	27
Bender <i>et al.</i> (2010)	34,4
Izecksohn e Ferreira (2014)	48,9
Miotto (2015)	50
Fonte: <sup>2,5;7-16</sup>	

Entre as causas bastante discutidas destacam-se as que configuram o *acesso do usuário aos serviços*, como, por exemplo, as características socioeconômicas e demográficas, que juntas representam a *necessidade de transporte sanitário*. Estudos sobre as causas de absenteísmo em São Paulo evidenciaram cerca de 30% das faltas relacionadas à falta de transporte.<sup>15</sup> Nesses casos, há a necessidade de maior responsabilização dos municípios para disponibilização desse serviço.

As *condições clínicas dos pacientes e sua piora* também implicam na impossibilidade de comparecimento aos serviços, *ora por internação ou por dificuldades de locomoção, situação comum em pacientes cardíacos ou pós-operatórios da ortopedia*,<sup>16</sup> o que remete à necessidade de acompanhar de perto os pacientes destes grupos, a fim de atuar em suas demandas em tempo

13 TRISTÃO, F. I.; LIMA, R. C. D.; LIMA, E. F. A.; ANDRADE, M. A. C. Acessibilidade e utilização na atenção básica: reflexões sobre o absenteísmo dos usuários. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 18, n. 1, p. 54-61, 2016.

14 BITTAR, O. J. N. [et. al.]. **Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo**. [internet]. Disponível em: [http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/gais-informa/outras-publicacoes-e-analises/absenteismo\\_ambulatorial.pdf](http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/gais-informa/outras-publicacoes-e-analises/absenteismo_ambulatorial.pdf). Acesso em: 04 dez. 2017.

15 *Ibidem*.

16 *Ibidem*.

oportuno, evitando as faltas ou realizando o cancelamento em tempo hábil para aproveitamento das *vagas* por outros pacientes que estejam aguardando o procedimento.

Questões como a *recusa do empregador em liberar o paciente no horário de trabalho*, ou até mesmo o *receio de ausentar-se da atividade laboral para as consultas* foram observadas e merecem atenção no que diz respeito à *disponibilização de horários e datas de preferência do paciente*. A disponibilização de horários alternativos de atendimento, fora do horário comercial, deve ser avaliada para redução das faltas. Adotar iniciativas para incluir a opinião do usuário no momento do agendamento e procurar construir um vínculo mais forte com a comunidade, seja com mudança da forma de agir no momento do agendamento ou com programas de conscientização da população, pode contribuir efetivamente para a minimização do absenteísmo.<sup>17</sup>

O *longo tempo de espera* também é citado como uma das causas que podem contribuir para o esquecimento. Diversas estratégias podem ser utilizadas como aporte neste quesito, dentre elas a implantação de ações para *relembrar os usuários de suas consultas*, seja por intermédio dos agentes comunitários de saúde, seja por meio do envio de mensagens aos celulares dos usuários.

A *realização de contato telefônico* para confirmação de presença e disponibilização de vagas sem confirmação para outros pacientes que aguardavam atendimento, em 62% das especialidades pesquisadas, houve redução da taxa de absenteísmo entre 2% e 4%.<sup>18</sup>

Outro estudo randomizado com 1.499 pacientes obteve resultados importantes, elegendo dois grupos de pacientes: os que não seriam lembrados da consulta agendada e aqueles que receberiam uma mensagem via SMS (*Short Message Service*). No grupo de pacientes com consulta agendada na clínica geral, o estudo revelou valores de ausência de 26,3% e 39,8%, respectivamente, para os que receberam e para os que não receberam a mensagem. Já no grupo de pacientes com consultas agendadas para a neurologia, obtiveram resultados de 29,3% entre os que receberam a mensagem e 43,9% para os que não a receberam.<sup>19</sup>

---

17 IZECKSHN, M. M. V.; FERREIRA, J. T. Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, Manguinhos, Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 9, n. 32, p. 235-241, 2014.

18 CANELADA, H. F.; LEVORATO, C. D.; CORTE, RIAS; DINIZ, E. E. S. Redução do absenteísmo através da gestão da agenda e do trabalho em rede... *Op. cit.*

19 YOUSSEF, A. [et. al.]. *Effectiveness of text message reminders on nonattendance of outpatient clinic appointments in three different specialties: a randomized controlled trial in a Saudi Hospital*. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, v. 9, n. 1, p. 239, 2014.

A falha na comunicação frequentemente é apontada na literatura como fator de erros de cadastro para contato, anotações equivocadas, etc. Em levantamento feito entre pacientes faltantes às consultas de oncologia, no ano de 2013, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, foram destacadas as falhas no cadastro de pacientes.<sup>20</sup> A preparação da equipe de atendimento (confirmação de dados cadastrais, ligação confirmando o agendamento) e o fortalecimento desta relação através das habilidades de comunicação entre quem realiza a inserção dos dados no sistema no momento da agenda da consulta e o paciente são fundamentais para a adesão.

A prática do *overbooking* em instituições de saúde é pouco debatida, porém aplicável quando estudos de série histórica demonstram razoável comportamento linear que permita programação sobreposta das *vagas* com expectativas de faltas.<sup>21</sup> Vale lembrar que este tipo de prática exige um acompanhamento sistemático, observando sempre as mudanças de comportamento do público.

A criação de políticas específicas para faltantes pode ser importante para apoiar um trabalho de conscientização e valorização do serviço ofertado. A conscientização da população acerca das consequências que o absenteísmo acarreta à rede pública se constitui em uma estratégia importante no enfrentamento do problema e na corresponsabilização do usuário quanto ao desperdício e pelo cerceamento do acesso de outros pacientes aos serviços de saúde por ele ocasionado.

A incorporação de novas tecnologias que facilitem a comunicação entre equipes/serviços de saúde e paciente, eficientemente voltada para a gestão envolvendo a regulação, fluxos assistenciais e sistematização da saúde é importante ferramenta na otimização dos processos que envolvam a programação dos atendimentos.

A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo alcançou redução da taxa de absenteísmo de 27,0% para 18,0%, nos casos contatados pelo *call center*, e aumento de 5,0% nas *vagas* canceladas após implantação de um conjunto de medidas. As ações desenvolvidas que causaram esse impacto foram, simultaneamente: 1) a implantação de uma central de confirmação de agendamento (*call center*), contatando os pacientes com 15 dias de antecedência e lembrando-os, via SMS, dois dias antes do aprazamento; 2) gestão da fila de espera com implantação do *overbooking* para melhor aproveitamento das

---

20 MAZZA, T. O.; COSTA, A. L. Análise do absenteísmo de novos pacientes no hospital das clínicas da faculdade de medicina de Ribeirão Preto da universidade de São Paulo. SIICUSP 2014. 22º **Simpósio Internacional de Iniciação Científica e Tecnológica da USP**. Universidade de São Paulo/Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto. 2014.

21 CHAN, K. C.; CHAN, D. B. *Targeting zero non-attendance in healthcare clinics*. **Stud Health Technol Inform.**, n. 182, p. 52-57, 2012.

vagas; 3) novos contratos para incrementar a oferta dos procedimentos; e 4) implantação de novos serviços de unidades fixas e móveis para realização de exames.<sup>22</sup>

Nas diversas experiências relatadas, um fator determinante no sucesso das medidas adotadas para o enfrentamento do absenteísmo foi a sistematização da rede de prestadores de serviços em Redes de Atenção, em articulação com a atenção primária, que, por sua vez, representa a principal porta de entrada do usuário nos serviços, possui maior capilaridade nos municípios por meio de sua EqSF, com vínculo junto ao paciente e, ainda, exerce papel fundamental na educação em saúde no que diz respeito à utilização dos serviços. É altamente significativa a contribuição das equipes de saúde, tanto as equipes da atenção primária quanto as de atenção especializada, na adesão do paciente aos planos terapêuticos prescritos e no percurso assistencial.

A Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo iniciou em 2017 a implantação da Rede Cuidar como um novo modelo de organização para atenção ao usuário e também de atuação profissional, que propõe desde o fortalecimento da atenção primária, tornando-a ainda mais resolutiva, considerando a sua responsabilidade pela coordenação do cuidado como um dos seus princípios, até a articulação com as ações da atenção especializada. Esta integração entre a atenção primária e a especializada fortalece a comunicação entre os serviços nos diversos níveis de complexidade, a revisão de fluxos assistenciais, otimizando o processo assistencial na Rede de Atenção e suas redes temáticas prioritárias definidas nacionalmente, evitando que o paciente fique perdido entre tantas idas e vindas aos serviços de saúde. Significa dizer que esta integração e comunicação entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços deve ser regulada a partir da atenção primária para que o cuidado com o paciente se dê em sua forma mais perfeita, ordenada, integral e oportuna na disponibilização do *recurso assistencial* de que ele necessita.

A proposta da Rede Cuidar, em funcionamento em quatro unidades de atenção especializada, basicamente está fundamentada no cuidado integral do usuário com estratificação do risco a partir da atenção primária, que fortalece o princípio da equidade, bem como na regulação da atenção à saúde e do acesso do usuário na Rede de Atenção. Este mecanismo de regulação estabelecido pela Rede Cuidar, por meio de Núcleos Internos de Regulação, zela por encaminhamentos corretos e, no momento certo, pela troca de informações entre serviços para continuidade da assistência na lógica da integralidade preconizada pelo SUS. Evita-se, assim, o fluxo anterior, no qual o usuário encaminhado ao especialista perdia o contato com o serviço de

---

22 ALBIERI, FAO [et. al.]. **Gestão de fila de espera da atenção especializada ambulatorial:** resgatando o passado e buscando um novo olhar para o futuro. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 2014, Relatórios de fila de espera e vagas ofertadas e SIGA-Saúde/SP.

origem, a atenção básica, ficando sob responsabilidade do especialista que, por sua vez, não possuía acesso à história do paciente e seu retorno aos cuidados da atenção primária dependia de novo encaminhamento ou solicitação de exames para agendamentos de consulta com outro especialista. Estas idas e vindas demoravam meses para a realização do exame ou consulta, o que vem sendo a cada dia regulado segundo as estratégias da Rede Cuidar.

Neste processo comunicacional entre os diferentes serviços, de complexidades também diferentes, a utilização do prontuário eletrônico é fundamental. A planificação da atenção primária é outra estratégia que vem sendo desenvolvida no Estado como parte de um processo de fortalecimento da atenção primária e das redes prioritárias. A unidade básica é a porta principal de entrada do Sistema, e o paciente é acolhido pela equipe que já conhece sua história e tem no prontuário uma potente ferramenta regulatória. Havendo necessidade de encaminhamento para o especialista, o paciente já sairá da unidade com sua consulta agendada e, ao ser atendido pelo especialista, seu histórico será acessado e o profissional também registrará suas observações, dados e informações clínicas, exames, planos terapêuticos, que passarão a ser visualizados também pelos médicos das unidades básicas, para dar seguimento em seu acompanhamento.

### **Considerações finais**

O Brasil, por sua grande extensão territorial, diversidade na infraestrutura e aspectos da economia, apresentou diferentes resultados relativos ao absenteísmo, conforme especificidades de suas regiões e dos tipos de serviços ofertados. Em cada serviço, foram identificados fatores peculiares à população assistida, especialidade demandada, acesso em função do local de residência, etc. Assim, as estratégias de redução do absenteísmo deverão ser estabelecidas em conformidade com as variáveis encontradas em cada serviço, região e Estado. Portanto cada gestor deve observar as particularidades do público a ser assistido, suas características socioeconômicas, demográficas e perfil epidemiológico para estruturar um planejamento consistente da oferta e do acesso. O conhecimento das causas e a extensão das consequências do absenteísmo permitem a tomada de decisões para a correção ou minimização de riscos que imputam no mínimo prejuízo econômico. Medir é instrumento imprescindível na administração dos serviços de saúde, razão pela qual estabelecer indicadores para aferir a dinâmica do absenteísmo e suas causas é uma decisão extremamente importante dos gestores do SUS.

A definição de estratégias que possam modificar este cenário de dificuldades exige a identificação dos fatos geradores do absenteísmo e, dentre eles, aqueles relacionados à gestão dos serviços e os que são inerentes ao

paciente, para que sejam implementadas diferentes estratégias que venham realmente transformar este panorama com a mitigação de seus impactos.

Diante do cenário econômico atual no país e no Estado, desafiador para os gestores de saúde, é necessário atentar para os mecanismos de gestão que contribuam para o controle de custos, evitando as perdas e otimizando os investimentos realizados. Deve-se trabalhar para o fortalecimento das ações na atenção primária, em que é possível estabelecer ações efetivas de promoção da saúde e prevenção de agravos e doenças; organização de fluxos assistenciais que proporcionem a articulação em redes de atenção, permitindo ao paciente transitar pelas complexidades dos serviços de saúde, com fluidez e resolutividade, que são essenciais para a garantia de acesso, a utilização dos serviços e a efetividade do cuidado à saúde do usuário nos serviços públicos de saúde.

### Referências:

- ALBIERI, FAO [et. al.]. **Gestão de fila de espera da atenção especializada ambulatorial**: resgatando o passado e buscando um novo olhar para o futuro. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 2014, Relatórios de fila de espera e vagas ofertadas e SIGA-Saúde/SP.
- BITTAR, O. J. N.[et. al.]. **Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo**. [internet]. Disponível em: [http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/gais-informa/outras-publicacoes-analises/absenteismo\\_ambulatorial.pdf](http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/gais-informa/outras-publicacoes-analises/absenteismo_ambulatorial.pdf). Acesso em: 04 dez. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sala de apoio à gestão da saúde. **Gestão / Financiamento. Gestão descentralizada**. Condição de Gestão, 2012.
- CANELADA, H. F.; LEVORATO, C. D.; CORTE, RIAS; DINIZ, E. E. S. Redução do absenteísmo através da gestão da agenda e do trabalho em rede. *In.: Anais do Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde*. Blucher Medical Proceedings, v. 1, n. 2, p. 145, 2014.
- CAVALCANTI, R. P.; CAVALCANTI, J. C. M; SERRANO, R. M. S. M.; SANTANA, P. R.; Absenteísmo de consultas especializadas no sistema de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa – PB, Brasil. *Rev Tempus Actas Saúde Col.*,v. 7, n. 2, p. 63-8, 2013.
- CHAN, K. C.; CHAN, D. B. *Targeting zero non-attendance in healthcare clinics*. *Stud Health Technol Inform.*, n. 182, p. 52-57, 2012.
- COUTTOLENC, B. Saúde em um click: Qual é o principal desafio do setor de saúde para os próximos anos? Melhores práticas em saúde, qualidade e acreditação. *Anaph.*, v. 14. n. 3, p. 66, 2014.

IZECKSHN, M. M. V.; FERREIRA, J. T. Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, Manguinhos, Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 32, p. 235-241, 2014.

MAZZA, T. O.; COSTA, A. L. Análise do absenteísmo de novos pacientes no hospital das clínicas da faculdade de medicina de Ribeirão Preto da universidade de São Paulo. SIICUSP 2014. **22º Simpósio Internacional de Iniciação Científica e Tecnológica da USP**. Universidade de São Paulo/Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto. 2014.

MIOTTO, M. H. M. B.; SANTOS, L. R.; FARIAS, C. M. L. Absenteísmo de usuários às consultas odontológicas em uma unidade de saúde da família. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v. 17, n. 4, p. 121-128, 2015.

TRISTÃO, F. I.; LIMA, R. C. D.; LIMA, E. F. A.; ANDRADE, M. A. C. Acessibilidade e utilização na atenção básica: reflexões sobre o absenteísmo dos usuários. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 18, n. 1, p. 54-61, 2016.

YOUSSEF, A. [et. al.]. *Effectiveness of text message reminders on nonattendance of outpatient clinic appointments in three different specialties: a randomized controlled trial in a Saudi Hospital*. **Journal of Taibah University Medical Sciences**, v. 9, n. 1, p. 239, 2014.

# GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM REDE: O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA E O PROGRAMA DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E SUAS INTERFACES ENTRE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

*Edilene Souza da Silva Neves<sup>1</sup>*

*Maria Angela Rosa Soares<sup>2</sup>*

*Maria Leda Oliveira De Muner<sup>3</sup>*

*“A pobreza deve ser entendida como a privação da vida que as pessoas realmente podem levar e das liberdades que elas realmente têm”.*

## **Introdução**

As políticas de proteção social no Brasil vêm se tornando, desde o início do século XXI, alvo de intensas e volumosas reflexões teóricas, metodológicas e empíricas, a partir de várias áreas do conhecimento, quando comparadas aos anos precedentes. Dois marcos fundamentais podem ser considerados impulsores dos debates: o Programa de Transferência de Renda Condicionada – o Programa Bolsa Família, sancionado pela Lei Federal n. 10.836/2004 – e a institucionalização do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), criado em 2005, e institucionalizado pela Lei Federal n. 12.435/2011. Ambos emergem na literatura acadêmica, em geral, como representantes de avanços e mudanças no campo da proteção social no Brasil.

Em abril de 2019, após empossado o novo governo, foi sancionado o Decreto Federal n. 9.759/2019, limitando a participação da sociedade civil na construção de políticas públicas e extinguindo vários conselhos que compunham o Plano Nacional de Participação Social. No entanto, o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) não foi eliminado, embora a extinção de conselhos que dialogavam de forma convergente e tinham participação efetiva para a construção conjunta de políticas públicas correlatas prejudiquem seu desempenho com a eficácia necessária.

---

1 Cientista Social. Doutoranda em Educação - Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Educacionais-NEPE. Bolsista CAPES. edilenesouzaneves@gmail.com

2 Cientista Social. Doutoranda em História Social das Relações Políticas do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Espírito Santo. arosasoares@yahoo.com.br

3 Pedagoga. Doutoranda em Educação. *Programa de Doctorado en Educación. Universidad de Sevilla. España.* demunerlm@hotmail.com



Porém, mesmo com a vulnerabilidade dos programas no presente momento, em razão da fragilização de investimentos em políticas sociais no governo vigente, considera-se o debate atual, tendo em vista que os dois programas consistem em pilares fundamentais para a garantia de direitos básicos à população pobre e extremamente pobre do país, vinculando-se por condicionalidades que envolvem as áreas de Saúde, Educação e Assistência Social.

Justifica-se a manutenção dos conceitos e das normas de funcionamento dos programas, que foram instituídos em governos anteriores, em razão de, até o presente momento, não haver mudanças significativas nas estruturas dos programas, exceto a extinção do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) e a transferência dos Programas para o atual Ministério da Cidadania.

Nesse sentido, os documentos oficiais originais esclarecem que o Programa Bolsa Família foi criado com o objetivo de combater a fome e a pobreza, promovendo a segurança alimentar e nutricional e o acesso aos serviços públicos e estimular o desenvolvimento socioeconômico do país. Para isso, pauta-se na articulação de três dimensões essenciais. A primeira delas refere-se ao alívio imediato da pobreza, por meio de transferência direta de renda às famílias. A segunda dimensão diz respeito ao reforço para a concretização do exercício dos direitos sociais básicos nos setores de Educação, Saúde e Assistência Social, rompendo o ciclo intergeracional da pobreza. Essa dimensão efetiva-se com o cumprimento das condicionalidades. A terceira dimensão caracteriza-se pelo apoio à capacitação das famílias, por meio da articulação com programas complementares de alfabetização, de geração de emprego e renda, entre outros.<sup>4</sup>

Considerando que uma das finalidades fundamentais do Programa Bolsa Família é a promoção da segurança alimentar e nutricional como um direito humano, foi criado o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), em 2003, como política do Governo Federal, que tem no seu escopo:

o combate à fome e à miséria no país, trilhando a construção da agenda da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) enquanto uma política de Estado, num amplo processo intersetorial e com participação da sociedade civil, definindo os marcos legais e institucionais dessa agenda – como a criação do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN); a recriação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA); a instalação da Câmara

---

4 Cf. Guias e Manuais 2010. Orientações para a Fiscalização e Controle Social do Programa Bolsa Família. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2010, p. 9. Disponível em <http://pdfc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/alimentacao-adequada/orientacoes-fiscalizacao-controle-social-bolsa-familia-20102010>. Acesso em 05/08/2019. Ver também: <http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/o-que-e>. Acesso em 05/08/2019.

Intersetorial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN); e a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN 2012/2015). O SISAN foi instituído em 2006 pela Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional com o objetivo de assegurar o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). Desde a sua criação, avanços legais e institucionais têm garantido a sua construção como estrutura responsável pela implementação e gestão participativa da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional em âmbito federal, estadual e municipal.<sup>5</sup>

Vale ressaltar que o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) havia sido extinto em janeiro de 2019, por meio de Medida Provisória do atual governo, tendo sido recriado em maio pela Comissão Mista do Congresso Nacional. O CONSEA se traduz em um importante instrumento de combate à fome e funciona como espaço de participação da sociedade civil na definição das prioridades da segurança alimentar no país. Este Conselho tem um papel significativo na construção do Plano Nacional de Segurança Alimentar e, segundo dados do Ministério, todas as Unidades Federativas fizeram a adesão ao SISAN e realizam suas conferências para consolidar essa política.

Para além da institucionalização, essas políticas sociais evidenciam, também, a complexidade e a historicidade das contradições e conflitos inerentes ao modelo econômico capitalista, uma vez que sua condição estrutural é a desigualdade de acesso às riquezas produzidas coletivamente, mas apropriadas individualmente. Comportam um campo de forças políticas e ideológicas que constituem os processos decisórios que criam as políticas, bem como as concepções, interesses, perspectivas, tradições e valores.

Como consequência, expõem o movimento histórico dos embates conflituosos de forças sociais antagônicas, na medida em que a tensão dentro desse campo de forças aumenta, na razão da maior intervenção do Estado no campo social, por ser este um caminho oposto à trajetória neoliberal no campo da política social.<sup>6</sup>

Processos de criação e consolidação de políticas sociais são constituídos em meio a uma intensa e múltipla dinâmica de relações de poder, na qual diferentes atores sociais são constituídos, interpelam-se, enfrentam-se e, assim, redefinem suas identidades e estratégias em processos constantes.<sup>7</sup>

---

5 Cf. <http://mds.gov.br/assuntos/seguranca-alimentar/direito-a-alimentacao/sistema-nacional-de-seguranca-alimentar-e-nutricional-sisan>. Acesso em 05/08/2019.

6 SPOSATI, Aldaíza. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. *In.: Conceção e Gestão da Proteção Social não contributiva no Brasil*. Brasília: MDS/UNESCO, 2009; JACCOUD, Luciana. Proteção Social no Brasil: debates e desafios. *In.: Conceção e Gestão da Proteção Social não contributiva no Brasil*. Brasília: MDS/UNESCO, 2009.

7 FLEURY, Sonia; OUVÉNEY, Assis Mafort. Política de Saúde: uma política social. *In.:*

No entanto, a despeito dos problemas históricos e contemporâneos, bem como das dificuldades de desenvolvimento e implantação do sistema de proteção social, o Brasil estabeleceu um marco divisório no processo de sua institucionalização, a partir de uma trajetória, sobretudo, legal. Ainda que incipiente, esse sistema tornou-se importante para o avanço na consolidação dos direitos denominados de terceira geração, segundo a clássica classificação de Marshal – os Direitos Sociais.<sup>8</sup>

Apesar do pouco tempo de operacionalização, estudos vêm comprovando uma relativa positividade na articulação entre o Programa Bolsa Família (2004) e a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), de 2006, ambos constitutivos do sistema de proteção social. O trabalho aqui proposto analisa as consonâncias entre essas duas políticas, a partir do desenho institucional do Programa Bolsa Família e suas condicionalidades quanto à saúde especificamente, possibilitando um acompanhamento estatal mais efetivo quanto à segurança alimentar e nutricional das pessoas em condição de extrema pobreza.

Como referencial teórico, este estudo se baseou nos ensinamentos de Fleury e Ouverney, que apresentam três modelos típicos ideais de política de proteção social, elencando suas principais características: *assistencialismo*, *seguro social* e *seguridade social*, os quais, por sua vez, constituem *status* de cidadania diferenciados: *invertida*, *regulada* e *universal*.<sup>9</sup> Propõe-se uma aproximação comparativa entre o desenho do Programa Bolsa Família e os modelos especificados pelos referidos autores, mostrando que aquele vem rompendo com o modelo de *assistencialismo* e, por decorrência, o *status* de *cidadania invertida*, que vigorou no Brasil por muito tempo, e avançando para o modelo de *seguridade social*, por consequência, modelo de *cidadania universal*.

Este estudo analisa as condições de produção da pobreza e da desigualdade social no Brasil, apontando que o fenômeno resulta de heranças de nossas estruturas sociais e históricas e que o que ficou assimilado na cultura social como *assistencialismo* é reflexo desse processo. No entanto, passa por transformações com a institucionalização do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o Programa de Transferência de Renda Condicionada – o Programa Bolsa Família. Com o seu desenho institucional, em articulação com a Política de Segurança Alimentar e Nutricional, esse programa possibilitou avanços efetivos na segurança alimentar das famílias beneficiárias do programa, como demonstram vários estudos, fortalecendo o caminho na construção de um modelo de cidadania universal.

---

GIOVANELLA, Lúcia (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2 ed. rev. amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012., p. 31.

8 Cf. MARSHAL, T. H. **Cidadania, classe social e status**. Cidadania, classe social e status. Rio de Janeiro: Zahar, 1967

9 FLEURY, Sonia; OUVERNEY, Assis Mafort. Política de Saúde: uma política social... *Op. cit.*

## Os modelos típicos ideais de proteção social propostos por Fleury e Ouverney

Para tecer uma análise sobre a Política de Saúde como uma Política Social, Fleury e Ouverney usam como instrumento metodológico a categoria de *tipo ideal*, conceito definido por Max Weber (1864-1920) como “esquemas mentais” construídos como “instrumento teórico analítico”, que têm como finalidade contribuir como referência para a compreensão de uma determinada realidade ou de um dado fenômeno social.<sup>10</sup> Trata-se de um conceito abstrato que não pretende ser avaliativo e nem funcionar como modelo de como o fenômeno analisado deveria ser, mas sim servir de referência para a compreensão do fenômeno a ser estudado.<sup>11</sup>

No caso específico do Programa Bolsa Família, o objetivo é verificar se as características gerais do programa se afastam ou se aproximam mais ou menos de um modelo ou de outro. O *tipo ideal*, segundo os autores, “organiza em grupos as características, que, em geral, aparecem em conjunto nos sistemas de proteção social”.<sup>12</sup> O objetivo é identificar distintos modelos de proteção para comparação e análise de realidades concretas.

Em outras palavras, cada sociedade responde à necessidade de criar políticas de proteção social de acordo com os valores compartilhados, com suas instituições, com a relação de maior ou menor peso do Estado, da sociedade e da comunidade. Em cada contexto singular, com uma dada relação de forças sociais, emergirá um modelo de proteção social peculiar àquela sociedade. Esses modelos podem ser analisados por suas semelhanças e diferenças em relação aos tipos já estudados.<sup>13</sup>

Os modelos definidos como tipos ideais, ao serem aproximados das políticas reais e das características que as compõem, podem apresentar desde elementos ideológicos e valorativos, até os organizativos e institucionais. Assim, diferentes modelos podem ser entendidos e classificados segundo suas manifestações reais, seus critérios de organização, suas institucionalidades.

O resultado de suas análises históricas, conforme já mencionado, apresentou os seguintes modelos: *a assistência social*, *o seguro social e a seguridade social* que, por sua vez, vão gerar “condições distintas de *status* atribuído de cidadania, tomando como base a articulação política Estado/Sociedade, derivando para cada modelo de proteção também um modelo de

---

10 FLEURY, Sonia; OOVERNEY, Assis Mafort. Política de Saúde: uma política social... *Op. cit.*

11 WEBER, Max. **Economia e Sociedade**. Brasília: Editora UNB, 1991.

12 FLEURY, Sonia; OOVERNEY, Assis Mafort. Política de Saúde: uma política social... *Op. cit.*, p. 31.

13 *Ibidem*.

cidadania: *cidadania invertida, cidadania regulada e cidadania universal*<sup>14</sup>.

Os autores elaboraram um quadro com as características fundamentais que os modelos históricos de proteção social concentram para estabelecer uma comparação com os modelos instituídos e inferir uma classificação.

No caso do Brasil, comparados os elementos históricos que marcaram a trajetória da consolidação da proteção social, vai-se verificando um paulatino movimento de transformação de um modelo de *assistencialismo*, que tem como medida a caridade, para o de *seguridade social*, que tem como medida a fruição de direitos. Este estudo parte da perspectiva de que o desenho do Programa Bolsa Família concentra várias características do modelo de Seguridade Social, por se configurar como política pública não só de inclusão social e redistribuição de renda, mas também como mecanismo de universalização da cidadania, a partir dos seus fundamentos de universalidade e equidade.

Parte-se do pressuposto de que, ao desvincular os benefícios das contribuições e estabelecer os princípios de universalidade e equidade, o desenho institucional do Programa o classifica como um modelo de cidadania universal, pois os benefícios são definidos como direitos sociais, possibilitando a redistribuição de renda.

### **Desigualdade social e regional no Brasil**

A desigualdade social é um fenômeno existente em todos os países, embora em proporções e dimensões diferenciadas pela gênese de construção social e histórica de cada sociedade, agravadas pelo modo de produção capitalista. Em sociedades estratificadas em classes, a desigualdade é desencadeada, principalmente, pela má distribuição de renda na população, com a concentração dos recursos nas mãos de uma minoria privilegiada da sociedade e esta, por deter o poder econômico, tende a ter mais facilidade de acesso aos direitos como educação, saúde, moradia, cultura, segurança, etc.

Porém é necessário entender que a desigualdade social não se restringe à desigualdade econômica e que, a partir desta, outras formas se apresentam como vulnerabilidades sociais, sendo: desigualdades raciais; desigualdades de gênero; pobreza em suas formas diversas decorrentes da divisão de classes; desigualdade de acesso ao mundo do trabalho, à qualidade da educação, aos serviços de saúde, saneamento básico, lazer, moradia, cultura; desigualdade de acesso aos espaços da cidade e seus serviços, dentre outros, tornando determinados grupos suscetíveis à exclusão da esfera dos direitos.

---

14 FLEURY, Sonia; OUVÉNEY, Assis Mafort. Política de Saúde: uma política social... *Op. cit.*, p. 31.

Nesta perspectiva, como o desenvolvimento econômico se concentrou, e ainda se concentra, na Região Sudeste, mais especificamente em São Paulo, são mantidas também as disparidades regionais. Apesar dos avanços ocorridos nas últimas décadas, o Brasil ainda possui uma grande concentração regional, tanto no que se refere à questão populacional quanto à questão econômica. Segundo dados do IBGE, apresentados no 22º Fórum de Debates Brasileiras.org - *Os novos polos de desenvolvimento*, a população de três estados do Sudeste representa mais de 40% do total de habitantes do país, sendo: São Paulo (21,63%), Minas Gerais (10,67%) e Rio de Janeiro (8,38%).<sup>15</sup>

A análise do desenvolvimento econômico aponta também que o país ainda concentra a força de sua economia no Sudeste, como pode ser observado pela distribuição do PIB por região. Considerando dados referentes ao período de 1995 e 2009, não houve avanços significativos na redistribuição das riquezas regionais. Nesse período, o Sudeste detinha 59,1% do PIB do país em 1995, e em 2009 detinha 55,3% do total. O Nordeste teve um aumento de 12% para 13,5%, e o Sul continuou no mesmo patamar: 16,2% em 1995 e 16,5% em 2009.<sup>16</sup>

Com relação à indústria, percebe-se que a concentração permanece desde as primeiras décadas da industrialização até os dias atuais, segundo os dados apresentados pelo IBGE: “O Estado de São Paulo detém 43% das indústrias de transformação do país, seguido pelo Rio de Janeiro com 6,6% e por Minas Gerais com 5,6%. Da mesma maneira, quase metade das indústrias de grande porte (49,08%) também se localiza no Sudeste.”<sup>17</sup>

Conforme pode ser observado pelos dados apresentados, a desconcentração da economia brasileira se processa de forma muito incipiente, não tendo reflexo nas desigualdades regionais, que apontam maiores investimentos em infraestrutura e em serviços públicos na região onde se concentra o maior PIB do país. A Região Sul também possui bons índices de desenvolvimento, embora desiguais em relação ao Sudeste, de acordo com o IBGE. As demais regiões necessitam de maior atenção das políticas públicas de assistência social, visando minorar as consequências da pobreza tanto econômica quanto multidimensional.

### **As diversas dimensões da pobreza**

O conceito de pobreza, em sua origem, confunde-se com carência material/econômica, apontando situação em que não há condições mínimas

---

15 Cf. <http://jornalgggn.com.br/blog/luisnassif/o-retrato-da-desigualdade-regional-no-brasil>. Acesso em 17/07/2015.

16 *Ibidem*.

17 *Ibidem*.

para aquisição dos bens indispensáveis à sobrevivência dos indivíduos. Nesse contexto, há o enfoque absoluto na fixação de padrões para um nível mínimo de necessidades, ou seja, como linha ou limite da pobreza e, assim, há como mensurar a porcentagem da população que se encontra nesse nível ou abaixo dele. Esse padrão de vida mínimo se apresenta sob diferentes aspectos, que podem ser nutricionais, de moradia, de vestuário, etc. e, em geral, é avaliado “segundo preços relevantes, calculando a renda necessária para custeá-los”.<sup>18</sup>

A pobreza relativa é definida como a situação em que o indivíduo possui itens diferenciados, quando relacionado a outros indivíduos, ou seja, o indivíduo tem “menos de algum atributo desejado em termos de renda ou condições favoráveis de emprego ou poder”. A pobreza relativa está relacionada à desigualdade na distribuição de renda e, portanto, possui um caráter ambíguo que se confunde com desigualdade social, embora sejam conceitos totalmente diferentes.<sup>19</sup>

Na contemporaneidade, amplia-se o conceito de pobreza, que passa a ser entendida como um fenômeno multidimensional. Esse conceito contempla variáveis mais amplas, considerando privações em diversas esferas da vida, além da privação material.<sup>20</sup> Propõe como compreensão que ser pobre não significa apenas privação material e insere “a falta de voz, de poder e de independência dos pobres, o que os sujeita à exploração; à propensão à doença; à falta de infraestrutura básica, à falta de ativos físicos, humanos, sociais e ambientais e à maior vulnerabilidade e exposição ao risco”. Ainda, segundo esses autores, “a pobreza pode ser definida como uma privação das capacidades básicas de um indivíduo e não apenas como uma renda inferior a um patamar pré-estabelecido”.<sup>21</sup>

Conforme afirma Sen (1999),

por “capacidade” entendem-se as combinações alternativas de funcionamentos de possível realização. Portanto, a capacidade é um tipo de liberdade: a liberdade substantiva de realizar combinações alternativas de funcionamentos ou a liberdade para ter estilos de vida diversos. Por exemplo, uma pessoa abastada que faz jejum por sua livre e espontânea vontade pode ter a mesma realização de funcionamento que uma pessoa pobre forçada a passar fome extrema. Porém a primeira pessoa possui um “conjunto capacitário” diferente do da segunda. A primeira pode escolher comer bem e ser bem nutrida de um modo impossível para a segunda.<sup>22</sup>

---

18 Cf <http://www.scielo.br/pdf/raeel/v1n2/v1n2a03>. Acesso em 18/07/2015.

19 *Ibidem*.

20 Crespo e Gurovitz, publicado na Revista Eletrônica da FGV - RAE-eletrônica, Volume 1, Número 2, jul-dez/2002,

21 CRESPO, Antônio Pedro Albernaz; GUROVITZ, Elaine. A pobreza como um fenômeno multidimensional. **RAE-eletrônica**, v. 1, n. 2, 2002.

22 SEN *apud* CRESPO, Antônio Pedro Albernaz; GUROVITZ, Elaine. A pobreza como um fenômeno multidimensional... *Op. cit.*, p. 5.

O conceito de pobreza multidimensional tem sido contemplado pelas políticas de intervenção na realidade brasileira, como aponta o estudo do Banco Mundial, sobre a redução da pobreza no Brasil, divulgado pelo MDS. O estudo em questão concluiu que

“a queda na pobreza multidimensional no país foi de 76% entre 2004 e 2012 e que a pobreza crônica, que considera privações além da renda, caiu de 6,7% para 1,6% da população no período de oito anos – entre 2004 e 2012”.<sup>23</sup>

Segundo a publicação do MDS,

a linha de extrema pobreza brasileira é de R\$ 77,00 mensais (equivalente a US\$ 1,25 diário). O trabalho, focado na pobreza multidimensional, considerou, além da renda, sete dimensões da pobreza, sendo elas: a) se as crianças e adolescentes até 17 anos estão na escola; b) os anos de escolaridade dos adultos; c) o acesso à água potável; d) saneamento; e) eletricidade; f) condições de moradia e, finalmente, g) a bens, como telefone, fogão e geladeira.<sup>24</sup>

Para análise da realidade brasileira, a pobreza é considerada crônica quando são registradas privações em pelo menos quatro das sete dimensões.<sup>25</sup>

Os dados referidos sinalizam a adoção de parâmetros mais ampliados para implementação das políticas de assistência social no Brasil, apontando que, até a data avaliada, as ações conseguiram minimizar a pobreza crônica.

### **Programas de transferência de renda: seguridade social ou assistencialismo?**

A prática da assistência, sob a perspectiva da solidariedade, faz parte da história desde os primórdios da humanidade, conforme aponta Graziela Carvalho (2008). Os grupos vulneráveis desde sempre são percebidos como incômodos e, por conseguinte, oferecedores de risco para a harmonia da sociedade. Assim se justifica a benemerência solidária que acaba por se constituir em formas de dominação e controle dos sujeitos “perigosos”.

Com o advento do capitalismo e a consequente urbanização e estratificação da sociedade em classes sociais, a pobreza se torna um problema social, uma vez que se apresenta, de forma visível, no cotidiano das cidades, como decorrência da precarização do trabalho e das condições de vida

---

23 MDS, POBREZA MULTIDIMENSIONAL.

24 *Ibidem*.

25 Cf. <http://www.mds.gov.br/saladeimprensa/noticias/2014/setembro/brasil-reduziu-a-pobreza-em-suas-varias-dimensoes-revelou-estudo-do-banco-mundial>. Acesso em 18/07/2015.



desiguais e adversas para a grande maioria dos sujeitos, os quais só possuem a força de trabalho para dispor em troca do salário.

Nesse contexto, a assistência estatal se apresenta como caridade, atrelada a instituições religiosas e destinada aos “incapazes” de ascender economicamente em um modo de produção que pressupõe a “liberdade de concorrência”. Assim, a pobreza não é percebida como construção social, mas como “disfunção pessoal dos indivíduos”.<sup>26</sup>

Na modernidade, então, o excluído se torna responsável pela própria exclusão. Sposati afirma que

os pobres eram considerados como grupos especiais, párias da sociedade, frágeis ou doentes. A assistência se mesclava com as necessidades de saúde, caracterizando o que se poderia chamar de binômio de ajuda médico-social. Isto irá se refletir na própria constituição dos organismos prestadores de serviços assistenciais, que manifestarão as duas faces: a assistência à saúde e a assistência social. O resgate da história dos órgãos estatais de promoção, bem-estar, assistência social, traz, via de regra, esta trajetória inicial unificada.<sup>27</sup>

Nesse cenário, surgem as Santas Casas de Misericórdia como hospitais de acolhimento aos pobres, e a assistência tem caráter de beneficência e “ajuda aos carentes”. Essa percepção destitui os pobres da condição de cidadãos e os remete à categoria de “necessitados” da caridade pública e privada, uma vez que são “incapazes” de suprir as próprias necessidades e de suas famílias. É o momento histórico em que vigora a “assistência”.

No Brasil, a política social tem início nos anos 1930, com a regulamentação da relação capital-trabalho, corroborando os demais países no estabelecimento do patamar civilizatório, no período histórico conhecido como a “era Vargas”. Segundo José Murilo de Carvalho a concessão dos direitos trabalhistas pelo Estado, nesse período, dá-se com o objetivo de minimizar a luta de classes, com o Estado interferindo de forma autoritária na relação capital-trabalho e produzindo uma *cidadania regulada* ou *cidadania concedida*.<sup>28</sup>

Esta proposição do Estado promoveu a inversão da pirâmide dos direitos estabelecida por Marshall, pois concede os direitos sociais, via direitos trabalhistas, em um momento histórico em que estão suprimidos os direitos políticos e relativizados os direitos civis, práticas comuns em regimes

---

26 CARVALHO, Graziela Figueiredo de. **A assistência social no Brasil**: da caridade ao direito. Monografia (Graduação em Direito). PUC-Rio. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em <http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/11992/11992.PDF>. Acesso em julho, 2015.

27 SPOSATI *apud* CARVALHO, Graziela Figueiredo de. **A assistência social no Brasil...** *Op. cit.*, p. 12.

28 CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

de exceção. Essa inversão pode explicar, pelo menos em parte, o relativo desinteresse do brasileiro na participação política e a maior valorização do Poder Executivo em relação aos demais poderes.

Ainda nos dias atuais, percebe-se o reflexo dessa decisão quando se identifica que grande parte do povo brasileiro associa direitos sociais como restritos a direitos trabalhistas, pois os benefícios sociais foram estruturados em torno do emprego (trabalho formal), de forma excludente. Isso porque atendia aos trabalhadores urbanos, não contemplando os trabalhadores rurais que se mantinham no trabalho informal, sem vínculo empregatício, logo, destituídos dos direitos sociais e permanecendo como assistidos pela “caridade das instituições filantrópicas”, pois a assistência social legitimada não era visível até esse momento.

Segundo Carvalho,<sup>29</sup> em 1938, instituiu-se o Conselho Nacional de Serviço Social, mas os usuários desse serviço não possuíam direito de opinar sobre os projetos de enfrentamento à pobreza. Sposati, afirma que

no pensamento idealizado liberal permanecia a idéia [sic] moral pela qual atribuir benefícios ao trabalhador formal era um modo de disciplinar e incentivar a trabalhar o trabalhador informal, tido por vadio. [...] a moral republicana liberal – mesclada à ditadura varguista – entende que os notáveis é que dialogariam com entidades sociais sobre os mais pobres. Nem pensar em relações democráticas ou na presença da voz dos usuários para dizer de si. Eles precisavam ser vocalizados por outros. É a grande e persistente desconfiança com o que dizem os usuários da assistência social que precisa ser rompida..<sup>30</sup>

Apesar das mudanças sociais, culturais e políticas pelas quais passou o Brasil nos anos subsequentes à era Vargas, a assistência social permaneceu no mesmo patamar, com ações isoladas, focalizadas na ideologia da caridade e longe da consolidação como direito social universal. Segundo Carvalho, “as heranças clientelista e patrimonialista estatais impediam que se rompesse com a natureza assistencialista das políticas sociais. O ‘dever trabalhar’ permanecia sendo a base para o acesso à maioria dos direitos sociais”.<sup>31</sup>

A assistência social só vai adquirir o *status* de “direito de cidadania” com a Constituição Federal de 1988 que, em seu Art. 3º, elenca os objetivos fundamentais do Estado, quais sejam:

Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

I - construir uma sociedade livre, justa e solidária;

---

29 CARVALHO, Graziela Figueiredo de. *A assistência social no Brasil... Op. cit.*

30 SPOSATI *apud* CARVALHO, Graziela Figueiredo de. *A assistência social no Brasil... Op. cit.*, p. 16.

31 CARVALHO, Graziela Figueiredo de. *A assistência social no Brasil... Op. cit.*, p. 17-19.

II - garantir o desenvolvimento nacional;

III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;

IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Com esse dispositivo constitucional, a assistência social no Brasil, oficialmente, descola-se do caráter “assistencialista”, ao qual até então esteve atrelada culturalmente, e adquire o *status* formal de “direito” devido a todo cidadão que dela necessitar.

No contexto da proposta deste estudo, ao se definir o Programa Bolsa Família como identificado ao modelo de proteção social configurado como Seguridade, é necessário compreendê-lo como uma política pública de garantia de direitos assegurada pelo Estado, pressupondo o princípio de justiça social universalizada, que visa corrigir as desigualdades históricas impostas aos indivíduos, famílias e/ou grupos vulneráveis e não como política de assistência direcionada aos “pobres e carentes”. Configura-se, assim, como uma política social destinada a todos(as) os(as) cidadãos(ãs), legitimada pela Constituição Federal de 1988.

A garantia de direitos remete à consideração do conceito de vulnerabilidade social, que supera o conceito de pobreza relativa e absoluta, e se aproxima do que se define como pobreza multidimensional, mais adequado ao que determina o Art. 3º da CF. Nesse contexto, vulnerabilidade social não se refere a condições inatas ou naturais, como historicamente se tem entendido no Brasil, mas às condições construídas socioculturalmente e que devem ser enfrentadas pelo Estado e pela sociedade civil, em todas as suas dimensões.

De acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, o conceito de vulnerabilidade e risco social pode ser assim entendido:

a vulnerabilidade de um indivíduo, família ou grupos sociais refere-se à maior ou menor capacidade de controlar as forças que afetam seu bem estar, ou seja, a posse ou controle de ativos que constituem os recursos requeridos para o aproveitamento das oportunidades propiciadas pelo Estado, mercado ou sociedade: a) físicos – meios para o bem estar – moradia, bens duráveis, poupança, crédito; b) humanos: trabalho, saúde, educação (capacidade física e qualificação para o trabalho); e c) sociais – redes de reciprocidade, confiança, contatos e acessos à informação. Assim, a condição de vulnerabilidade deve considerar a situação das pessoas e famílias a partir dos seguintes elementos: a inserção e estabilidade no mercado de trabalho, a debilidade de suas relações sociais e, por fim, o grau de regularidade e de qualidade de acesso aos serviços públicos ou outras formas de proteção social.<sup>32</sup>

---

32 BRASIL *apud* ESPIRITO SANTO. Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos. **Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos no Estado do Espírito Santo**: conceitos, situação atual e orientações gerais. Vitória/ES, 2014, p. 16-17

Nesse sentido, a vulnerabilidade não está relacionada apenas ao contexto de carência econômica, mas inclui a fragilização de vínculos, o que estabelece a necessidade de considerar a atenção às vulnerabilidades materiais e relacionais, principalmente no que se refere aos vínculos familiares e comunitários. Nessa linha de pensamento, leciona Luciana Jaccoud:

o PBF tem sido progressivamente fortalecido para operar como um instrumento de promoção da equidade. Dialoga, assim, com o pilar do SBPS voltado ao enfrentamento de desigualdades associadas a públicos específicos, submetidos a processos de apatização, discriminação, segregação ou tratamento diferenciado que constroem direitos e oportunidades.<sup>33</sup>

Pensar políticas públicas de assistência social, na perspectiva de garantia de direitos e considerando o conceito de vulnerabilidade, pressupõe a ampliação do conceito de pobreza para além de *pobreza econômica*, que remete à carência material, e demanda ampliação para o sentido de *pobreza multidimensional*. Esta engloba, além das necessidades materiais, novas dimensões da vida social que impactam o exercício da cidadania desses sujeitos, remetendo, inclusive, às necessidades explicitadas pelos próprios destinatários das políticas, a partir de suas condições socioculturais, ambientais e suas visões de mundo.

### Os programas de transferência de renda

No ano de 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU), dentro do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (PNUD), Chefes de Estado e de Governo aprovaram a Declaração do Milênio. A seção III dessa Declaração foca o tema “Desenvolvimento e erradicação da pobreza” e foi o principal documento de referência para a formulação dos Objetivos do Milênio. Esses Objetivos representam uma parceria entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento, tendo em vista criar um clima, tanto a nível nacional como mundial, que conduza ao desenvolvimento e à eliminação da pobreza.<sup>34</sup>

Dentre os objetivos, o número 1, “Reduzir a pobreza”, assumiu a centralidade dos debates e agendas acerca da erradicação da pobreza em vários países, principalmente os países emergentes. Segundo Neme [*et. al.*], entre os anos de 2005 e 2008, em todo o mundo emergente, houve uma queda

---

33 JACCOUD, Luciana. Programa Bolsa Família: proteção social e combate à pobreza no Brasil. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 64, n. 3, p. 297, 2013.

34 Os objetivos definidos foram: 1. Reduzir a pobreza extrema e a fome; 2. Alcançar o ensino primário universal; 3. Promover a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres; 4. Reduzir a mortalidade infantil. 5. Melhorar a saúde materna; 6. Combater o VIH/SIDA, a malária e outras doenças; 7. Garantir sustentabilidade ambiental; 8. Criar uma parceria mundial para o desenvolvimento. <http://www.unric.org/pt/objectivos-de-desenvolvimento-do-milenio-actualidade>. Acesso em 27/01/2016.

na porcentagem de pessoas vivendo em extrema pobreza, sendo a primeira redução num período de três anos, desde que o Banco Mundial começou a publicar o índice.<sup>35</sup> Várias variáveis podem entrar nos diferentes níveis de análise, mas há um consenso de que esse resultado se deve, em grande medida, aos Programas de Transferência de Renda.

### Programas de Transferência de Renda (PTR)

são sistemas de proteção e assistência social que envolvem repasse de recursos monetários a famílias, indivíduos ou comunidades de recursos escassos, na forma de transferências governamentais.<sup>36</sup>

Podem ser considerados também sistemas de seguro social, por conterem riscos sociais em eventuais adversidades. Existem dois tipos gerais de programas de transferência de renda:

a Transferência de Renda Condicional, modalidade mais amplamente adotada, transfere renda sob condição do cumprimento, por parte dos beneficiários, das contrapartidas, também chamadas de corresponsabilidades e condicionalidades. De modo geral, elas ocorrem na forma de capital humano, ou seja, o cumprimento perceptível de metas em educação, saúde e nutrição. A Transferência de Renda Não Condicional, por sua vez, dispensa a existência de uma contrapartida. Seus defensores argumentam que as corresponsabilidades não seriam necessárias, pois o mecanismo de transferência de renda levaria, por si só, à melhoria dos níveis de capital humano.<sup>37</sup>

O Programa Bolsa Família é um Programa de Transferência de Renda Condicionada (PTRC), de natureza não contributiva, que visa garantir uma renda à população pobre. Alcança, principalmente, aquelas famílias cujos membros adultos estão em idade economicamente ativa e participam do mercado de trabalho. O valor que a família recebe por mês é a soma de vários tipos de benefícios e estes dependem da composição familiar (número de pessoas, idades, presença de gestantes, etc.) e da renda da família beneficiária.

## Tipos de benefícios concedidos pelo PBF – 2019

Segundo o Ministério da Cidadania, Secretaria Especial do Desenvolvimento Social, o valor que cada família recebe do Programa depende da renda mensal por pessoa e da composição familiar, isto é, se há

---

35 NEME, Flavia [et. al.]. **Programas de transferência de renda: um paradigma em proteção social e combate à pobreza.** Simulação das Nações Unidas para Secundaristas, 2013, p. 291.

36 CECCHINI [et. al.]. *apud* NEME, Flavia [et. al.]. **Programas de transferência de renda...** *Op. cit.*, p. 292.

37 *Ibidem*, p. 297.

crianças, adolescentes, jovens, mulheres grávidas ou que estão amamentando, conforme o quadro 1.

Quadro 1: Tipos de benefícios concedidos pelo PBF - 2019	
<b>Benefício Básico</b>	Concedido às famílias em situação de extrema pobreza (com renda mensal de até R\$ 89,00 por pessoa). O auxílio é de R\$ 89,00 mensais.
<b>Benefícios Variáveis:</b>  Destinado às famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza que tenham em sua composição gestantes, nutrizes (mães que amamentam), crianças e adolescentes de 0 a 15 anos. O valor de cada benefício é de R\$ 41,00 e cada família pode acumular até 5 benefícios por mês, chegando a R\$ 205,00.	1. Benefício Variável Vinculado à Criança ou ao Adolescente de 0 a 15 anos: Destinado às famílias que tenham em sua composição crianças e adolescentes de 0 a 15 anos de idade. O valor do benefício é de R\$ 41,00.
	2. Benefício Variável Vinculado à Gestante: Destinado às famílias que tenham em sua composição gestante. Podem ser pagas até nove parcelas consecutivas a contar da data do início do pagamento do benefício, desde que a gestação tenha sido identificada até o nono mês. O valor do benefício é de R\$ 41,00.
	3. Benefício Variável Vinculado à Nutriz: Destinado às famílias que tenham em sua composição crianças com idade entre 0 e 6 meses. Podem ser pagas até seis parcelas mensais consecutivas a contar da data do início do pagamento do benefício, desde que a criança tenha sido identificada no Cadastro Único até o sexto mês de vida. O valor do benefício é de R\$ 41,00.
	4. Benefício Variável Jovem: Destinado às famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza e que tenham em sua composição adolescentes entre 16 e 17 anos. O valor do benefício é de R\$ 48,00 por mês e cada família pode acumular até dois benefícios, ou seja, R\$ 96,00.
<b>Benefício para Superação da Extrema Pobreza – BSP</b>	Destinado às famílias em situação de extrema pobreza. Cada família pode receber um benefício por mês. O valor do benefício varia em razão do cálculo realizado a partir da renda por pessoa da família e do benefício já recebido no Programa Bolsa Família.
<b>OBSERVAÇÃO</b>	As famílias em situação de extrema pobreza podem acumular o benefício Básico, o Variável e o Variável Jovem, até o máximo de R\$ 372,00 por mês. Como também, podem acumular 1 (um) benefício para Superação da Extrema Pobreza.

Elaboração Própria. Fonte: Caixa Econômica Federal, 2019.

Segundo Jaccoud, esse programa é entendido como um programa do campo da assistência social e, por consequência, da seguridade social devida pelo Estado “a quem dela necessita” e se caracteriza por: a) ser um benefício não contributivo; b) operar no âmbito da segurança de renda; c) ter cobertura universal no grupo beneficiário; d) não contrariar os princípios que regem a seguridade social expressos no artigo 194 da Constituição Federal.<sup>38</sup> Mas, em que pese ser um benefício assistencial, o PBF não se confunde como seguro social.

### As condicionalidades do Programa Bolsa Família

Segundo a Lei Federal n. 10.836/2004, o cidadão que ingressa no Programa Bolsa Família assume o compromisso de cumprir as condicionalidades nas áreas de educação e saúde, quais sejam:

Manter as crianças em idade escolar na escola, com frequência mínima de 85% para os com idade entre seis e 15 anos e 75% para os de 16 e 17 anos;

Cumprir cuidados básicos com a saúde: 1. Atendimento ao calendário de vacinação para crianças entre 0 e sete anos; 2. Fazer acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento; 3. Cumprir agenda pré e pós-natal para gestantes e mães em amamentação;

Frequência às atividades do Serviço de Fortalecimento de Vínculos do Peti – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil.<sup>39</sup>

As condicionalidades ou não condicionalidades foram temas recorrentes de debates sobre os programas de transferência de renda. Segundo Currello [et. al.], duas das críticas mais recorrentes são: a) pelo fato de se basearem em políticas universais, as condicionalidades não têm impacto efetivo sobre o acesso aos serviços por parte da população pobre e; b) as condicionalidades acabam por punir as famílias mais vulneráveis entre as beneficiárias do PBF.<sup>40</sup>

A mesma autora responde que o acesso a políticas públicas em geral pela população mais pobre deriva de várias variáveis que vão desde aspectos ligados à localidade em que residem até a oferta dos equipamentos públicos, ou à dinâmica familiar, dentre outros. Daí a importância de um Sistema Integrado de Acompanhamento de Condicionalidades. No campo da Educação, por exemplo, foi exatamente por causa do acompanhamento que se verificou,

---

38 JACCOUD, Luciana. Proteção Social no Brasil: debates e desafios. In.: **Concepção e Gestão da Proteção Social não contributiva no Brasil**. Brasília: MDS/UNESCO, 2009, p. 13.

39 BRASIL. **A construção da política nacional de segurança alimentar e nutricional**. Olinda, PE: II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Relatório Final, 2004.

40 CURRALERO, Claudia Baddini [et. al.]. As condicionalidades do programa bolsa família. In.: CASTRO, Jorge Abrahão de; MODESTO, Lucia. **Bolsa família 2003-2010: avanços e desafios**. Brasília: IPEA, 2010.

entre abril e maio de 2010, que mais de 6 mil crianças e adolescentes estavam sem oferta de serviços educacionais e que cerca de 50 mil estavam deixando de frequentar a escola por motivos de gravidez na adolescência, outros por necessidade de cuidar dos irmãos mais novos e outras questões.<sup>41</sup>

A concessão da transferência de renda às famílias é vinculada à comprovação de conformidade às condicionalidades. Para o cancelamento do programa são necessários reiterados não cumprimentos dessas, num período de um ano e meio, para que ocorra o desligamento da família do PBF. Segundo Jaccoud, o caráter condicionado dos benefícios do Programa, no que se refere a famílias com crianças, pode ser interpretado como uma restrição desse novo patamar de seguridade.<sup>42</sup> No entanto, as condicionalidades não têm sido usadas em seu potencial punitivo, e sim geridas em favor da inserção dos membros dessas famílias em outros campos da política social. O acompanhamento das condicionalidades desenvolveu-se de forma intersetorializada, estabelecendo ações conjuntas entre o MDS, o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS).

## Formas de acompanhamento das condicionalidades e efeitos de seus descumprimentos

Quando uma família descumpre os compromissos do Programa Bolsa Família, são aplicados efeitos que podem causar repercussão nos benefícios. Esses efeitos são gradativos e variam conforme o histórico de descumprimento da família. No sistema de controle SICON, o gestor municipal tem acesso a todos os descumprimentos e repercussões sobre o benefício de determinada família. Os efeitos dos descumprimentos são: **Advertência**: a família é comunicada de que algum integrante deixou de cumprir condicionalidades, mas não deixa de receber o benefício. **Bloqueio**: o benefício fica bloqueado por um mês, mas pode ser sacado no mês seguinte junto com a nova parcela. **Suspensão**: o benefício fica suspenso por dois meses, e a família não poderá receber os valores referentes a esse período; **Cancelamento**: a família deixa de participar do PBF.<sup>43</sup>

## As condicionalidades e a Segurança Alimentar e Nutricional

As condicionalidades da Saúde se coadunam diretamente com a Política de Segurança Alimentar e Nutricional, quando observadas as diretrizes 1, 4 e 5, conforme abaixo:

---

41 CURRALERO, Claudia Baddini [et. al.]. As condicionalidades do programa bolsa família... *Op. cit.*, p. 155.

42 JACCOUD, Luciana. Proteção Social no Brasil... *Op. cit.*, p. 13.

43 Cf. <http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/gestao-do-programa/condicionalidades/condicionalidades>. Acesso em 05/08/2019.



A Diretriz 1 propõe: “*Promoção do acesso universal à alimentação adequada e saudável, com prioridade para as famílias e pessoas em situação de insegurança alimentar e nutricional*”. Tendo como foco as famílias que se encontram em condição de extrema pobreza, o Programa Bolsa Família atua como um grande instrumento de alcance a essas pessoas.

A Diretriz 4 propõe: “*Promoção, universalização e coordenação das ações de segurança alimentar e nutricional voltados para quilombolas e demais povos e comunidades tradicionais, povos indígenas e assentados da reforma agrária*”. Tendo como princípios fundamentais a universalidade, a igualdade e a equidade, o PBF visa à promoção da equidade, utilizando as políticas públicas para redução das diferenças socialmente injustificáveis, a fim de combater discriminações, às quais estão sujeitas grandes parcelas dessa população, considerando os seguintes fundamentos: empoderamento da mulher, redução dos hiatos de pobreza entre negros, pardos em relação à população branca, redução dos hiatos de pobreza entre povos indígenas e populações tradicionais em relação aos grupos majoritários.

A Diretriz 5 propõe: “*Fortalecimento das ações de alimentação e nutrição em todos os níveis de atenção à saúde, de modo articulado às demais políticas de segurança alimentar*”. Os processos de atenção básica do SUS, a partir da intersetorialidade, possibilitam o reconhecimento dos ganhos obtidos com a vinculação das famílias socialmente vulneráveis com o acesso aos serviços básicos de saúde. Essa consonância, segundo Currello, é facilmente vista quando este nível de atenção primária à saúde e de alimentação e nutrição do SUS, atuando de forma territorializada, possibilita uma vigilância nutricional das crianças, gestantes e nutrizes.<sup>44</sup>

Alguns estudos têm comprovado que a articulação entre as condicionantes da saúde do Programa Bolsa Família favorece um acompanhamento mais efetivo da condição de insegurança alimentar que atinge parcela significativa de famílias que vivem em condição de pobreza. Em junho de 2008, foi publicado o primeiro Relatório Técnico sobre as Repercussões do Programa Bolsa Família na Segurança Alimentar e Nutricional das Famílias Beneficiárias.

O estudo baseou-se em uma amostra estratificada por macrorregiões, estados e municípios, segundo *status* de grande, médio e pequeno porte. A partir de combinação de metodologias quantitativas e qualitativas, o relatório apontou positivamente de vários níveis na Segurança Alimentar e Nutricional.

Segall-Correa [*et. al.*], tendo como parâmetro de dados a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2004 e usando três modelos de regressão logística e método *stewise*, concluíram que houve um aumento em

---

<sup>44</sup> CURRALERO, Claudia Baddini [*et. al.*]. As condicionalidades do programa bolsa família... *Op. cit.*

torno de 8% na chance de segurança alimentar na família, para cada 10 reais de acréscimo nos valores de transferências sociais. Concluíram o trabalho informando que as análises demonstram, de forma consistente, os efeitos dos programas sociais de transferência de renda na redução da insegurança alimentar.<sup>45</sup>

Duarte [et. al.], tendo como base o método de *Propensity Score Matching*, desenvolveram um estudo com famílias beneficiárias do programa e verificaram que 88% do valor do benefício é utilizado com consumo de alimentos, desmontando mitos sobre a não sapiência das famílias pobres no uso do dinheiro.<sup>46</sup>

Cota e Machado desenvolveram uma revisão de literatura a partir de uma amostra de 10 estudos sobre o Programa Bolsa Família e a segurança alimentar no que se refere à qualidade sanitária. Concluíram que programas de transferência de renda podem contribuir para o bem-estar, quando combinados com outras ações, como a promoção de uma alimentação saudável, uma vez que três estudos apontaram um aumento calórico nos beneficiários.<sup>47</sup>

Burlandy, analisando as interações entre Programas de Transferência de Renda Condicionada e a Segurança Alimentar e Nutricional, concluiu que, do ponto de vista estratégico, é fundamental para a segurança alimentar.<sup>48</sup>

## Redes de Políticas Públicas: desafios de gestão

Conforme pode ser observado, na configuração das políticas públicas de seguridade social descritas neste trabalho, elas são traçadas estrategicamente de forma inter e transinstitucional, caracterizando uma rede de funcionamento que envolve diferentes órgãos governamentais, diferentes instâncias de governo, diferentes atores e, para que os resultados sejam positivos, conforme o esperado, é necessário que seja mantido o foco no objetivo comum, em uma relação empática fundada no consenso.

---

45 SEGALL-CORRÊA, Ana Maria [et. al.]. Transferência de renda e segurança alimentar no Brasil: análise dos dados nacionais. **Revista de Nutrição**, Campinas, n. 21(Suplemento), p. 39-51, 2008

46 DUARTE, G. B.; SAMPAIO, B.; SAMPAIO, Y. Programa Bolsa Família: impacto das transferências sobre os gastos com alimentos em famílias rurais. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 47, p. 903-918, 2009.

47 COTTA, R. M. M. & MACHADO, J. C. Programa Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional no Brasil: revisão crítica da literatura. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 33, n. 1, 2013.

48 BURLANDY, Luciente. Transferência condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, 2007.

Este processo de atuação em rede é um fenômeno recorrente hodiernamente nas organizações, sejam governamentais ou empresariais, haja vista a dinâmica que os novos tempos exigem, que reporta a uma estrutura menos vertical, com responsabilidades compartilhadas horizontalmente. Essa nova dinâmica requer maturidade gerencial, no sentido de abertura para atuação de forma coletiva, com decisões tomadas a partir de consensos e negociações. Essas práticas, portanto, não permitem centralização de poder e resistência ao diálogo.

Segundo Fleury, trata-se de modelo de gestão que requer interesses compartilhados, em que a cooperação é fundamental para alcançar as metas comuns e, com isso, “os processos de decisão, planejamento e avaliação ganham novos contornos e requerem outra abordagem, quando se trata de estruturas gerenciais policêntricas”.<sup>49</sup> Seguindo o raciocínio da autora, trata-se de uma modalidade de organização administrativa que, para ter sucesso, necessita de uma visão gerencial plural e descentralizada. Em organizações autoritárias, sejam relativas ao poder público ou à esfera privada, que remetem à centralização do poder, não há possibilidade do modelo de gestão em redes funcionar adequadamente. Nesse sentido, aduz a autora que:

As redes de políticas sociais são um instrumento fundamental para a gerência das políticas sociais em contextos democráticos, permitindo a construção de novas formas de coletivização, socialização, organização solidários e coordenação social. Nesse sentido, as redes transcendem o papel de um mero instrumento gerencial, na medida em que permitem gerar relações baseadas na confiança (capital social) e processos gerenciais horizontalizados e pluralistas (esfera pública democrática).<sup>50</sup>

Considerando o modelo institucional do Programa Bolsa Família, que envolve Ministérios diversos, assim como instâncias diversas de governo, quais sejam, federal, estadual e municipal, amparados na estrutura do Sistema Único de Assistência Social, cujas políticas se inscrevem de forma interdependentes nas mais variadas instâncias, sua gestão demanda interlocução entre atores e gestores institucionais, bem como o compromisso de todos os envolvidos.

Assim, definir o papel do gestor das redes de políticas é fundamental para que não haja impactos negativos e resultados não esperados, pois, por envolver órgãos diversos, em estrutura horizontalizada, a definição dos papéis e funções de cada um dos atores é fundamental. A gestão pode ser compartilhada ou centrada em um líder, eleito pelo grupo, e mediada por subcoordenações, ou mesmo ser exercida por um mediador. O que não funciona em gestão de redes políticas são os padrões tradicionais, pois os gerentes de redes atuam em

---

49 FLEURY, Sonia. Redes de políticas: novos desafios para a gestão pública. *Revista Administração em Diálogo – RAD.*, v. 7, n. 1, p. 77-89, 2005.

50 *Ibidem*, p. 87.

ambientes multifacetados e diversos culturalmente. Logo, essa característica difusa impede uma gestão eficaz do conjunto dos atores.

Em razão das políticas aqui analisadas, serem descentralizadas em vários órgãos, Fleury, aponta que há tendência de apresentar as dificuldades gerenciais inerentes ao processo de gestão pública quando atua em unidades policêntricas. Assim, torna-se imprescindível atentar para a necessidade de geração de consensos, a fim de que a desigualdade de poder não dificulte a operacionalização dessas políticas e venha a ameaçar as condições de governabilidade.<sup>51</sup>

### Considerações Finais

A trajetória de consolidação de Direitos Sociais no Brasil vem acompanhada, sobretudo, de muitos embates, controvérsias, mas também avanços fortes e prementes que apontam para um processo de consolidação da cidadania universal. Estas autoras se coadunam com a perspectiva que Pereira aponta acerca dos elementos fundamentais que as políticas sociais não podem perder de vista.<sup>52</sup> O primeiro deles é o elemento *racional*, que responde pelo processo – conflituoso – de tomada de decisões coletivas, com vistas à definição de ações voltadas para a satisfação sistemática, continuada e previsível de necessidades sociais, mas também gestão e aplicação de recursos que exigem definição de prioridades, estratégias e metas como forma de otimizar a satisfação das necessidades humanas básicas. O elemento *ética* responde pelo princípio fundamental da justiça social, especificando, sobretudo, a responsabilidade moral do Estado para com as iniquidades, mazelas, calamidades e violações da dignidade humana derivadas da miséria e pobreza, como também da ignorância que colocam as pessoas em condição de subalternidade e sem perspectivas. E, por último, o elemento *cívico*, que vincula de forma inequívoca a assistência social à cidadania, como meio de concretização dos direitos sociais como dever do Estado de prover benefícios e respostas às necessidades sociais.

Entende-se que o Programa Bolsa Família contribui para a institucionalização desses três elementos no Sistema de Proteção Social brasileiro. Há muito ainda que avançar, mas esse primeiro passo tem se definido como um caminho sem volta quanto à retirada de milhões de pessoas da condição de extrema pobreza.

---

51 FLEURY, Sonia; OUVÉREY, Assis Mafort. Política de Saúde: uma política social... *Op. cit.*, p. 87-88.

52 Cf. PEREIRA, Potyara A. P. **Necessidades humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

## Referências:

BURLANDY, Luciente. **Transferência condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional**. Ciência & Saúde Coletiva vol.12 n.6 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2007.

CARVALHO, Graziela Figueiredo de. **A assistência social no Brasil: da caridade ao direito**. Monografia apresentada no curso de Direito da PUC-Rio. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em <http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/11992/11992.PDF>. Acesso em julho, 2015.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

COTTA, R. M. M. & MACHADO, J. C. **Programa Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional no Brasil: revisão crítica da literatura**. Rev. Panam Salud Publica. 2013;33(1):

CRESPO, Antônio Pedro Albernaz; GUROVITZ, Elaine. **A pobreza como um fenômeno multidimensional**. RAE-eletrônica, Volume 1, Número 2, jul-dez/2002. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/raeel/v1n2/v1n2a03>. Acesso em julho, 2015.

CURRALERO, Claudia Baddini *et al.* As condicionalidades do programa bolsa família. In CASTRO, Jorge Abrahão de. MODESTO, Lucia. **Bolsa família 2003-2010: avanços e desafios**. Brasília: IPEA, 2010.

ESPIRITO SANTO. Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos. **Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos no Estado do Espírito Santo: conceitos, situação atual e orientações gerais**. Vitória/ES, 2014.

FLEURY, Sonia; OUVENEY, Assis Mafort. Política de Saúde: uma política social. In.: GIOVANELLA, Lígia (org). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

FLEURY, Sonia. **Redes de políticas: novos desafios para a gestão pública**. Revista Administração em Diálogo – RAD. v. 7, n. 1 (2005), p. 77-89.

JACCOUD, Luciana. **Programa Bolsa Família: proteção social e combate à pobreza no Brasil**. In, Revista do Serviço Público Brasília 64 (3): 291-307 jul/set 2013.

## **PARTE III**

*Gestão em Saúde: relatos de casos*



# PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA DA ATENÇÃO À SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Marcia Portugal Siqueira<sup>1</sup>

## Introdução

Inegavelmente, foi a partir do movimento da Reforma Sanitária, iniciado nos primeiros anos da década de 70, que o direito à saúde ganhou mais força nos debates e lutas, que culminaram com sua inserção no texto do Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. Sua importância como marco temporal para o aprofundamento da Reforma Sanitária Brasileira faz com que se deva considerá-la como uma potente etapa do processo de luta pelo direito à saúde.<sup>2</sup>

O ponto culminante da luta pela Reforma Sanitária foi o processo constituinte, no período de 1987-1988, momento em que todo o acúmulo daqueles anos do movimento sanitarista tinha, finalmente, a oportunidade de mudar a face da saúde no país, incluindo na Constituição Federal (CF) de 1988 grande parte de seu ideário. A luta ganhava novos contornos na perspectiva de inscrever o direito à saúde no marco constitucional do país. A saúde vem delineada na CF como a única política considerada de *relevância pública*.<sup>3</sup>

A Constituição Federal instituiu o sistema nacional de saúde, que no Brasil foi denominado de Sistema Único de Saúde (SUS), tendo sido regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde n. 8.080/90. Portanto a política pública de saúde está constitucionalmente definida a partir das diretrizes orientadoras da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Os princípios éticos e doutrinários e os de natureza organizativa do SUS orientam o desenho do

---

1 Mestre em Saúde Coletiva, área Gestão do SUS: Regulação de Sistemas de Saúde, da Atenção à Saúde e do Acesso, pela Universidade Federal do Espírito Santo; Especialização em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP - São Paulo; Especialista em Auditoria no SUS pela Fundação Técnico-Educacional Souza Marques - São Paulo; Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela Universidade Federal do Espírito Santo; Especialista em Política e Administração de Medicamentos pela Escola de Saúde de Minas Gerais. Graduação em Farmácia e Bioquímica pela Faculdade de Farmácia e Bioquímica do estado do Espírito Santo. Secretária de Estado da Saúde do Espírito Santo, Gerente do Núcleo Especial de Planejamento e Programação de Serviços de Saúde. Professora do curso de Pós-Graduação de Auditoria e Regulação em Saúde pela Escola de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, Vitória - ES, Brasil.

2 Cf. BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF, 1986.** Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf). Acesso em: 15 mar. 2018.

3 Cf. BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988.** Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 15 mar. 2018.



modelo de atenção e de organização do sistema público de saúde. Dentre esses princípios, os mais relevantes e que ocupam constantemente a agenda de debates dos gestores do SUS são a universalidade, a integralidade, a igualdade, a equidade e a regionalização das ações e serviços de saúde para a construção de um sistema público que seja capaz de responder às necessidades da população, além do financiamento da saúde pública.<sup>4</sup>

A regulamentação do SUS, legal e infralegal, explicita as responsabilidades de cada um dos entes federados, individual ou solidariamente, a partir da compreensão da necessidade de harmonização entre si, da articulação para a formulação das políticas setoriais da saúde e a operacionalização das ações e serviços em redes de atenção regionalizadas. Este processo integrador carece de negociações e pactuações nas instâncias gestoras do SUS para a organização planejada do sistema de serviços de saúde no atendimento às reais necessidades da população.

Neste contexto, o objeto deste estudo é o relato da experiência capixaba para a elaboração da Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI), do estado do Espírito Santo (ES), que tem um caráter qualitativo, exploratório e descritivo, do tipo estudo de caso, com o objetivo principal de registrar a história deste processo de planejamento assistencial no SUS e, também, dar ciência à comunidade acadêmica e aos sistemas municipais de saúde que não participaram do processo do percurso para a realização da PPI no ES e da metodologia adotada para sua elaboração. Esta experiência está centrada no planejamento e programação assistencial desenvolvido no ano de 2011 e vigente até os dias atuais.<sup>5</sup>

Nas formulações presentes neste relato de experiência foram pesquisados dispositivos legais e infralegais dos SUS, textos e documentos institucionais do Ministério da Saúde (MS) e do Estado, pesquisa documental e registros na Secretaria de Estado da Saúde (SESA) de todo o processo de elaboração da PPI, artigos, dissertações de mestrado e teses de doutorado, além de fontes bibliográficas. Parte importante deste relato se baseia na experiência vivida pela autora, que conduziu todo o processo de elaboração da PPI, tendo o “*recordatório*” como um meio no desenvolvimento de parte deste relato, uma vez que momentos importantes da experiência não se encontram registrados nos documentos oficiais da SESA.

Para alcançar os objetivos inerentes à PPI, tendo como principal deles propiciar o atendimento às reais necessidades da população, por meio de um processo de trabalho que visasse à integralidade regulada, é que foi

---

4 Cf. BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988...** *Op. cit.*

5 TOBAR, F; YALOUR M. R. **Como fazer teses em saúde pública:** conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004, p. 69;

desenvolvida a programação assistencial no Espírito Santo, que é a ideia-força deste relato de experiência.

Para tanto, faz-se necessário tecer algumas considerações sobre o planejamento no sistema público de saúde no Brasil, em conformidade com o estabelecido no Capítulo III, *Do Planejamento e do Orçamento*, Art. 36 da Lei Federal n. 8.080, de 17 de setembro de 1990, que diz que:

o processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.<sup>6</sup>

Enfatizando o planejamento e a programação assistencial como parte constitutiva do planejamento de âmbito mais geral no SUS e que os municípios isoladamente não têm capacidade instalada e resolutiva capaz de responder às necessidades da população, leva à necessidade de articulação regional para o atendimento dessas necessidades comuns a todos os municípios. A regionalização, portanto, é a diretriz organizativa do SUS que orienta a descentralização e organização das ações e serviços de saúde em redes de atenção, a partir das negociações e pactuações entre os gestores daquele espaço territorial. Este processo na área assistencial se dá por meio da pactuação das referências intermunicipais na PPI.<sup>7</sup>

A PPI se configura enquanto um instrumento de planejamento que, em consonância com os Planos Municipais e Estadual de Saúde, visa definir e quantificar as ações de saúde para a população residente em cada território, além de nortear a alocação dos recursos financeiros a partir de critérios e parâmetros<sup>8</sup> previamente pactuados entre os gestores, com a consequente

---

6 BRASIL. **Lei Federal n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 15 mar. 2018.

7 *Idem*. **Decreto Federal n. 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei n. 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] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, de 29 jun. 2011a. Seção I, p. 1-3. Acesso em: 18 mar. 2018.

8 Parâmetro é um índice que, multiplicado pela população ou grupos populacionais específicos de cada estado e/ou município, gera uma meta física anual. Na programação assistencial devem ser utilizados diagnósticos reais, entretanto na impossibilidade de utilizá-los se deve lançar mão dos parâmetros baseados em evidências científicas. Os procedimentos e as formas de organização podem ser parametrizados com base em séries históricas, quando não houver disponibilidade de diagnósticos reais e parâmetros técnicos. As séries históricas (da assistência ou de eventos/casos registrados pela vigilância em saúde) apontam estimativas sobre a realidade local e os parâmetros técnicos apresentam os índices preconizados para dada população.

explicitação dos pactos de referência entre municípios de uma mesma região de saúde e entre estas, tanto para a própria população quanto para a população referenciada por outros municípios.<sup>9</sup>

### **Marco regulatório: legislação principal pertinente ao tema**

Em linhas gerais, a seguir estão apresentados os principais regulamentos e localizados no tempo o surgimento e a evolução da Programação Pactuada e Integrada na legislação sanitária.

A primeira norma a tratar da programação da atenção à saúde foi a Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB/SUS 01/96), instituída pela Portaria GM/MS n. 2.203, de 5 de novembro de 1996, que promoveu uma evolução no processo de descentralização, caracterizando as responsabilidades sanitárias do município pela saúde de seus cidadãos e redefinindo suas competências. Dentre os objetivos gerais da NOB/SUS 01/96 surgiu a necessidade do aprimoramento do planejamento e a proposta da elaboração da Programação Pactuada e Integrada.<sup>10</sup> No ES, a primeira experiência de PPI foi realizada pela SESA no ano de 2000, utilizando um sistema manual, sem qualquer participação dos municípios, portanto não teve nenhuma consequência na organização do sistema de saúde, nem a nível estadual nem mesmo a nível regional.

Em face de problemas observados durante a implementação da NOB/SUS 01/96, entre os quais se podem citar a questão da definição das responsabilidades, do planejamento e organização do sistema, da resolutividade e do acesso aos serviços, estabeleceu-se um amplo processo de discussão entre os gestores, que resultou na publicação da Norma Operacional da Assistência Saúde do SUS 01/01 (NOAS/SUS 01/01), instituída pela Portaria GM/MS n. 95, de 26 de janeiro de 2001, e republicada em 2002 com pequenas modificações, por meio da Portaria GM/MS n. 373, de 27 de fevereiro de 2002.

O conjunto de estratégias apresentadas na NOAS articulava-se em torno do pressuposto de que, na implementação do SUS, em 2002, haveria ampliação das responsabilidades dos municípios para a garantia de acesso da população aos serviços da atenção básica e que a regionalização e a organização funcional do sistema se constituiriam em elementos centrais para o avanço do processo de implementação do sistema público de saúde no que tange à atenção especializada ambulatorial e hospitalar, com

---

9 BRASIL. Secretaria Executiva. **Regulamento dos Pactos Pela Vida e de Gestão**. Brasília: 2006.

10 *Idem*. **Portaria GM/MS n. 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Aprova a Norma Operacional Básica do SUS - NOB 01/96. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 6. nov. 1996. Seção I, p. 22932-40. Acesso em: 15 mar. 2018.

responsabilidade solidária entre estados e municípios. A NOAS tinha como pressupostos promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção e estabelecer o processo de regionalização como estratégia de reorganização dos serviços de saúde e da busca de maior equidade. Para tanto, instituiu o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada Estado e no Distrito Federal, com a definição de prioridades de intervenção regionais, coerentes com as necessidades da população, e a garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção à saúde, em consonância com o Plano Estadual de Saúde. Na perspectiva de garantir o acesso dos cidadãos aos serviços, o PDR deveria ser elaborado para prover a assistência, o mais próximo possível de suas residências, a um conjunto de ações e serviços necessários e servir de base para a elaboração da Programação Pactuada e Integrada, incumbindo a cada estado encaminhar ao Ministério da Saúde uma versão consolidada da PPI, aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Ou seja, a NOAS reforçou a necessidade da PPI para nortear a alocação de recursos federais da assistência, resultando na definição de limites financeiros (“tetos financeiros”) claros para todos os municípios dos estados. Esses limites financeiros seriam compostos por duas parcelas distintas: recursos destinados ao atendimento da população própria e recursos destinados ao atendimento da população referenciada, de acordo com as negociações expressas na PPI.

Esgotada a era das normas operacionais – NOB e NOAS – foi publicado, em 2006, por meio da Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro, o Pacto pela Saúde de 2006, no sentido de reconfigurar a política regulatória vigente nas Normas Operacionais Básicas e Normas Operacionais da Assistência à Saúde, formuladas entre 1991 e 2002 para o SUS.<sup>11</sup>

O Pacto pela Saúde continha no seu interior três pactos distintos e ao mesmo tempo inter-relacionados: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão, este estabelecendo que:

as responsabilidades de cada ente federado, de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Segundo o texto original, este Pacto parte de uma constatação indiscutível: o Brasil é um país continental e com muitas diferenças e iniquidades [sic] regionais. Mais do que definir diretrizes nacionais é necessário avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais.<sup>12</sup>

---

11 SIQUEIRA, M. P.; BUSSINGUER, E. C. A. A saúde no Brasil enquanto direito de cidadania: uma dimensão da integralidade regulada. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, n. 8, 2010.

12 BRASIL. Secretaria Executiva. **Regulamento dos Pactos Pela Vida e de Gestão...** *Op. cit.*

O Pacto radicalizou a descentralização; reforçou a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas regionais, estruturando as regiões sanitárias; explicitou as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite na busca de critérios de alocação equitativa dos recursos; estabeleceu as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na descentralização, regionalização, financiamento, *Programação Pactuada e Integrada*, regulação, participação e controle social, planejamento, gestão do trabalho e educação na saúde.<sup>13</sup>

Para dar concretude à programação assistencial, a Portaria GM/MS n. 1.097, de 22 de maio de 2006, em seu artigo 1º, definiu que o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde fosse um processo instituído no âmbito do SUS em que, em consonância com o processo de planejamento, fossem definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para a garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Está explicitado nesse Pacto que a PPI

tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos, e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios.<sup>14</sup>

O Artigo 3º da referida portaria reafirma os objetivos gerais da PPI, conforme a seguir descritos:

Art. 3º Os objetivos gerais do processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde são:

I - buscar a equidade de acesso da população brasileira às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade;

II - orientar a alocação dos recursos financeiros de custeio da assistência à saúde pela lógica de atendimento às necessidades de saúde da população;

III - definir os limites financeiros federais para a assistência de média e alta complexidade de todos os municípios, compostos por parcela destinada ao atendimento da população do próprio município em seu território e pela parcela correspondente à programação das referências recebidas de outros municípios;

IV - possibilitar a visualização da parcela dos recursos federais, estaduais e municipais, destinados ao custeio de ações de assistência à saúde;

V - fornecer subsídios para os processos de regulação do acesso aos serviços de saúde;

VI - contribuir na organização das redes de serviços de saúde; e

---

13 BRASIL. Secretaria Executiva. **Regulamento dos Pactos Pela Vida e de Gestão...** *Op. cit.*

14 *Ibidem.*

VII - possibilitar a transparência dos pactos intergestores resultantes do processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência e assegurar que estejam explicitados no “Termo Compromisso para Garantia de Acesso”, conforme Anexo I a esta Portaria.<sup>15</sup>

A partir da publicação da Portaria GM/MS n. 1.097, de 22 de maio de 2006, foi elaborado, pelo Ministério da Saúde, o Manual intitulado “Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde”, que orienta a elaboração da PPI.<sup>16</sup> Foi com base neste manual, associado aos diagnósticos reais nos territórios da APS dos municípios, realizados em 2009/2010, que a PPI do ES foi elaborada, em 2011, com vigência a partir de 1º de janeiro de 2012.

Sequencialmente, a Lei Federal n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, foi regulamentada pelo Decreto Federal n. 7.508, de 28 de junho de 2011 e publicada a Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e a aplicação dos recursos financeiros do SUS, respectivamente. Estas regulamentações introduzem significativas mudanças no planejamento do SUS e obrigam a urgente reformulação dos processos de programação das ações e serviços de saúde. Nesse sentido, a Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e o Ministério da Saúde, após a publicação do referido decreto, estabeleceram e publicaram as normas gerais de transição do Pacto pela Saúde para as novas orientações dele advindas, por meio da Resolução CIT n. 4, datada de 19 de julho de 2012. Dentre as regras de transição constavam também as regras relativas à PPI. Essa Resolução dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do SUS, para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).<sup>17</sup> No artigo 3º e em seu parágrafo único está explicitado que:

A descentralização da gestão dos prestadores de serviços públicos ou privados, contratados ou conveniados, deve ser pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou na Comissão Intergestores Regional (CIR), ficando mantida a Declaração de Comando Único até a assinatura do COAP.

Parágrafo único. A informação acerca da responsabilidade pela gestão e

---

15 BRASIL. Secretaria Executiva. **Regulamento dos Pactos Pela Vida e de Gestão...** *Op. cit.*

16 *Idem*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde.** v. 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b, Série B. Textos Básicos de Saúde; Série Pactos pela saúde.

17 O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) não se efetivou na prática do SUS, tendo sido formalizado por apenas dois estados da federação. O Espírito Santo elaborou os COAPs das quatro regiões de saúde, entretanto não chegou a formalizá-los, seguindo orientações gerais das instâncias de pactuação intergestores de âmbito nacional e estadual.

aplicação dos recursos financeiros referentes à descentralização referida no caput deve ser registrada nos quadros da Portaria nº 1.097/GM/MS, de 22 de maio de 2006, e seguir o fluxo nela estabelecido (MS, 2012).<sup>18</sup>

O Anexo I da Resolução CIT n. 4/2012 estabelece as responsabilidades dos municípios e dos estados e, a seguir, destacam-se trechos da resolução que tratam da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde:

## ANEXO I

### RESPONSABILIDADES

#### 1. Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS

##### 1.1 Municípios

a. Garantir de forma solidária a integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o Estado e com a União;

h. Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, *programação pactuada e integrada da atenção à saúde*, monitoramento e avaliação;

i. Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;

j. Organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, *a programação pactuada e integrada da atenção à saúde* e a atenção à saúde no seu território, explicitando a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território, desenhando a rede de atenção e promovendo a humanização do atendimento;

k. Organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da *programação pactuada e integrada da atenção à saúde*;

l. Pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o Estado, Distrito Federal e com os demais Municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a *programação pactuada e integrada da atenção à saúde*;

m. Garantir estas referências de acordo com a *programação pactuada e integrada da atenção à saúde*, quando dispõe de serviços de referência intermunicipal;

---

18 BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite – CIT, n. 4, datada de 19 de julho de 2012. Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Acesso em: 23 abr. 2018.

## 1.2 Estados

- f. Fazer reconhecimento das necessidades da população no âmbito estadual e cooperar técnica e financeiramente com os Municípios, para que possam fazer o mesmo nos seus territórios;
- g. Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, *programação pactuada e integrada da atenção à saúde*, monitoramento e avaliação;
- h. Coordenar o processo de configuração do desenho da rede de atenção, nas relações intermunicipais, com a participação dos Municípios da região;
- i. Organizar e pactuar com os Municípios, o processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade a partir da atenção básica, de acordo com a *programação pactuada e integrada da atenção à saúde*.

Soma-se a essas regulamentações e normas a publicação da Portaria Ministerial n. 2.135, de 25 de setembro de 2013, que estabeleceu diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS e propôs como base os seguintes pressupostos:

Planejamento como responsabilidade individual de cada um dos três entes federados, a ser desenvolvido de forma contínua, articulada e integrada;

Respeito aos resultados das pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT);

Monitoramento, avaliação e integração da gestão do SUS;

Planejamento ascendente e integrado, do nível local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção das diretrizes, objetivos e metas;

Compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão;

Transparência e visibilidade da gestão da saúde, mediante incentivo à participação da comunidade; e

Concepção do planejamento de forma integrada, a partir das necessidades de saúde da população em cada região de saúde.<sup>19</sup>

---

19 BRASIL. **Portaria GM/MS n. 2.135, de 25 de setembro de 2013.** Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135\\_25\\_09\\_2013.html](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html). Acessado em: Acesso em: 12 jun.2017.



Recentemente, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) publicou as Resoluções de n. 23, datada de 17 de agosto de 2017, e n. 37, datada de 23 de março de 2018, que dispõem sobre o processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) e a organização das macrorregiões de saúde. Na segunda resolução aqui citada, estão explicitados diversos itens, a seguir descritos, que tratam da regionalização, das redes, do planejamento regional integrado e da programação das ações e serviços públicos de saúde, principalmente as alíneas “b”, “c”, “f”, “g” do Inciso III e os Incisos IV e V.

Art. 2º - O processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) será instituído e coordenado pelo estado em articulação com os municípios e participação da União, a partir da configuração das regiões de saúde definidas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), observando as seguintes orientações:

I - O PRI expressará as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da constituição sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção por meio da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), observando os Planos de Saúde dos três entes federados.

II - A RAS deve ser definida a partir das regiões de saúde e para garantir a resolubilidade da atenção à saúde deve ser organizada num espaço regional ampliado, com base em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável.

III - O produto desse processo de planejamento é o Plano Regional, conforme disposto na LC nº 141/2012, e deve expressar:

- a) A identificação do espaço regional ampliado;
- b) A identificação da situação de saúde no território, das necessidades de saúde da população e da capacidade instalada;
- c) As prioridades sanitárias e respectivas diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução;
- d) As responsabilidades dos entes federados no espaço regional;
- e) A organização dos pontos de atenção da RAS para garantir a integralidade da atenção à saúde para a população do espaço regional;
- f) A programação geral das ações e serviços de saúde;
- g) A identificação dos vazios assistenciais e eventual sobreposição de serviços orientando a alocação dos recursos de investimento e custeio da União, estados, municípios, bem como de emendas parlamentares.

IV - A institucionalização desse processo efetivará um novo modelo de financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) baseado

na alocação global dos recursos e em conformidade com o disposto na Lei Complementar nº 141/2012, observando as prioridades e os compromissos acordados pela União, estados e municípios, no espaço regional ampliado.

V - O espaço regional ampliado será referência para a alocação dos recursos financeiros dos entes federados, nas ASPS de interesse regional.

§ 1º - A CIB deverá pactuar as diretrizes que orientarão o processo de planejamento regional integrado, bem como o monitoramento do Plano Regional.

§ 2º - O Plano Regional resultante do PRI deverá ser pactuado na CIB que terá a responsabilidade de monitorar a sua execução a partir das informações fornecidas pelas Comissões Intergestores Regionais (CIR) já organizadas nas regiões de saúde.

§ 3º - A consolidação dos Planos Regionais será parte integrante do Plano Estadual de Saúde.<sup>20</sup>

Nesta perspectiva, foi introduzida a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS), cujas diretrizes e proposições metodológicas para sua elaboração foram pactuadas pela CIT em 2012. A base da PGASS é a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde e, nesse sentido, como a PGASS encontra-se em processo de construção no Estado, a PPI atual permanecerá vigente até sua conclusão.

### **Marco teórico: a estreita relação entre a integralidade, a regionalização, a rede de atenção e a programação da atenção à saúde**

Na leitura exploratória à qual se teve acesso, principalmente a partir do Pacto pela Saúde de 2006, foram encontrados diversos artigos e documentos institucionais do Ministério da Saúde relacionados à regionalização do SUS, às redes de atenção à saúde, à integralidade e sua inter-relação com os demais princípios do SUS. Entretanto pouco foi encontrado sobre a programação da atenção à saúde, mais especificamente relacionado à PPI, razão pela qual foi reafirmada a intenção de se desenvolver este relato de caso em área de pouco conhecimento teórico. Nesse contexto, a revisão da literatura realizada tem por finalidade, além de dar sustentação teórica ao estudo, revelar a intrínseca e necessária relação entre a integralidade, a regionalização, a rede de atenção e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde.

Propositadamente, esta conceituação não será aprofundada e se restringirá apenas à sua dimensão assistencial, principalmente no que tange

---

20 BRASIL. Resolução da Comissão Intergestores Tripartite - CIT, nº 37, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Disponível em: [http://www.lex.com.br/legis/\\_27629181\\_RESOLUCAO\\_N\\_37\\_DE\\_22\\_DE\\_MARCO\\_DE\\_2018.aspx](http://www.lex.com.br/legis/_27629181_RESOLUCAO_N_37_DE_22_DE_MARCO_DE_2018.aspx). Acesso em: 07 set. 2018

à integralidade, e estará delimitada no tempo a partir do Pacto pela Saúde em 2006, no que diz respeito ao escopo central deste estudo que, conforme já explicitado, é a programação da atenção à saúde.

### **Regionalização como base da organização da atenção à saúde em redes resolutivas**

No âmbito do Pacto pela Saúde, a regionalização é definida como eixo estruturante e nele está explicitado que a constituição de regiões de saúde deve considerar as características culturais, socioeconômicas e os aspectos políticos interfederativos, na medida em que o funcionamento do sistema regional é fruto da pactuação entre os gestores do sistema público de saúde.<sup>21</sup>

Quando foi publicado o Pacto pela Saúde, as diretrizes operacionais do Pacto de Gestão, uma de suas dimensões, reafirmaram princípios e processos já vigentes, como a importância da regionalização e dos instrumentos de planejamento regional, destacando-se, dentre esses, o PDR, o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a PPI.

O PDR deve ser elaborado pelas Secretarias Estaduais de Saúde, com a participação das Secretarias Municipais de Saúde, em uma perspectiva de territorialização, garantindo a integração dos municípios nas regiões de saúde dos estados. A regionalização deve ser pensada de forma a garantir que a população tenha suas necessidades de saúde atendidas o mais próximo possível de onde residem. No PDR, deve-se procurar analisar e racionalizar os fluxos intermunicipais dos usuários do SUS, estabelecendo claramente os municípios que receberão os usuários referenciados de outras localidades. Deve, também, contemplar a perspectiva de redistribuição geográfica de recursos tecnológicos e humanos, explicitando o desenho futuro e desejado da regionalização estadual, prevendo, inclusive, os investimentos necessários para a conformação destas novas regiões de saúde. Os investimentos devem estar explicitados no Plano Diretor de Investimentos, como consequência do PDR e da PPI, ou seja, estes instrumentos de planejamento são complementares entre si.<sup>22</sup>

O PDR parte da necessidade de se desenhar um sistema de saúde em redes resolutivas e com a capacidade de garantir a integralidade da atenção, contemplando as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, de responsabilidade maior dos municípios na APS, tendo como base o entendimento da saúde em uma dimensão multicausal com forte dependência do desenvolvimento social das populações. Nesse sentido, o PDR tem como

---

21 ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização - PDR**. ES 2011.

22 BRASIL. **Regionalização da Assistência à Saúde...** *Op. cit.*

principais objetivos: orientar o processo de planejamento em saúde com base nas necessidades e características regionais; contemplar a perspectiva de desconcentração de serviços para áreas vazias de assistência, a redistribuição geográfica dos serviços de saúde e da força de trabalho (recursos humanos); prever os investimentos necessários para a conformação destas novas regiões de saúde; garantir o acesso, a resolutividade e a qualidade das ações e serviços de saúde; evoluir na equidade da política de saúde; reduzir as desigualdades regionais existentes; racionalizar os gastos e otimizar a aplicação dos recursos nas regiões de saúde, tudo isso como pressupostos para garantir a integralidade da atenção à saúde em todos a todas as linhas de cuidados da Rede de Atenção à Saúde (RAS).<sup>23</sup>

Em síntese, o PDR é a base de sustentação para a elaboração da PPI, associada aos Planos Estadual e Municipais de Saúde, sendo ela a retratação da conjugação dos recursos assistenciais existentes nos territórios municipais e regionais, com o objetivo de integrar, de forma planejada e organizada, em redes, as necessidades da população e a disponibilidade de oferta técnica e financeira, com pactuação intergestores nas instâncias de governança que os representam, que se dá entre entes políticos autônomos – secretários de saúde.

Assim compreendida, a programação da atenção à saúde dialoga diretamente com a regionalização, a integralidade e a equidade e considera a rede de serviços composta por distintos níveis de complexidade e de competências, na qual a integração entre as ações satisfaz o conjunto de cuidados necessários e demandados pelo indivíduo e pelos profissionais assistentes. Portanto, a PPI representa o principal instrumento para a garantia de acesso da população aos serviços especializados de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar que não estejam disponíveis no âmbito dos territórios municipais de residência.<sup>24</sup> Trata-se, assim, de um dos instrumentos capazes de contribuir para a garantia da integralidade da atenção à saúde no SUS, por possibilitar a reorganização dos processos de gestão, de contratualização e de regulação do sistema de saúde no âmbito dos estados, regiões e seus territórios municipais, com vistas à melhoria do acesso do cidadão à rede de atenção.<sup>25</sup>

Acompanhando os registros dos organismos internacionais e nacional, representados pela Organização Mundial de Saúde, 1978, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e o MS, o estado do Espírito Santo, por meio da SESA, propôs a implementação da organização das redes prioritárias de atenção à saúde, nos anos iniciais da década de 2000. Até o momento presente vem promovendo ajustes em seu desenho organizativo, sempre em favor da

---

23 ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização – PDR...** *Op. cit.*; BRASIL. **Regionalização da Assistência à Saúde...** *Op. cit.*

24 BRASIL. **Regionalização da Assistência à Saúde...** *Op. cit.*

25 *Idem*. **Decreto Federal n. 7.508, de 28 de junho de 2011...** *Op. cit.*

garantia do direito à saúde e do acesso dos cidadãos aos serviços de saúde, fundamentados nos princípios da integralidade e da equidade, bem como da resolutividade e da qualidade da atenção à saúde dos cidadãos.

## **Integralidade como pressuposto e requisito para a elaboração da PPI**

A revisão da literatura sobre a integralidade mostra que se trata de um conceito polissêmico, admitindo, portanto, várias significações. Num plano macro, a integralidade tem sido conceituada como o conjunto de serviços que são ofertados pelos sistemas públicos de saúde aos cidadãos; num plano micro, pode ser entendida “como a articulação entre ações preventivas e assistenciais ou como um modo ampliado de apreensão das necessidades das pessoas”.<sup>26</sup> Assim compreendida, a integralidade está orientada para a superação da histórica dicotomia entre ações coletivas (promoção e prevenção) e curativas, para a atuação em outras áreas para além da assistência individual, extrapolando, inclusive, a especificidade do Setor Saúde para uma ação conjunta com as demais políticas públicas, caracterizando a necessidade de ações intersetoriais para o alcance da integralidade.

Segundo Paim, as bases que modelaram a Reforma Sanitária Brasileira contemplaram a integralidade em pelo menos quatro dimensões:

- a) como integração de ações, proteção, recuperação e reabilitação da saúde compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária;
- b) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social;
- c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde;
- d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças [...] que incidissem sobre as condições, de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial.<sup>27</sup>

Ainda segundo o autor, a integralidade deve articular cinco níveis de prevenção: promoção, proteção, diagnóstico precoce, limitação do dano e reabilitação sobre o processo saúde-doença.<sup>28</sup>

---

26 MATTOS RA de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões sobre valores que merecem ser defendidos. *In.*: PINHEIRO R.; MATOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc; 2001, p. 39-64; *Idem*. Integralidade e formulação de políticas específicas de saúde. *In.*: PINHEIRO R.; MATTOS R. A. de (org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS. AB, 2003; *Idem*. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. *In.*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 2 ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/ UERJ-ABRASCO, 2009, p. 87-88; 369-382.

27 PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. *In.*: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (org.). **Epidemiologia e saúde**. 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

28 Os níveis de prevenção atualmente considerados são: prevenção primordial, primária, secundária, terciária e quaternária.

Um conceito adotado por Bourguignon traz uma dimensão interessante da integralidade, quando afirma que agir segundo este conceito implica:

a idéia [sic] de articulação, conexão, vínculos, ações complementares, relações horizontais entre parceiros, interdependência de serviços para garantir a integralidade na atenção aos segmentos sociais vulnerabilizados ou em situação de risco social e pessoal.<sup>29</sup>

Esta ideia é complementada por Ckagnazaroff e Mota ao afirmarem que, “com uma ação sinérgica entre vários departamentos responsáveis pelos serviços prestados pelo governo municipal”, as ações intersetoriais devem ser trabalhadas de forma articulada e integrada.<sup>30</sup>

Cecílio traz uma dimensão diferente das anteriores, afirmando que se pode considerar uma definição ampliada de integralidade a partir de uma taxonomia de necessidades de saúde centrada em quatro conjuntos:

‘boas condições de vida’, decorrentes dos fatores do ambiente ou dos lugares ocupados no processo produtivo; acesso a toda a tecnologia capaz de melhorar e prolongar a vida; “vínculos (a)efetivos” entre cada usuário e equipe/profissional de saúde e graus crescentes de autonomia no modo de levar a vida.<sup>31</sup>

Cabe também destacar a integralidade enquanto um dos princípios da Estratégia Saúde da Família, defendida por Starfield, quando diz que a Atenção Primária em Saúde (APS) representa uma prática de foco individual e coletivo que permite o alcance do cuidado integral. É o nível de atenção que otimiza e racionaliza os recursos básicos e especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.<sup>32</sup>

Segundo Starfield, “a integralidade exige que a atenção primária reconheça, adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las”.<sup>33</sup> As decisões sobre a atenção primária, e não sobre outro nível de atenção, que detêm a capacidade de prestar serviços específicos variam de lugar para lugar e de época para época, dependendo da natureza dos problemas de saúde de diferentes populações.

---

29 BOURGUIGNON, J. A. **Concepção de Rede Intersetorial**, 2001. Disponível em URL: <http://www.uepg.br/nupes/intersetor.htm>. Acesso em: Jan. 2009.

30 CKAGNAZAROFF, I. B.; MOTA, N. R. Considerações sobre a relação entre descentralização e intersectorialidade como estratégias de modernização de prefeituras municipais. *E & G - Economia e Gestão*, Belo Horizonte, v. 3, n. 6, p. 23-41, 2003.

31 CECÍLIO, LC. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In.*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001.

32 STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, p. 28; 62; 314-317.

33 *Ibidem*.

A partir dessas diferenças, a APS requisita, também, diferentes recursos assistenciais ofertados pelos níveis secundário e terciário da assistência.<sup>34</sup>

Acompanhando o que Starfield registra, as populações e seus indivíduos utilizam todos os serviços de tempos em tempos, mas realça que a Atenção Primária é desencadeada, essencialmente, pelos indivíduos, enquanto o acesso dos mesmos à atenção secundária e terciária é, via de regra, desencadeado pelos profissionais de atenção à saúde.<sup>35</sup> Fica, então, caracterizada a interdependência destes três níveis de atenção na provisão dos serviços a partir da APS.

Na visão de Mendes, a integralidade manifesta-se sob duas dimensões: na integração por meio de um conjunto de ações articuladas pela prática da vigilância à saúde para a solução de problemas e, dentro de cada unidade de saúde, pelas práticas sanitárias para atendimento à demanda e às necessidades, também por meio da vigilância à saúde.<sup>36</sup>

Andrade, com algumas poucas variações conceituais em relação aos demais autores citados, entende a integralidade como:

a capacidade da equipe de saúde em lidar com os problemas de saúde da população, seja resolvendo-os através da oferta de um conjunto de serviços dirigidos aos problemas mais frequentes, seja organizando-os para que os pacientes recebam os serviços que não são da competência da atenção primária.<sup>37</sup>

Andrade *et al.*, ampliam este conceito, afirmando que o impacto da ESF sob algumas das dimensões organizativas do SUS passou a abranger a integralidade na medida em que:

houve necessidade de se integrar a rede básica com as redes secundária e terciária quando a Estratégia Saúde da Família – ESF passou a identificar problemas de saúde que não podiam ter resolutividade local. Esse processo acabou por estimular uma ação mais efetiva das redes regionais de atenção à saúde, fomentadas pela pactuação entre municípios e o Estado. A própria tendência de se buscar a interdisciplinaridade nas equipes da ESF contribuiu para o início do processo de aplicação do princípio da integralidade.<sup>38</sup>

Carvalho reflete que, a partir desses diferentes conceitos, mas complementares entre si, a integralidade pode ser entendida como a garantia,

---

34 STARFIELD, B. **Atenção primária...** *Op. cit.*

35 *Ibidem.*

36 MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Colegiado Nacional de Secretários de Saúde. 2011.

37 ANDRADE, L. O. M. [*et. al.*]. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa [*et. al.*]. **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006. p. 783-830.

38 *Ibidem.*

por meio de sistemas públicos universais, do livre acesso de todos os cidadãos a todos os serviços de saúde.<sup>39</sup> Entretanto, em contraposição, um conceito de integralidade menos clássico e mais atual diz que os serviços ofertados aos cidadãos passaram a ser definidos por critérios de necessidade, efetividade e aceitabilidade social. Os sistemas de serviços de saúde, portanto, não devem, nem podem ofertar a todas as pessoas a totalidade dos serviços disponíveis; entretanto este novo conceito rejeita o racionamento de serviços de saúde, técnica e socialmente necessários para a população.<sup>40</sup>

Como propõe Carvalho,

a integralidade regulada se impõe e se expressará na definição e oferta, a todos os brasileiros, de um conjunto de serviços, discutidos com base técnica na efetividade e na segurança das tecnologias, no seu conteúdo ético, em sua conformidade com as necessidades de saúde da população e em sua aceitabilidade social. Assim, o SUS deve ofertar, a todos os brasileiros, um conjunto de serviços, sanitária e socialmente necessários.<sup>41</sup>

Consolidando esses conceitos anteriormente descritos, a integralidade, então, perpassa os três campos da atenção: prevenção, promoção e assistência; nos três níveis de atenção - atenção primária, atenção ambulatorial especializada e atenção hospitalar de níveis secundário e terciário, ações intersetoriais com as demais políticas públicas, na perspectiva da horizontalização das diversas ações e serviços.

A integralidade vem representando, talvez, um dos maiores desafios atuais do SUS, pois implica desenvolvê-la nos diferentes ciclos de vida e nas diversas fases da atenção à saúde, no processo de cuidar e no relacionamento do profissional de saúde com os pacientes e suas famílias e o meio onde vivem e trabalham.<sup>42</sup>

Ainda que acatando e respeitando esta perspectiva, neste relato a integralidade será observada apenas em sua dimensão assistencial, entendida como um conjunto de recursos/tecnologias assistenciais e serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares, organizados em redes de atenção, ofertados nos níveis secundário e terciário da atenção à saúde para cura, controle e reabilitação, proporcionados individualmente para a garantia de acesso da população a essas tecnologias.

Rede de Atenção à Saúde como pressuposto e requisito para a elaboração da programação assistencial

---

39 CARVALHO *apud* SIQUEIRA, M. P. **Regulação Assistencial e Integralidade na assistência à saúde em Vitória – ES, sob a perspectiva da análise institucional...** *Op. cit.*

40 *Ibidem.*

41 *Ibidem.*

42 SIQUEIRA, M. P.; BUSSINGUER. A saúde no Brasil enquanto direito de cidadania... *Op. cit.*



As redes de atenção no âmbito do SUS têm sido propostas

para administrar políticas e projetos em que os recursos são escassos e os problemas complexos; onde há interação de agentes públicos e privados, centrais e locais; onde se manifesta uma crescente demanda por benefícios e por participação cidadã.<sup>43</sup>

Segundo Mendes,

as redes de atenção não são, simplesmente, um arranjo poliárquico entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações.<sup>44</sup>

A organização dos serviços de saúde deve se dar em forma de rede, de modo que as questões menos complexas sejam atendidas em locais que disponham de menos adensamento tecnológico, partindo das unidades básicas de saúde, passando pelas unidades especializadas, pelo hospital geral, até chegar ao hospital especializado. Assim, o modelo em redes assistenciais busca garantir a integralidade da atenção à saúde dos usuários por meio do acesso a todos os serviços e ações de saúde de menor e maior complexidade, sendo que esse acesso “*inicia-se e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores*”.<sup>45</sup>

A OMS orienta, para a organização das redes de atenção, que os serviços de menor densidade tecnológica, como os de APS, devem ser dispersos e que, ao contrário, os serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais, unidades de processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem, etc., tendem a ser concentrados.<sup>46</sup>

Mendes acompanha esta definição da OMS reafirmando que um conceito fundamental na construção das redes de atenção à saúde é o de “*nível de atenção à saúde*”. Segundo o autor,

os níveis de atenção à saúde estruturam-se por arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade, a APS, ao de densidade tecnológica intermediária, a atenção secundária à saúde, até o de maior densidade tecnológica, a atenção terciária à saúde. Os níveis de atenção à saúde são fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o

---

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

44 MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Colegiado Nacional de Secretários de Saúde, 2011

45 BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Legislação Estruturante do SUS. Brasília: CONASS, 2011b.

46 WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary Health Care**. Genève: WHO, 1978.

foco gerencial dos entes de governança das RASs. Na prática social, ao se construírem as RASs, há que se combinarem os territórios sanitários com os níveis de atenção à saúde.<sup>47</sup>

Ainda segundo Mendes, tecendo reflexões sobre as redes de atenção, o modo de organizar as RAS,

define a singularidade de seus processos descentralizadores frente a outros setores sociais. Os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos, especialmente, de forma ótima. A organização das RASs, para ser feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade, tem de estruturar-se com base nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção.<sup>48</sup>

Mendes, em publicação do MS, em 2010, sobre o tema, explicita os atributos de uma RAS como sendo: população e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde; extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos; APS estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as suas necessidades de saúde; prestação de serviços especializados em lugar adequado; existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção; atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população; sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações; participação social ampla; gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico; recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede; sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes; financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as

---

47 MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde...* *Op. cit.*

48 *Ibidem.*

metas da rede; ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde; e gestão baseada em resultados. Com base nesses atributos, Mendes define RAS como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.<sup>49</sup>

A partir de concepções mais gerais contidas nas teorias de redes, em vários campos, nas conceituações e nos atributos anteriormente referidos, pode-se definir as RAS como:

organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, articulados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral à população ou grupos populacionais específicos, orientada e coordenada pela atenção primária à saúde — prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade — com responsabilidades sanitária e econômica, gerando valor para a população.<sup>50</sup>

A concepção na normativa do SUS sobre RAS, ainda vigente e dominante, é a de um sistema hierárquico, piramidal, organizado segundo as complexidades relativas de cada nível de atenção – atenção básica, média complexidade e alta complexidade. Esta concepção é totalmente equivocada conforme os ensinamentos de Mendes, uma vez que nas RAS a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Portanto nas redes de atenção à saúde não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção, e sim a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção de distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles, uma vez que todos os pontos de atenção são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde, diferenciando-se pelas densidades tecnológicas que os caracterizam.

Oliveira *et al.* nos ensinam que as organizações hierárquicas ou piramidais corresponderiam a redes em árvore que se caracterizam pela limitação das conexões entre seus diversos ramos e onde predominam os fluxos hierárquicos, de um centro menor para seu superior e, não havendo caminhos alternativos, podem ocorrer pontos de estrangulamento, impedindo o acesso da população aos níveis superiores da hierarquia.<sup>51</sup> Ao contrário,

---

49 MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde...** *Op. cit.*; BRASIL. **Portaria GM/MS n 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).**

50 MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde...** *Op. cit.*

51 OLIVEIRA, E. X. G. de; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C. Territórios do Sistema Único de Saúde. Mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cadernos de Saúde Coletiva**, 2004.

as redes poliárquicas, ou redes em malha, em que cada nó se liga a vários outros, permitem percorrer caminhos variados entre esses nós de forma que os diversos ramos estão interconectados.

Ainda que persistam conceitos de hierarquia entre os serviços e nas redes de atenção, um marco importante no SUS foi a publicação da Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que traz um conceito mais próximo daquele que os autores aqui citados entendem. Em seu anexo está explicitado que:

o presente documento trata das diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência. [...] Esse documento estabelece os fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização da RAS, entendendo que o seu aprofundamento constituirá uma série de temas técnicos e organizacionais a serem desenvolvidos, em função da agenda de prioridades e da sua modelagem.

O item 2 do Anexo, que trata de conceitos, revela a necessidade da evolução do conceito de hierarquia para o de poliarquia no interior das Redes de Atenção, ao afirmar que:

a Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção. Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular.

Esta revisão da literatura traz luz ao ambiente da programação assistencial e revela o grande desafio que foi, e sempre será, concebê-la, em 2011, como um instrumento de planejamento que tinha como pressuposto

repercutir estes conceitos, em contraposição a um sistema fortemente influenciado pela hierarquia entre os serviços. A PPI elaborada a partir da APS, no ES, configurou-se em um esforço inicial de se aprofundar o diálogo entre as redes de atenção e a programação, essencial para lhes dar concretude.

### **A Programação Pactuada e Integrada - PPI**

A Programação Pactuada e Integrada do Pacto pela Saúde 2006 é um processo instituído no âmbito do SUS para a alocação dos recursos da assistência à saúde nos estados e municípios brasileiros, resultante da definição, negociação e formalização dos pactos entre os gestores relativos às prioridades nacionais, estaduais e municipais, portanto de elaboração coletiva, com a participação dos gestores e técnicos municipais, e deve ser harmonizada e coordenada pela instância estadual.

A PPI deve representar as necessidades assistenciais da população a partir da definição de um modelo de planejamento e programação assistencial, bem como de um modelo de provisão de serviços e ações de saúde capaz de: explicitar e atender a estas necessidades, os objetivos e metas estaduais constantes no Plano Estadual de Saúde (PES), critérios, parâmetros e instrumentos de planejamento e gestão do SUS. Deve definir, de forma transparente, a métrica dessas necessidades, o volume de oferta de ações e serviços de saúde existentes em todos os serviços públicos estaduais e municipais e os contratualizados com a rede complementar ao SUS, os fluxos assistenciais das diferentes populações municipais no interior das redes temáticas de atenção à saúde, bem como os limites financeiros destinados a cada município, explicitando a parcela destinada à assistência da própria população e das referências recebidas de outros municípios. Trata-se, portanto, de um processo de planejamento institucionalizado no SUS, em que, em consonância com o macroprocesso de planejamento em saúde, são definidas e quantificadas as ações e serviços destinados à população residente em cada território municipal, bem como efetuados os pactos intergestores para a garantia de acesso da população aos serviços de saúde em outros territórios distintos de sua residência.

A PPI norteia-se pelo princípio do direito à saúde, tendo como eixo central a integralidade no provimento das ações e serviços de saúde que a população necessitar e a busca da garantia da equidade no financiamento e acesso a esses serviços. Contempla a alocação dos recursos e explicita as responsabilidades de financiamento do custeio da assistência pelas três esferas de governo, de forma a garantir o acesso da população às ações e serviços de saúde no próprio município (no próprio território), ou em outros municípios (municípios de referências ou municípios executores) que ofertam o serviço mediante encaminhamentos formalizados e negociados anteriormente pelos

gestores municipais e estaduais.

Nesse contexto, a PPI não é apenas uma programação física e financeira para a distribuição das ações de serviços de saúde assistenciais, que leva em conta o elenco e a oferta dos serviços que serão disponibilizados em uma determinada Região de Saúde. Ao contrário, a construção da PPI é realizada a partir do trabalho de equipes técnicas bipartites, compostas por municípios e Estado, que avaliam essencialmente as necessidades baseadas em evidências científicas (preferencialmente de maior e até à de menor grau), também apontadas pelos indicadores epidemiológicos do *nascer, do viver, adoecer e morrer* (portanto a condição de saúde da população), bem como os recursos materiais e financeiros disponíveis para a oferta dos serviços de acordo com os princípios preconizados pelo SUS, principalmente a integralidade e resolutividade na atenção e a equidade, que são os essenciais para a garantia do acesso da população, ainda que não sejam exclusivos. É, portanto, uma etapa do planejamento em saúde que agrega funções de alocação de recursos e reorganização das redes de atenção, concretizando as já mencionadas diretrizes e prioridades expressas nos processos e instrumentos gerais de planejamento, tais como: Planos de Saúde (PS), Planos Plurianuais de Saúde (PPA), Leis Orçamentárias Anuais (LOA), Programações Anuais de Saúde (PAS), Programação das Ações de Vigilância em Saúde, dentre outros.

O percurso metodológico para a elaboração da PPI deve considerar as reais necessidades da população, a capacidade instalada de serviços de saúde, a oferta real das diferentes tecnologias e, a partir deste conhecimento, revelar os “vazios assistenciais” ou “*gaps*” que afetem a resolutividade e a integralidade no cuidado aos usuários. Este estudo de suficiência de ações e serviços deve induzir a elaboração de um plano de investimentos de médios e longos prazos para que, gradualmente, o sistema público possa cobrir as necessidades da população, o que, infelizmente, no ES ainda não ocorreu. O estudo de suficiência tem por finalidade identificar os serviços de saúde existentes e suficientes, os existentes e insuficientes e os inexistentes, para verificar a possibilidade ou não de se atender às necessidades da população.

O MS considerou necessário um apoio técnico mais efetivo à implantação da PPI e desenvolveu a ferramenta informatizada oferecida aos estados e municípios para elaboração da PPI – o SISPPPI<sup>52</sup>. A Secretaria de Saúde do Espírito Santo utilizou o *software* institucional do Ministério da Saúde, destacando na programação os elementos mais prioritários para apoiar as redes de atenção já em desenvolvimento à época, ou seja, o processo pré-alimentação do banco de dados do SISPPPI foi baseado no desenho de algumas redes, ainda que em fase preliminar de modelagem e implantação: Rede de

---

52 SISPPPI é uma ferramenta informatizada para a gestão física e financeira dos recursos disponíveis e para proceder às alterações da PPI e da mudança de fluxos assistenciais.

Atenção Materno-infantil, Rede de Atenção às Urgências e Emergências e algumas linhas de cuidados da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças e Condições Crônicas, como, a de oncologia, hipertensão e diabetes, além dos agravos/endemias de interesse da saúde pública, como tuberculose, hanseníase, arboviroses, etc.

Tendo delineado em grandes linhas o âmbito circunscrito pelo tema da programação da atenção à saúde, objeto desta reflexão, cabe destacar que o foco da integralidade na PPI é o assistencial, enquanto um dos princípios valorativos do SUS e sua relação com os demais processos de planejamento de âmbito mais geral, enquanto um dos meios para alcançar o êxito técnico e o sucesso prático das ações integrais de saúde que visem ao interesse público no atendimento às suas necessidades.

A partir dos limites financeiros estabelecidos na PPI, a transferência de recursos federais fundo a fundo é realizada, regular e automaticamente, da União para os estados e municípios, para o custeio da assistência ambulatorial e hospitalar.

### **Relato da experiência capixaba**

A PPI, conforme já amplamente conceituada, é o resultado da conjugação entre as necessidades identificadas, *demanda necessária*, a partir das maiores evidências científicas possíveis; da capacidade instalada para responder a essa demanda e sua dispersão nos territórios regionais, que facilitam ou não o acesso; bem como dos recursos financeiros disponíveis e a força de trabalho qualificada para o atendimento das reais necessidades da população, sendo amplamente negociada nas instâncias legítimas dos gestores do SUS, sob a coordenação e harmonização dos estados.

A PPI no ES foi estabelecida a partir de diagnósticos de situação reais realizados pela APS e, na sua ausência, de critérios e parâmetros técnicos pactuados entre a SESA e o Colegiado de Secretarias Municipais de Saúde do Espírito Santo (COSEMS-ES), que guardavam, e ainda guardam, relação com os princípios da integralidade, equidade no acesso e a regionalização dos serviços de saúde, consubstanciando-se em um pacto solidário entre os gestores das três esferas de gestão do SUS.

A PPI elaborada em 2003, com pequena revisão em 2005, permaneceu estagnada até o ano de 2011, ou seja, não houve reprogramações participativas envolvendo os municípios, havendo apenas atualizações financeiras. A iniciativa de se elaborar uma nova programação era desejada, entretanto havia um grande descrédito na programação vigente à época. Foi necessário um grande esforço junto aos Colegiados de Gestão Regionais (atualmente CIR)

para se resgatar a importância de desenvolvê-la, o que resultou na adesão de 100% dos municípios capixabas.

O processo de definição dos diagnósticos locais e parâmetros assistenciais, negociados com os gestores e tido como necessário para que a programação fosse legítima, foi desenvolvido em oficinas regionais. Nessas oficinas, havia a participação de todos os municípios, por meio de seus técnicos e da maioria dos gestores municipais, com uma média de 95 a 98% de presenças em cada oficina, o que se pode considerar como uma ótima adesão dos secretários municipais de saúde ao novo processo de programação.

A elaboração das atividades internas na SESA e as atividades preliminares junto ao COSEMS-ES e CIB ocorreram de fevereiro a outubro de 2011, e as oficinas regionais ocorreram no mês de novembro, uma em cada região de saúde, com aproximadamente 40 horas de duração. A aprovação da PPI se deu na reunião da CIB do mês de dezembro daquele ano, com vigência a partir de 1º de janeiro de 2012.

O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Planejamento e Programação das Ações de Saúde (CGPAS), do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC) do MS, dedicou total apoio ao Estado para a elaboração da nova PPI, com a presença constante e efetiva do gerente da CGPAS e de um assessor técnico.

### **Programação Assistencial a partir da Atenção Primária em Saúde**

Para o desenvolvimento da PPI no Espírito Santo, teve-se o cuidado de utilizar todos os instrumentos de planejamento e gestão já disponíveis, extraíndo deles a *necessidade* para a programação assistencial, ou seja, não foram descartados os instrumentos que haviam sido previamente construídos, com a participação efetiva do conjunto de municípios capixabas.

Inicialmente, foi revisitado o Projeto Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde, no qual constava a elaboração do Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde (PD-APS), sendo um dos sete eixos estruturantes desse nível de atenção, que teve início das suas atividades no ano de 2008 e finalizadas em 2010 as oficinas pedagógicas dirigidas aos 78 municípios. Essas oficinas pedagógicas ocorreram num total de seis, entretanto para a elaboração da PPI foram utilizados os produtos das Oficinas 3 – Diagnóstico Situacional e 4 - Programação da APS.

O processo dessas oficinas consistia em que as Equipes de Saúde da Família, bem como as de Atenção Básica Convencional realizassem seus diagnósticos locais de saúde, utilizando o Caderno Instrucional da Oficina 3 como roteiro de trabalho. Cada equipe realizou seu diagnóstico, avaliando seus



indicadores epidemiológicos e sua capacidade instalada, utilizando, também, as informações e a problemática já identificadas no processo do Projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), proposto pelo Ministério da Saúde, que havia sido recentemente aplicado no Estado, com adesão de 98% dos municípios.

Vale ressaltar que, dos 78 municípios do Estado, 58 (74,36%) consolidaram suas programações locais a partir da realização ou revisão da territorialização, do diagnóstico situacional e do planejamento local da APS. Esta metodologia do PD-APS preconizava efetivamente oportunizar o desenvolvimento do planejamento ascendente, a partir da realidade local. Dos 78 municípios, 14 (17,95%) ainda não haviam consolidado suas programações à época (2011) e 6 (7,69%) optaram por não aplicar a metodologia do Plano Diretor da APS ou não se manifestaram. Dentre as quatro regiões de saúde, duas conseguiram consolidar suas programações e as outras duas não o fizeram pela falta de conclusão da consolidação do planejamento municipal. Para os demais municípios, a programação foi baseada em seus próprios dados e informações, como, por exemplo, Vitória, a capital do Estado; ou em parâmetros assistenciais, principalmente os estabelecidos na Portaria GM/MS n. 1.097/2006.

Vale, ainda, destacar que esta foi a primeira aproximação do planejamento local da APS com a programação assistencial especializada no Estado, portanto esse processo apresentava algumas inconsistências na programação, necessitando de aprimoramento, o que vem sendo realizado gradual e anualmente, desde 2012, nas reprogramações ordinárias que ocorreram sistematicamente ao final de cada ano, até 2014.

Para a definição dos parâmetros para a programação da atenção especializada, principalmente a ambulatorial, o passo seguinte foi submeter à crítica de todas as referências técnicas da SESA que atuavam na APS, na Coordenação de Normalização e na Vigilância em Saúde, dos três documentos utilizados pela SESA que continham evidências científicas, parâmetros assistenciais de cobertura populacional e de concentração de tecnologias: oito Diretrizes Clínicas da “Coleção Uma Nova Saúde”, vigentes à época; os parâmetros das Oficinas Pedagógicas nº 3 e 4 do PD-APS; e os parâmetros assistenciais da Portaria MS/GM n. 1.097/06 que, segundo o Ministério da Saúde, constituíam-se em “referenciais técnicos para orientar os gestores do SUS no planejamento, programação e priorização das ações de saúde, passíveis de se adequarem de acordo com realidades e especificidades regionais”.<sup>53</sup>

Os parâmetros foram confrontados entre si pelas equipes técnicas, o que resultou na modificação de algumas coberturas populacionais propostas

---

53 BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

pela Portaria MS/GM n. 1.097/06 e na estratificação de alguns procedimentos, como, por exemplo, o número de consultas médicas e de enfermeiros por área estratégica. Esta metodologia foi aprovada pelo COSEMS-ES, em assembleia, e posteriormente pela CIB, em agosto de 2011.

Além das 15 Áreas Estratégicas constantes da Portaria MS/GM n. 1.097/06, o Estado inseriu mais cinco: Vigilância em Saúde, Práticas Integrativas e Complementares, Saúde do Homem, Neoplasias em Geral e Violências, sendo o único estado do país a ter essa iniciativa. Também foram identificados e inseridos na programação três procedimentos que não constavam na Tabela SUS, mas que eram necessários para complementar as linhas de cuidados e que foram financiados com recursos de origem estadual.

Para este processo preliminar, foram estabelecidos onze Grupos de Trabalho Temáticos Bipartites (GTT) para aprimoramento da metodologia e validação dos conteúdos de cada uma das áreas estratégicas da PPI. Destes onze GTT, nove tiveram seus resultados inseridos na programação e os produtos dos dois outros grupos não puderam ser aproveitados por inconsistências de método. Também foram realizadas três oficinas de trabalho envolvendo todas as equipes técnicas da SESA e do COSEMS-ES, com a finalidade de capacitá-las para a elaboração das programações municipais.

Importante enfatizar que, embora a PPI contemple a programação da atenção básica, esta é de responsabilidade exclusiva dos municípios, não estando previstos referenciamentos intermunicipais. Entretanto, para a atenção ambulatorial especializada, a lógica de programação foi ascendente a partir do conhecimento das reais necessidades levantadas pela atenção primária, sendo que os municípios programaram as ações de sua população em conformidade com a rede de serviços no âmbito de seu território e realizaram os encaminhamentos, ou referenciamentos, para outros municípios daquelas ações que não possuíam oferta, por insuficiência ou inexistência de capacidade instalada.<sup>54</sup>

### **Programação da Atenção Especializada**

A programação da atenção especializada se deu em oficinas regionais e, previamente à sua realização, foi feito um alinhamento conceitual envolvendo todos os municípios e todas as câmaras técnicas dos colegiados regionais, da CIB e do COSEMS-ES.

Para melhor direcionar e apoiar os municípios, foi elaborado um instrutivo que trazia detalhadamente a estrutura da PPI, principalmente os dados e informações das áreas estratégicas estabelecidas na Portaria GM/

---

54 BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde...** *Op. cit.*

MS n. 1.097/2006, bem como todos os dados financeiros que comporiam a programação, tanto os de origem federal quanto os de origem estadual e os municipais foram incorporados no desenvolvimento das oficinas.

As oficinas nas quais as pactuações intergestores foram efetivadas ocorreram em territórios regionais, com infraestrutura adequada providenciada pelas Superintendências Regionais de Saúde.

Para as tecnologias de média complexidade, foram utilizados os parâmetros assistenciais e de cobertura e concentração avaliados e redefinidos pelas equipes técnicas da SESA e COSEMS e, na impossibilidade de se identificarem parâmetros baseados em evidências científicas, foram utilizados dados da produção de serviços a partir de uma série histórica temporal de cinco anos. Sabe-se que a série histórica da produção é atravessada por diversos vieses, sendo os mais importantes: o subdimensionamento de necessidades por não considerar evidências científicas, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a demanda reprimida, ou o superdimensionamento dessas necessidades pelo excesso de uso em relação a diversas tecnologias assistenciais que foram consumidas pela população sem referenciais científicos de necessidades que as justificassem.

Para a programação da alta complexidade e custos, foi desenvolvido um trabalho técnico tendo por base os referenciais estabelecidos pelo Ministério da Saúde em portarias específicas e, também, foram apreciados por câmaras técnicas, com aprovação pelo COSEMS-ES em assembleia e, posteriormente, pela CIB.

Fato que merece destaque foi o pacto firmado entre a SESA e os municípios em assembleia do COSEMS no mês de agosto de 2011 e, depois, em CIB, estabelecendo a divisão de responsabilidades sanitárias pelo cuidado em saúde dos usuários: os municípios seriam responsáveis pela atenção básica, conforme legislação; a SESA se responsabilizaria pela alta complexidade ambulatorial e hospitalar; e a atenção ambulatorial especializada de média complexidade seria de responsabilidade solidária entre os dois entes.

A partir desse produto, foi solicitado às referências técnicas que identificassem, na área de sua competência, tecnologias assistenciais indispensáveis da Linha de Cuidados para serem disponibilizadas para a população ou grupos populacionais específicos, para que se pudesse elaborar a programação e, também, para que fosse possível aferir a ampliação, a cada ano, do acesso da população a essas tecnologias e as respostas que os municípios e a SESA estariam dando às necessidades da população na dimensão do Pacto pela Vida de 2006. A essas tecnologias selecionadas por cada área se denominou *marcadores assistenciais*. Havia, portanto, a intenção de se monitorar a ampliação do acesso da população às ações e serviços de saúde, a cada ano,

para, por meio desses *marcadores*, gradualmente se alcançar a oferta suficiente para o atendimento às necessidades identificadas no processo de planejamento. Esses *marcadores assistenciais* seriam utilizados para o estabelecimento de *metas de alcance* a cada ano nos processos de reprogramações ordinárias.

Ainda neste contexto de definições, as referências técnicas, principalmente as que atuavam na Gerência de Vigilância em Saúde, identificaram os *eventos sentinela* que deveriam ser monitorados sistematicamente, como meio para se efetivar a Vigilância em Saúde e se qualificar essas áreas do Pacto pela Vida. Foi realizada uma oficina com todas as Câmaras Técnicas dos Colegiados de Gestão Regionais (atualmente Comissões Intergestores Bipartite Regionais - CIR), com as Referências Técnicas da SESA, com os Técnicos da CIB e com todo o corpo gerencial da SESA para apresentar a primeira versão dos *marcadores assistenciais* e dos *eventos sentinela*, ocasião em que várias sugestões de inclusões e exclusões foram feitas. Posteriormente, todos os *marcadores* e *eventos sentinela* foram submetidos a um grupo menor de sanitaristas e epidemiologistas para aperfeiçoamento do produto dos trabalhos em grupos. Este elenco de *marcadores assistenciais* passou por nove revisões até ser definida sua versão final.

Os *marcadores* estabelecidos foram utilizados para que fossem destacados individualmente esses procedimentos no SIS-PPI (Módulo Estadual), ou seja, todos os municípios e a SESA deveriam programá-los individualmente em suas respectivas programações. Cada um desses *marcadores* foi acompanhado dos respectivos códigos da Tabela SUS (SIGPTAP) para possibilitar sua programação na PPI e, posteriormente, seu acompanhamento. Esta metodologia teve início em função da necessidade de se acompanhar e garantir o acesso das mulheres gestantes e de seus recém-nascidos aos serviços da Rede Materno-Infantil (AMAI), que o Ministério da Saúde logo em seguida denominou de Rede Cegonha e, também, da população em geral no Eixo da Oncologia (Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas), em processo de implantação à época. A ideia pareceu tão oportuna às equipes técnicas que foi reproduzida para todas as ações estratégicas constantes da programação.

Vale destacar que, apesar do grande empenho em se definir estes *marcadores assistenciais*, a proposta não teve a adesão esperada, principalmente porque não foram planejadas e executadas as ações para a garantia da oferta das tecnologias. Também porque não havia à época protocolos de regulação para dar sustentação à garantia do acesso da população, ou seja, a utilização dos *marcadores* não foi institucionalizada.

Para a alimentação do Módulo Estadual do SIS-PPI, houve a participação de todas as referências técnicas da SESA, em agenda previamente pactuada. Ao final da alimentação da base estadual, foi constatado que todas as necessidades apontadas pelos parâmetros de cobertura da população e de

concentração dos procedimentos e agregados<sup>55</sup> não seriam possíveis de ser contempladas na programação assistencial por insuficiência de recursos. Constatou-se, a partir dos parâmetros definidos, um *déficit* de recursos de aproximadamente 222 milhões de reais, utilizando os valores referenciais da Tabela de Procedimentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (Tabela SUS) e o “teto financeiro de MAC”. No momento subsequente, foi preciso realizar os ajustes entre as necessidades apontadas nos diagnósticos locais e/ou pelos parâmetros assistenciais, de concentração e de cobertura, bem como dos recursos financeiros federais disponíveis. Portanto foi elaborada a *programação assistencial possível*, limitada pelo teto financeiro federal, que à época era de 432 milhões de reais aproximadamente. No momento dos ajustes financeiros ao “teto”, as mesmas equipes técnicas que definiram os parâmetros e alimentaram a base estadual foram as definidoras dos ajustes da programação original, ora com redução das coberturas populacionais, ora com redução das concentrações dos procedimentos. Entretanto havia o cuidado de não provocar redução da oferta de procedimentos constantes nas linhas de cuidados recentemente publicizadas pela SESA.

Ressalta-se que o que motivou a SESA a adotar esta metodologia foi a necessidade de tornar a programação assistencial uma *PPI-Viva*, que poderia ser ajustada em função da necessidade social, principalmente porque a PPI estava estagnada em sua programação há quase sete anos, sendo apenas atualizada monetariamente.

Foi pactuado entre a SESA e os gestores municipais que a programação original seria reprogramada ao final de cada ano, ordinariamente, e rotineiramente sempre que os municípios identificassem essa necessidade. Para tanto, foram realizadas reprogramações gerais em 2012 e duas em 2013, uma delas com vistas ao aprimoramento dos fluxos assistenciais em face da formalização dos Contratos Organizativos da Ação Pública de Saúde (COAPS), o que não ocorreu, com as repactuações sendo realizadas nas Comissões Intergestoras Regionais, com a emissão de resoluções que formalizavam esses pactos. Vale ressaltar que a reprogramação que ocorreu no final de 2013 vigorou durante o ano de 2014. Entretanto, a partir de 2015, não foram realizadas reprogramações gerais envolvendo todos os municípios e todos os itens de programação, pois o *software* da PPI não mais estava tendo manutenção pelo DATASUS/MS e constantemente apresentava problemas, e ainda apresenta, uma vez que permanece sendo utilizado na rotina da programação. Então, desde janeiro de 2015 até o momento presente, os remanejamentos físicos e financeiros e os fluxos assistenciais ocorrem por iniciativa individual de cada município, por iniciativa de um pequeno grupo de municípios diretamente interessados ou, ainda, por indução da SESA em

---

55 Agregados são agrupamentos de procedimentos pactuados, em formas de organização, conforme Tabela SUS.

situações que foi caracterizada a necessidade de fazê-los, mantendo-se a ideia da *PPI-Viva*.

A PPI capixaba vem sendo gradualmente utilizada como base para a regulação do acesso das tecnologias ambulatoriais, que vem se aprimorando a cada dia, embora ainda haja necessidade de um grande esforço para a compatibilização entre as metas programadas e as efetivamente colocadas à disposição da população. A regulação da atenção hospitalar não utiliza a programação da PPI, nem mesmo nas condições eletivas.

Por fim, é importante registrar que a programação assistencial do Espírito Santo, apesar de ter sido baseada em necessidades apontadas pelos municípios a partir da programação local realizada pela APS, ainda carece de um amadurecimento para se definirem as reais necessidades da população, ainda que tenham sido utilizadas diretrizes clínicas, parâmetros de cobertura e de concentração a partir de diagnósticos reais e/ou baseados em evidências científicas.

No ES, a PPI é coordenada pela Gerência de Regulação da Atenção à Saúde (GERAS), por meio do Núcleo Especial de Programação de Serviços de Saúde (NEPSS), unidades organizacionais vinculadas à Subsecretaria de Estado da Saúde para Assuntos de Regulação e Organização da Atenção à Saúde (SSAROAS), da Secretaria de Estado da Saúde. A autora deste estudo é a gerente do Núcleo Especial de Programação de Serviços de Saúde.

## **A dimensão financeira da Programação Pactuada e Integrada no ES**

A PPI no Estado, cuja primeira iniciativa ocorreu em 2003, sempre foi considerada sob o ponto de vista dos recursos financeiros, ou seja, dos recursos que eram repassados pelo Ministério da Saúde aos Fundos Municipais de Saúde. Em contraposição a esta ênfase essencialmente financeira, houve um grande esforço da SESA para se trabalhar com o “*enfoque da necessidade da população*” e considerar os limites financeiros (“*tetos*”) apenas como repercussão dessa necessidade.

A PPI, originalmente, foi fortemente concebida para a gestão dos recursos de origem federal inerentes ao Bloco de Financiamento da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), mas, embora até o momento no Brasil a PPI tenha praticamente se restringido a recursos federais de custeio, no Espírito Santo englobou recursos próprios do Estado e dos 78 municípios. A ferramenta eletrônica apresenta algumas funcionalidades que permitem a inserção de recursos de origem estadual e municipal, entretanto são muito limitados para se programar esses recursos principalmente para a atenção hospitalar e de alta complexidade ambulatorial individualmente por

prestador de serviços.

Sob o ponto de vista orçamentário e financeiro, a PPI deveria se configurar enquanto a base para a elaboração das Leis Orçamentárias Anuais (LOA) e das Programações Anuais de Saúde (PAS), dos estados e municípios, no que tange a atenção à saúde, mas nem sempre ela é vista por esta dimensão. Ela é a base para que o Ministério da Saúde, por meio do Fundo Nacional de Saúde, possa realizar as transferências de recursos federais para os Fundos Estaduais e Municipais relativos às ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, que no SUS é comumente conhecido como “recursos de MAC”, em observância aos limites financeiros (teto financeiros) estabelecidos pelo MS para os estados, e os que são fruto das negociações e deliberações entre os gestores nas CIR, com homologação pelas CIB e aprovação pelos Conselhos Estaduais de Saúde.

Estudos realizados durante o ano de 2011 comprovaram que, a partir dos parâmetros estabelecidos na PPI, havia um *déficit* de recursos financeiros de origem federal da ordem de 222 milhões de reais. No ajuste da programação ao “teto financeiro” estadual, registros foram realizados quanto às necessidades físicas que foram suprimidas e os respectivos recursos financeiros, o que permitiu que a cada ano fossem atualizados esses *déficits*. Estes registros revelam a evolução dos *déficits* a cada ano, conforme a seguir demonstrado na tabela 1:

Tabela 1: Déficit na programação financeira	
Anos	<i>Déficit na programação financeira</i>
<b>2011</b>	222.583.153,03
<b>2012</b>	264.326.117,04
<b>2013</b>	264.326.117,04
<b>2014</b>	395.817.108,29

FONTE: SESA/SSAROAS/GERAS/NEPSS.

Considerando que em 2014 o “teto financeiro” de MAC do Estado era de R\$ 622.867.712,61, naquele ano este limite deveria ser de no mínimo de R\$ 1.018.684.820,90 considerando o déficit de aproximadamente R\$ 395.817.108,29.

Para a aferição do *déficit* em 2015, a metodologia de apuração foi modificada, resgatando todos os parâmetros de cobertura populacional e de concentração dos procedimentos e dos agregados identificados como necessários para atender à demanda da população, considerando os valores unitários de cada procedimento da Tabela SUS, bem como dos custos

médios das AIH<sup>56</sup> baseados na produção de 2014. Este estudo mostrou que, considerando toda a necessidade identificada em 2011, o "teto estadual" deveria ser de 1,9 bilhão de reais.

Na elaboração da PPI, foi utilizado como referencial o valor de R\$ 432.662.854,94, que era o limite financeiro de recursos de MAC estabelecido pelo Ministério da Saúde no ano base de 2010. A Tabela 2 a seguir mostra a evolução do "teto financeiro" de 2011 a 2018 (relativo ao mês de setembro), que aponta uma evolução de 73,94%.

Tabela 2: Evolução do Limite Financeiro do Bloco de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, de origem federal - PPI, no período de 2010 a 2018	
Ano de referência	Limite Financeiro de MAC* R\$
2010	432.662.854,94
2011	459.057.675,10
2012	499.940.297,66
2013	600.075.304,42
2014	622.867.712,61
2015	723.673.647,56
2016	764.840.527,42
2017	776.117.145,09
2018**	798.488.343,57

NOTAS: \* Apurados em 31 de dezembro de cada ano; \*\* Apurado em setembro de 2018.

FONTE: MS/DATASUS/SISMAC.

Ainda que as macrorreprogramações anuais não ocorram desde 2015, conforme já mencionado, a movimentação dos recursos financeiros, respeitados os tetos financeiros dos municípios e do Estado, estão em constante atualização em função das microrreprogramações (remanejamentos físicos e financeiros e dos fluxos assistenciais) que vêm ocorrendo sistematicamente sempre que os municípios assim o desejarem, certamente observando o desenho das redes de atenção e os Planos de Ação Regionais de cada uma dessas redes.

Importante relatar que este estudo de *déficits* financeiros de longe reflete a real necessidade de recursos, uma vez que foram utilizados valores unitários da Tabela SUS que não são atualizados linearmente há mais de

56 O custo médio em saúde é o valor gerado pela divisão do total de recursos financeiros gastos, em determinado período, para produzir serviços de saúde (procedimentos, formas de organização e agrupamentos de serviços), pelo número de unidades desses serviços produzidos, que na programação assistencial representa o valor médio programado para o atendimento de procedimentos ou agrupamentos das forma de organização afins ("agregados").



uma década. Os valores defasados certamente interferiram nos estudos, principalmente nos dados que se mostraram discrepantes entre os valores médios das Autorizações de Internação Hospitalares (AIH) presentes na PPI e os efetivamente realizados, calculados por meio da produção assistencial registrada no Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Ainda que se saiba que o financiamento do SUS é de responsabilidade das três esferas de gestão, para efeito deste estudo, a Tabela SUS serviu de referencial, pois foi utilizada por dezesseis estados do país na elaboração de suas PPI.

### **Resultados alcançados**

Após aproximadamente sete anos de estagnação da programação, sendo atualizada apenas financeiramente naquele período, a metodologia adotada e a forma como foram conduzidas as pactuações no âmbito regional e, principalmente nas instâncias decisórias, levaram ao resgate da credibilidade na programação assistencial, em 2011 ainda que persista algum desconhecimento sobre sua importância para a gestão do SUS.

A possibilidade do conhecimento das reais necessidades da população e a transparência na alocação dos recursos financeiros tripartite disponíveis, de forma amplamente pactuada, foram *pontos altos* na elaboração da PPI do estado do Espírito Santo.

A legitimidade do processo de pactuação vem se dando pela maior transparência na elaboração e na execução da programação e pela participação municipal em todas as suas fases. Também é garantida por intermédio do processo eletrônico de remanejamento, que contém os registros desses remanejamentos, desde as solicitações realizadas pelos municípios em matrizes padrão, até a conclusão das pactuações.

A visão que os gestores tinham da PPI como sendo apenas um instrumento utilizado para a distribuição de recursos financeiros vem se modificando gradualmente ao longo destes sete anos de sua vigência, passando a ser compreendida como indutora de mudanças gerenciais e organizacionais, que culminaram com uma melhor adequação do perfil assistencial às necessidades de serviços de saúde da população. Um exemplo de mudança organizacional foi a inserção de um Núcleo de Planejamento e Programação de Serviços de Saúde no organograma da SESA. Outro exemplo é a existência de um lugar institucional nas Superintendências Regionais de Saúde do Estado para atuação das Referências Técnicas Regionais da PPI, de forma descentralizada. Outro exemplo a considerar foi a definição de Referências Técnicas Municipais da PPI por muitos municípios.

A experiência da PPI elaborada já de forma regionalizada, em 2011,

com oficinas de pactuação realizadas no âmbito dos territórios regionais, propiciou a descentralização gradual do gerenciamento local da Programação Assistencial desde 2013, com a definição de dois técnicos em cada região de saúde, que passaram a exercer a função de *referências técnicas regionais*. Isso levou, em 2015, ao estabelecimento do Fórum das Referências Técnicas Regionais e Estaduais da PPI, como uma estratégia para o fortalecimento da descentralização para assuntos de PPI, como um espaço de formação da força de trabalho que atua na PPI, de operacionalização dos remanejamentos e de apoio institucional aos municípios.

Merece destaque o *remanejamento* na PPI como importante dispositivo na busca da integralidade e da equidade no acesso, pois permite a reorganização do fluxo assistencial da média e alta complexidade, através da redefinição da programação do atendimento aos usuários do SUS. Estes remanejamentos, de âmbito mais geral, envolvendo os 78 municípios capixabas, que foram denominados de *remanejamentos ordinários*, ocorreram a cada ano, em 2012 e 2013; e os *remanejamentos de urgência* e aqueles denominados de *remanejamentos de rotina* (não urgentes) vêm reafirmando o conceito adotado no Estado de *PPI-Viva* e ocorreram, e ocorrem, sempre que os municípios identificaram essa necessidade. O remanejamento da PPI é a repactuação das *referências de atendimento* (ou fluxos assistenciais) nos pactos assistenciais e, conseqüentemente, a atualização dos “tetos” financeiros. As reprogramações de 2012 e 2013 contaram com a participação de 100% dos municípios das Regiões de Saúde Norte, Central e Metropolitana e 92,3% na Região Sul, com a ausência de dois municípios, que posteriormente realizaram suas reprogramações.

Em relação aos “tetos financeiros”, pode-se afirmar, sem receio de erro, que a transparência e a credibilidade na PPI estimularam os municípios a assumirem a gestão dos recursos financeiros da rede própria, cuja produção de serviços era ressarcida pela SESA, a partir das transferências de MAC realizadas pelo Ministério da Saúde. Nos Termos de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM) do Pacto de Gestão, componente do Pacto pela Saúde de 2006, diversos municípios manifestaram o desejo de, gradualmente, assumirem o comando único sobre toda a rede de prestadores de serviços de saúde. Entretanto estes TCGM foram sendo timidamente concretizados, o que resultou em 26 municípios não terem assumido o comando único, ou seja, estes municípios permaneciam apresentando mensalmente o consolidado de sua produção assistencial à SESA para posterior pagamento pelo FES. Estímulos foram feitos junto aos municípios e, de 2017 até 2018, todos os 26 municípios assumiram a gestão dos recursos de origem federal de seus próprios serviços municipais e de alguns prestadores sediados em seu território. Esta certamente é uma declaração de confiança na gestão dos recursos financeiros constantes na PPI.

Outro aspecto importante na gestão dos recursos financeiros da PPI foi o estabelecimento de limites financeiros oficiais a partir de 2014 para os 26 municípios que ainda não tinham comando único sobre toda a rede de prestadores e também de 36 estabelecimentos de saúde que prestavam serviços ao SUS estadual, mas que ainda não tinham relação contratual com a SESA. A efetiva gestão da PPI levou à formalização dos limites financeiros anuais e mensais para todos estes municípios e prestadores até que assumissem o comando único e fossem contratualizados, respectivamente.

Houve evolução no Limite Financeiro do Bloco de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar de 2011 a 2018 da ordem de 73,94%. Muito desse incremento teve como base argumentativa junto ao Ministério da Saúde a lógica da PPI-Viva, que acompanha toda a dinâmica da programação x produção assistencial.

Os remanejamentos revestem-se de importância em função de as ações em saúde possuírem uma dinâmica decorrente das alterações epidemiológicas, situacionais, o surgimento ou o ressurgimento das doenças e agravos, movimentos populacionais, a abertura e o fechamento de serviços e, também, de ações políticas e administrativas, como o estabelecimento de convênios, contratos, parcerias, dentre outros. Nesse contexto, os remanejamentos permitem ao gestor maior aproximação entre a necessidade da população e a oferta desses serviços.

Os constantes remanejamentos são uma declaração de que os *fluxos assistenciais* entre os municípios não são estáticos, ao contrário, são muito dinâmicos, favorecendo o acompanhamento do usuário no sistema e a produção do cuidado, de forma transparente e com o aceite tanto do *município executor atual* como do *município pretendido* (novo executor), que será o novo responsável pelos atendimentos e, também, pelas Superintendências Regionais de Saúde, se os serviços pleiteados estiverem sob gestão estadual. Este movimento dos *fluxos assistenciais* é apreciado pelas Câmaras Técnicas CIR e as deliberações são formalizadas por meio de resoluções das CIR, homologadas pela CIB, sem as quais a programação não é modificada na ferramenta eletrônica SISPPi.

A dinâmica no processo de remanejamentos levou à necessidade de se estabelecer uma normativa na qual estivesse bem posta toda a regra e os procedimentos necessários para sua efetivação. Foi, então, elaborada a Instrução Normativa Estadual n. 01 de 2016, com todos os fluxos desenhados em seus anexos, e levada à consideração do COSEMS-ES, das quatro CIR e, por último, da CIB-ES, com posterior publicação no Diário Oficial do Estado. Esta IN já passou por algumas atualizações, o que acontece sempre que é identificada a necessidade, para facilitar a operacionalização dos remanejamentos. Ela teve também a intenção de facilitar o Controle Social sobre a PPI.

A partir do conhecimento das reais necessidades da população, a PPI contribuiu para reorganizar, ampliar e qualificar a escala de serviços, com possível redução da demanda reprimida, propiciando melhorias efetivas na garantia do acesso da população às ações e aos serviços de saúde.

A PPI no Estado ganhou tamanha relevância que o Ministério Público Estadual frequentemente recorre à SESA e aos municípios para verificar se há programação em relação às diferentes tecnologias demandadas no processo de Judicialização da Saúde. O Ministério Público solicitou a instalação do SISPPi em suas dependências e já acionou a SESA por diversas vezes para conversas informais sobre a PPI, o que pressupõe a ampliação da credibilidade na gestão e resgate do prestígio social da programação.

A inserção de cinco novas áreas estratégicas na programação, a partir da identificação das necessidades, também foi um grande avanço na programação assistencial do Estado.

Um resultado importante obtido a partir da PPI foi a compatibilização entre os fluxos assistenciais pactuados na PPI com os da regulação do acesso, em oficinas regionais realizadas em 2016, nas Regiões de Saúde Norte e Metropolitana e, em 2017, na Região Central. A compatibilização entre estes fluxos na Região Sul não foi realizada.

Também vale ressaltar um avanço extremamente importante na definição de metas físicas referenciais para cada município, realizado pelo Núcleo de Regulação Ambulatorial de Consultas e Exames Especializados. Este processo consiste na identificação da efetiva oferta dessas consultas e exames pela SESA, por meio dos Centros Regionais de Especialidades (CRE) e o rateio entre os municípios, que é calculado proporcionalmente, utilizando-se a oferta real em relação *ao peso* de cada município na programação. Isso remete a um olhar mais detido pelos municípios sobre suas programações, o que levou muitos municípios a revê-las e provocar remanejamentos no sentido de garantir o acesso da população, pois, se assim não o fizessem, haveria a possibilidade de dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde.

Outra experiência importante foi a implantação de novas unidades de atenção especializada da Rede Cuidar, em uma lógica assistencial diferente das já existentes: em 2017, Unidade Cuidar de Nova Venécia; em 2018, as Unidades Cuidar de Santa Teresa, Guaçuí e Linhares, com remanejamentos físicos e financeiros da PPI realizados em oficinas envolvendo todos os municípios adscritos às unidades, como parte importante para a sustentabilidade dessas unidades, cujo financiamento vem se dando de forma tripartite.

## **Limitações**

Um dos grandes desafios da PPI é a falta de conhecimento de conceitos, processos e fluxos da PPI/ES. Um dos motivos apontados é a grande rotatividade dos técnicos e dos gestores de saúde no Estado. Por ser uma área que demanda conhecimento específico, a rotatividade desses profissionais gera dificuldade na gestão dos recursos do “Teto MAC”.

Também, a rotatividade dos gestores e dos técnicos municipais interfere na institucionalização das programações municipais enquanto instrumento de sustentação para a garantia de acesso da população à atenção especializada. Além disso, gera dificuldades na gestão dos recursos financeiros de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar de origem federal, por ser uma área da gestão do SUS que demanda conhecimentos específicos de planejamento, programação, financiamento, controle e avaliação, contratualização e regulação do acesso.

Uma relevante limitação na proposta e implantação da PPI reside no fato de os maiores municípios em densidade tecnológica não terem a habilitação em Gestão Plena sobre todos os prestadores de seu território geográfico, o que impôs à SESA responsabilizar-se por grande parte da atenção ambulatorial de alta complexidade e por quase toda a rede de atenção hospitalar, com alta concentração de recursos de origem federal sob sua gestão.

Outra dificuldade é que a contratualização da rede complementar do SUS é realizada sem observância às necessidades contidas na programação assistencial, ou muito pouco utilizada, tanto pela SESA quanto pelos municípios.

A fragilidade da ferramenta eletrônica SIS-PPI, que não vem sendo assistida pelo DATASUS desde 2014, vem dificultando o gerenciamento dos constantes problemas apresentados, como, por exemplo, não suportar as reprogramações ordinárias anuais, conforme pactuação realizada pelos municípios e a SESA, apresentando erros internos de operação, o que exige cuidados adicionais.

A oferta atual inserida na programação – metas físicas – de muitos procedimentos está abaixo da necessidade, pela impossibilidade de atualização dos parâmetros utilizados de 2011 a 2014, pelas limitações da ferramenta e de recursos financeiros.

Outras limitações são: a impossibilidade de inserção no SISPPPI dos procedimentos que vêm migrando do componente FAEC para o MAC; dos novos procedimentos inseridos na Tabela SUS; dos procedimentos que tiveram sua descrição alterada; outros que tiveram seus valores unitários também alterados; os valores médios das AIH defasados e que não são atualizados

desde 2015, decorrente das dificuldades referidas na ferramenta eletrônica, o que exige programações à parte do SISPPI.

O monitoramento sistemático da programação de cada município com a efetiva produção, que ocorre anualmente, ainda que se reconheça que haja sub-registros e não registros de toda a produção de serviços, aponta que diversos municípios têm registrado nos Bancos de Dados do SIA e SIH a produção acima do limite estabelecido na PPI. Entretanto outros municípios têm produção aquém do “teto”, o que permite a evidenciação da necessidade de incorporação de mais recursos no “teto estadual” de MAC por parte do Ministério da Saúde.

A não adesão das equipes técnicas e gerenciais aos marcadores assistenciais e eventos sentinela estabelecidos pelo conjunto de técnicos da SESA e COSEMS-ES. Vale destacar que, apesar do grande empenho em se definir estes *marcadores assistenciais*, a proposta não teve a adesão esperada, principalmente porque não foram planejadas e executadas as ações para o monitoramento dos eventos sentinela e das tecnologias marcadoras para a garantia da oferta das mesmas e, também, porque não havia à época protocolos de regulação do acesso suficientes para dar sustentação à garantia do acesso da população.

## Desafios

Trata-se de um desafio a adoção de iniciativas de programação que aprimorem o diálogo com as *necessidades* da população, descartando qualquer iniciativa que não leve em consideração os beneficiários dos serviços prestados pelo SUS – a população usuária das ações e serviços de saúde.

Considerando que a programação assistencial vigente será substituída pela Programação Geral das Ações e Serviços e Saúde (PGASS), a PPI nos desafia no desenvolvimento desse novo processo de planejamento e programação regional, no sentido de dar concretude às ações que não foram possíveis na execução da PPI. Este desafio tem diferentes dimensões, tendo como principais:

- a) a ampliação da eficiência alocativa e a eficiência no gasto público com saúde com os recursos tripartite existentes no Estado;
- b) a articulação tripartite dos investimentos de médio e longo prazo nas Regiões de Saúde, por meio de Mapas de Investimentos Regionais, capazes de gradualmente incrementarem serviços estratégicos para cobrirem as necessidades da população e que contribuam para o desenvolvimento regional, a partir do conhecimento dos vazios assistenciais e de recursos financeiros, consequentes dos estudos de suficiência de serviços;

- c) a programação assistencial como indutora e norteadora do desenvolvimento de habilidades e competências regionais, levando à qualificação dos processos de trabalho e das estruturas organizacionais e, também, como um dos dispositivos para o fortalecimento regional e de governança local;
- d) a programação assistencial apoiando a tomada de decisões regionais para a implementação das redes de atenção, fortalecendo a autonomia decisória nesse espaço de planejamento regional;
- e) a elaboração de Planos Municipais de Saúde e do Plano de Ação Regional que considere as necessidades comuns entre os municípios que careçam de enfrentamento regional;
- f) que os processos de contratualização se deem regionalmente e sejam realizados em observância ao estabelecido nas programações regionais;
- g) que a programação assistencial seja efetivamente a orientadora da regulação do acesso regional, principalmente para a atenção ambulatorial e as condições consideradas eletivas e para as condições agudas que se configurem em um referencial no acesso da população aos serviços de saúde, tendo como produto a ampliação da resolutividade e a integralidade na atenção à saúde da população;
- h) que os atuais modelos de provisão de serviços passem por processos de reflexão, no sentido de que a prestação de serviços se dê considerando as necessidades dos indivíduos como um todo, evitando a fragmentação no acesso e no uso dos serviços, com o desenvolvimento de contratualizações que sejam realizadas por *procedimentos vinculados* e por *orçamentação*, restringindo as contratualizações por procedimentos e pagamentos por produção ao que for estritamente necessário.

### Considerações finais

No âmbito das políticas públicas, a saúde vem delineada como única considerada de “relevância pública” na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que estabelece princípios éticos e doutrinários, dentre eles a integralidade na atenção. A saúde pública é, indubitavelmente, “o direito social mais relevante, intimamente ligado ao direito à vida e à dignidade da pessoa humana”.<sup>57</sup> Há verdadeiros direitos públicos subjetivos que devem ser garantidos, observando uma ética em busca da justiça social, entretanto o tema da integralidade, como princípio e diretriz geral, apesar de estar pautado nos debates desde o final dos anos setenta, ainda é uma meta que impõe desafios de

---

57 CURY, I. T. **Direito fundamental à saúde: Evolução, Normatização e Efetividade.** Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2005.

várias ordens de dificuldades para que ela possa vir a ser alcançada no Brasil.<sup>58</sup>

A APS não pode ser compreendida como um *lugar* para o atendimento aos problemas de saúde de menor complexidade. Para que a integralidade se efetive, a atenção primária deve ofertar serviços que sejam condizentes com as necessidades locais, levantadas em diagnósticos para um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada território e a construção de uma prática resolutiva. A partir da atenção primária, esgotada sua capacidade resolutiva, inicia-se sua relação com os demais níveis da atenção especializada da Rede de Atenção e, neste momento, a PPI ganha maior valor no suporte ao acesso da população aos serviços de saúde prestadores do cuidado na dimensão mais especializada da atenção à saúde e que exige maior densidade tecnológica.

Considerando que a atenção integral aos usuários do SUS pressupõe a articulação das ações de promoção, prevenção e assistência, há uma relação muito íntima entre a integralidade na assistência e a regulação do acesso, entre a atenção básica e os níveis secundário e terciário, bem como a saúde individual e a saúde coletiva. Significa dizer que o acesso dos indivíduos a esses serviços mais especializados, que complementam a resolutividade da APS, é mediado pela programação assistencial (PPI) e pela regulação do acesso.

No Setor Saúde, é na atenção primária que as articulações intersetoriais se dão de forma mais efetiva. A intersetorialidade supõe essas articulações não apenas no campo do diálogo e do trabalho simultâneo entre os atores envolvidos, mas, sobretudo, pela busca por resultados integrados e, neste contexto, a integralidade é compreendida como um conjunto de princípios que apoiam a perspectiva da construção de uma sociedade mais justa e solidária, com organização da demanda e do acesso aos serviços primários e especializados, pressupondo uma atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade.

A PPI foi elaborada e concluída em 2011, entrou em vigência a partir de janeiro de 2012 e foi reprogramada ao final de 2012 e 2013. A reprogramação de 2013 foi realizada para vigorar durante o ano de 2014. Entretanto, a partir de 2015, as reprogramações envolvendo todos os municípios não mais observam as recomendações de realizá-la anualmente. Portanto sugere-se um resgate desta sistemática a partir da vigência da PGASS, que virá a substituir a PPI, com a definição de novos parâmetros, de uma nova programação e, conseqüentemente, uma nova composição física e financeira para os procedimentos presentes nas diversas Diretrizes Clínicas, bem como de novos fluxos de atendimento, novas pactuações e novos “tetos financeiros” da atenção especializada.

---

58 SIQUEIRA, M. P. **Regulação Assistencial e Integralidade na assistência à saúde em Vitória – ES, sob a perspectiva da análise institucional...** *Op. cit.*; SIQUEIRA, M. P.; BUSSINGUER. A saúde no Brasil enquanto direito de cidadania: uma dimensão da integralidade regulada... *Op. cit.*



O desejo de realizar este relato de caso e a contextualização histórica da PPI no SUS do Estado está relacionado à atuação da autora deste estudo nesta área, mas, sobretudo, para deixar este registro histórico à disposição da comunidade acadêmica, dos gestores municipais de saúde e equipes técnicas estaduais e municipais, de um processo de planejamento e programação assistencial ainda vigente no Estado, que será em breve substituído. Dessa maneira, esta visão pessoal da autora sobre a história da PPI no ES pode contribuir para preservá-la e servir de base para a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS) e de novos estudos e abordagens sobre o tema.

Em decorrência do Decreto Federal n. 7.508/11, suas regulamentações estabeleceram que a PPI fosse substituída pela Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde. Esta não será uma mera substituição, mas sim uma mudança importante na forma de programação, que não mais será individualizada por município, mas será desenvolvida por todos os municípios em uma Região de Saúde, o que significa dizer que, em vez de 78 programações municipais individuais, no Espírito Santo, haverá quatro PGASS, coincidindo com o número de Regiões de Saúde, com a participação de todos os municípios. Certamente, para o Espírito Santo, este processo de mudanças se dará de forma mais suave do que foi o da PPI, pois já se tem a prática institucionalizada de programações regionalizadas e de pactuações efetivas entre os gestores, ainda que se reconheça o grande desafio para a mudança na forma de se explicitar esta programação na PGASS.

### **Agradecimentos**

A autora agradece ao Secretário de Estado da Saúde do período de gestão 2011-2014, Dr. Tadeu José Marino, por ter lhe possibilitado atuar como coordenadora do processo de elaboração e execução da PPI; ao Subsecretário de Estado da Saúde para Assuntos de Regulação e Organização da Atenção à Saúde, Dr. Geraldo Corrêa Queiroz, pelo importante apoio em todo o desenvolvimento da programação assistencial; a todos os Secretários Municipais de Saúde capixabas que participaram daquele momento; às equipes técnicas da Secretaria de Estado da Saúde e às equipes técnicas municipais pela sustentação técnica na definição dos parâmetros; ao gerente da Coordenação Geral da Programação Assistencial em Saúde - CGPAS do Ministério da Saúde, Sr. Marcos Marinho, e seu Assessor Adeilson Moreira Campos Júnior. Agradecimento especial à EMESCAM, pela possibilidade de divulgar este processo de planejamento e programação assistencial no estado do Espírito Santo, um marco na história da saúde pública capixaba.

## Referências:

ANDRADE, L. O. M. [et. al.]. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa [et. al.]. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006, p. 783-830.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 15 mar. 2018.

BRASIL. **Lei Federal n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 15 mar. 2018.

BRASIL. **Decreto Federal n. 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei n. 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] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, de 29 jun. 2011a. Seção I, p. 1-3. Acesso em: 18 mar. 2018.

BRASIL. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 1986. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf). Acesso em: 15 mar. 2018.

BRASIL. Secretaria Executiva. **Regulamento dos Pactos Pela Vida e de Gestão**. Brasília, DF; 2006.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 148p. (Série B. Textos Básicos de Saúde; Série Pactos pela saúde, v. 5).

BRASIL. **Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a descentralização com equidade no acesso**. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Portaria MS/GM nº. 373, de 27 de fevereiro de 2002a e regulamentação complementar. 2. Ed. Rev. Atual. Brasília. MS: 2002. Série A: Normas e Manuais Técnicos. Acesso em: 15 mar. 2018.

BRASIL. **Portaria GM/MS n. 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Aprova a Norma Operacional Básica do SUS - NOB 01/96. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 6. nov. 1996. Seção I, p. 22932-40. Acesso em: 15 mar. 2018.

BRASIL. **Portaria GM/MS n. 2.135, de 25 de setembro de 2013**. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/gm/2013/prt2135\\_25\\_09\\_2013.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html). Acessado em: Acesso em: 12 jun.2017.

BRASIL. **Portaria GM/MS n 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [https://www.google.com.br/h?q=Portaria+GM%2FS+n+4.279%2C+de+30+de+dezembro+de+2010&rlz=1C1OKWM\\_pt-BRBR802BR802&oq=Portaria+GM%2FS+n+4.279%2C+de+30+de+dezembro+de+2010&aqs=chrome.69i57j0l2.2447j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com.br/h?q=Portaria+GM%2FS+n+4.279%2C+de+30+de+dezembro+de+2010&rlz=1C1OKWM_pt-BRBR802BR802&oq=Portaria+GM%2FS+n+4.279%2C+de+30+de+dezembro+de+2010&aqs=chrome.69i57j0l2.2447j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8). Acesso em: 21 set. 2018.

BRASIL. **Comissão Intergestores Tripartite – CIT, n. 4, datada de 19 de julho de**

2012. Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Acesso em: 23 abr. 2018.

BRASIL. **Resolução da Comissão Intergestores Tripartite - CIT, nº 37, de 22 de março de 2018.** Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Disponível em: [http://www.lex.com.br/legis\\_27629181\\_RESOLUCAO\\_N\\_37\\_DE\\_22\\_DE\\_MARCO\\_DE\\_2018.aspx](http://www.lex.com.br/legis_27629181_RESOLUCAO_N_37_DE_22_DE_MARCO_DE_2018.aspx). Acesso em: 07 set. 2018

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Documento referência: **Diretrizes e Proposições Metodológicas para a Elaboração da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde:** [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/3a\\_260712.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/3a_260712.pdf). Acesso em; 12 jun. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS.** Brasília: CONASS, 2011b. 534p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, v. 13). Acesso em: 15 mar. 2018.

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização – PDR – ES 2011.**

BOURGUIGNON, J. A. **Concepção de Rede Intersetorial**, 2001. [artigo científico]. Disponível em URL: <http://www.uepg.br/nupes/intersetor.htm>. Acesso em: Jan. 2009.

CECÍLIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In.*: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. de (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001.

CKAGNAZAROFF, IB. e MOTA, NR. Considerações sobre a relação entre descentralização e intersetorialidade como estratégias de modernização de prefeituras municipais. **E & G, Economia e Gestão**, Belo Horizonte, v. 3, n. 6, p. 23-41, 2003.

CURY, IT. **Direito fundamental à saúde:** Evolução, Normatização e Efetividade. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2005.

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

MATTOS RA de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões sobre valores que merecem ser defendidos. *In.*: PINHEIRO, R; MATOS, R. A. (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde.** Rio de Janeiro: Cepesc, 2001.

MATTOS, R. A. de. Integralidade e formulação de políticas específicas de saúde. *In.*: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. de (org.). **Construção da integralidade:** cotidiano, saberes e práticas de saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 2003.

MATTOS, RA de. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. *In.*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde:** o cuidado como valor. 2 ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2009.

MENDES, EV. *In* Silva, JR AG. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: O debate no campo da Saúde Coletiva.** 2. ed. São Paulo: HUCITEC; 2003. p. 81.

MENDES, EV. **As redes de atenção à saúde.** 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Colegiado Nacional de Secretários de Saúde, 2011.

SIQUEIRA, M. P. **Regulação Assistencial e Integralidade na assistência à saúde em Vitória – ES, sob a perspectiva da análise institucional.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Estado do Espírito Santo, Vitória, 2010.

SIQUEIRA, M. P.; BUSSINGUER. A saúde no Brasil enquanto direito de cidadania: uma dimensão da integralidade regulada. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, n. 8, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TOBAR, F; YALOUR M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.



# A DINÂMICA DA OFERTA DE LEITOS NO SUS DO ES: BREVE HISTÓRICO E DADOS DE 1990 A 2017 E CONTEXTO ATUAL

*Ricardo de Oliveira<sup>1</sup>*

*Marcia Portugal Siqueira<sup>2</sup>*

*Francisco José Dias da Silva<sup>3</sup>*

*Laudeir Angelo Delmaschio<sup>4</sup>*

## Introdução

A Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA-ES) acompanha, sistematicamente, a oferta e a demanda por serviços públicos de saúde. Nesse sentido, em maio de 2018, realizou um estudo sobre os leitos existentes no Estado no período de 1990 a 2017, com a finalidade de verificar a dinâmica no número de leitos hospitalares ofertados e utilizados pela população, exclusivamente em hospitais com qualquer tipo de vinculação com o SUS, sejam aqueles com convênios, contratos, termos de fomento; sejam os que não tinham nenhum vínculo contratual, entretanto eram cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Ministério da Saúde (MS), e que tinham limite de “*teto financeiro*” definido e apresentavam à SESA ou aos municípios a produção de serviços. Este estudo, apesar de revelar números de hospitais e leitos desde o ano de 1990, teve ênfase no período de 2010 a 2017.

O objeto deste estudo recai sobre leitos hospitalares e o objetivo foi o de verificar o comportamento na oferta de leitos na linha de tempo, desde o ano de 1990. Não teve, portanto, o propósito de avaliar o acesso, a utilização e nem a realidade assistencial no período, restringindo-se tão somente à análise numérica. Entretanto, ainda que limitado à oferta quantitativa, este estudo não é de simples análise, uma vez que muitos destes hospitais efetivamente encerraram suas atividades, outros mudaram a razão social ou de perfil

---

1 Engenheiro de Produção. Secretário de Estado da Saúde do Espírito Santo, período 2015-2018.

2 Farmacêutica. Msc. em Saúde Coletiva. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Subsecretaria para Assuntos de Regulação e Organização da Atenção à Saúde. Núcleo Especial de Planejamento e Programação de Serviços de Saúde. Professora, do curso de Pós Graduação de Auditoria e Regulação em Saúde pela Escola de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, Vitória - ES, Brasil.

3 Médico Geral Comunitário. Especialista em Saúde Pública. Médico da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Subsecretaria de Gestão Estratégica e Inovação. Atualmente gerente de Planejamento e Desenvolvimento Institucional.

4 Administrador. Especialista em Regulação no SUS, Instituto Sírio e Libanês; MBA Executivo em Saúde, Fundação Getúlio Vargas. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Subsecretaria para Assuntos de Regulação e Organização da Atenção à Saúde Núcleo Especial de Planejamento e Programação de Serviços de Saúde.

assistencial ou, ainda, encerraram suas atividades e tempos depois reabriram suas portas para o atendimento ao público, o que, conseqüentemente, leva a um movimento assistemático na oferta de leitos.

A metodologia adotada neste estudo se restringe à busca de dados no CNES do Ministério da Saúde no período de 1990 a 2018, com ênfase no período de 2010 a 2018. A pesquisa foi realizada na biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online – SciELO*, que abrangeu periódicos científicos brasileiros, e na *Biblioteca Virtual em Saúde* do Centro Latino-americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) sobre o tema, com a finalidade de uma sustentação teórica com base principalmente na literatura nacional pertinente ao estudo, constituída de artigos, periódicos científicos, monografias, dissertações e teses de doutorado. O período de realização da busca nas bibliotecas virtuais se deu no ano de 2017 e foi mais concentrada durante os meses de junho a outubro de 2018.

Este estudo, à semelhança de tantos outros realizados anteriormente, revela que, até meados dos anos 2000, não havia registros de todos os estabelecimentos existentes no Estado nos Bancos de Dados do MS que realizavam internações e, conseqüentemente, dos leitos. Este fato tem relevância se se considerar que apenas aos estabelecimentos com algum vínculo com o SUS era exigido o cadastramento no CNES, portanto os estabelecimentos privados, sem nenhuma vinculação com o SUS, não precisavam se cadastrar no sistema nacional.

Embora o CNES tenha sido instituído em 2000, por meio da Portaria SAS/MS n. 376, datada de 3 de outubro, somente a partir de 29 de dezembro de 2000, por meio da Portaria GM/MS n. 511/2000 foi que o CNES ganhou importância para o conhecimento de todos os estabelecimentos de saúde existentes no país, mediante o uso obrigatório da Ficha Cadastral dos Estabelecimentos de Saúde (FCES), bem como a criação do Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Esta portaria determinou: o recadastramento de todos os estabelecimentos de saúde prestadores de serviço ao SUS, o cadastramento dos estabelecimentos de saúde hospitalares não contratados/conveniados com o SUS e dos estabelecimentos ambulatoriais, pessoas jurídicas, não vinculados ao SUS.

O CNES traz informações relacionadas a diversos aspectos da unidade de saúde, tais como: localização geográfica, área física, equipamentos que possui, serviços hospitalares e ambulatoriais, recursos humanos, informando quantos e quais são os profissionais que prestam serviços no estabelecimento e, também, convênios ou contratos estabelecidos pelas instituições. É um dispositivo regulatório fundamental na gestão do SUS, apoiando principalmente as funções de planejamento, programação assistencial, contratualização, monitoramento e avaliação, financiamento e auditorias.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) passou a exigir o cadastro de todos os estabelecimentos de saúde no CNES, a partir de 2006, sendo uma das exigências para a liberação dos alvarás de licença sanitária. As Resoluções da Diretoria Colegiada – RDC n. 302, de 14 de outubro de 2005 e a RDC n. 11, datada de 26 de janeiro de 2006, passaram a exigir o CNES para serviços estratégicos prestados à população. Essas RDCs servem para reforçar a necessidade do CNES como meio de aprovação e de certificar-se que os estabelecimentos de saúde participaram do cadastro para que seja possível realizar maior controle sobre eles.

Recentemente, em 2015, a Portaria GM/MS nº 1.646, de 2 de outubro, instituiu, de fato, a obrigatoriedade do CNES, conforme descrito em seus Artigos 4º e 5º:

Art. 4º O cadastramento e a manutenção dos dados cadastrais no CNES são obrigatórios para que todo e qualquer estabelecimento de saúde possa funcionar em território nacional, devendo preceder aos licenciamentos necessários ao exercício de suas atividades, bem como às suas renovações.

Art. 5º O CNES é a fonte de informações oficial sobre estabelecimentos de saúde no país, devendo ser adotado por todo e qualquer sistema de informação que utilize dados de seu escopo e ser utilizado como fonte para todas as políticas nacionais de saúde.

Este registro relativo ao CNES tem for finalidade revelar que este estudo apresenta limitações, considerando que na primeira década da linha do tempo em questão, os números de hospitais e leitos são, em quase sua totalidade, representados apenas por estabelecimentos que prestavam algum tipo de serviço ao SUS, ou seja, não havia hospitais privados com fins lucrativos cadastrados.

Os relatórios extraídos do CNES comprovam que, nos anos 90, e até meados dos anos 2000, não havia registros de todos os hospitais do estado do Espírito Santo nos sistemas oficiais. Ainda assim, este estudo tem relevância, pois apresenta dados daqueles estabelecimentos que efetivamente atendiam à população capixaba.

### **Breve revisão da literatura**

Esta breve revisão de literatura não tem a pretensão de aprofundar as reflexões sobre a atenção hospitalar no Brasil e principalmente no Sistema Único de Saúde, mas tão somente contextualizar as dimensões abordadas neste estudo capixaba em relação ao cenário nacional atual. Portanto não se pretende aqui retroagir no tempo para relatos históricos e dados antigos que



pouco contribuiriam para a compreensão do momento presente, uma vez que a ênfase deste estudo reside no período de 2010 a 2017, com alguns dados e informações do ano de 2018. O marco regulatório do Ministério da Saúde que trata do dimensionamento dos leitos também será abordado e comentado.

Cherubin e Santos afirmaram em uma de suas publicações “que os hospitais na antiguidade eram lugares para hospedar e por muito tempo associado a lugar de pobres e pessoas enfermas”.<sup>5</sup> Para Santos (2017), a palavra hospital deve sua origem ao Egito e à Índia. Conforme a literatura e a conceituação dicionarizada, hospital deriva da palavra *hospes*, que significa “hóspede” ou “visita”, dos quais resulta em *hospitalitas* (hospitalidade).<sup>6</sup>

O conceito de hospital, nos dias de hoje, vem por intermédio da Organização Mundial da Saúde (OMS), como um espaço de recuperação do bem-estar físico-mental. Trata-se de um estabelecimento ou lugar no qual são atendidos indivíduos que padecem de determinada doença e que buscam diagnóstico e tratamento e onde se pratica também a investigação e o ensino.

Segundo Duarte, no período do pós-guerra, a Inglaterra, em 1960, foi um dos primeiros países a tomar a iniciativa de desativar leitos e encerrar as atividades de alguns hospitais de modo planejado e organizado.<sup>7</sup> Naquela ocasião, “o país dispunha, em média, de 7 leitos para cada 1.000 habitantes”, enquanto um estudo governamental estimava que cinco leitos por mil habitantes seriam suficientes. Na mesma linha de reflexões, Paganini e Novaes, em estudos realizados desde 1960, também afirmaram que na América do Sul vem havendo uma diminuição no número de leitos por mil habitantes em todos os países, exceto no Brasil, “que no período de 1960 a 1990 passou de 3,0 para 3,6 leitos por 1000 habitantes”.<sup>8</sup> Ainda segundo os autores, o mesmo ocorreu no Caribe Latino, tendo sido Cuba o único país que aumentou a oferta de leitos hospitalares nesse período.

Em seus estudos, Bittar afirmou que a realização de muitos procedimentos, e mesmo cirurgias realizadas em ambiente ambulatorial, já representavam à época uma redução de mais de 20% das cirurgias, de vários exames diagnósticos e terapias, se comparadas às realizadas em regime de internação hospitalar.<sup>9</sup>

---

5 CHERUBIN, N. A.; SANTOS, N. A. **Administração hospitalar**: fundamentos. 3 ed. São Paulo: Loyola, 2002.

6 SANTOS, N. M. **Organização da saúde em Curitiba**: estudo de caso de leitos hospitalares. (PUCPR). Congresso Virtual Brasileiro – CONVIBRA. 2017.

7 DUARTE, IG. Leitos Hospitalares: algumas considerações. **RAS - Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 2, n.5, p. 5-9, 1999.

8 ZOBOLI *apud* PAGANINI, J. M.; NOVAES, H. M. **El hospital público**: tendencias y perspectivas. Washington, DC, OPAS - HSS/SILOS, 1994 Centro Universitário São Camilo. Edições Loyola. 2002.

9 BITTAR OJNV. Ambulatório: da simplicidade à complexidade, é uma solução. Ver. Paul. Hosp. 37 (1/4), 1990.

O autor ainda ressaltou que as novas tecnologias permitiram a realização em ambulatório de uma série de atendimentos clínicos e procedimentos cirúrgicos que antes eram realizados em hospitais e que, “do mesmo modo, essas novas tecnologias aplicadas no ambiente hospitalar permitiram a redução do tempo médio de permanência de muitos dos pacientes que necessitaram de internação”, contribuindo para a redução na necessidade de leitos.

Em 2002, por meio da Portaria GM/MS n. 1.101, datada de 12 de junho de 2002,<sup>10</sup> em seu item 3. PARÂMETROS DE COBERTURA HOSPITALAR e subitem 3.2. FÓRMULA PARA O CÁLCULO DO NÚMERO DE INTERNAÇÕES, POR ESPECIALIDADE, PARA DETERMINADA POPULAÇÃO NO ANO, estabeleceu que o percentual de internações da população em geral poderia variar entre 7% a 9%.

A mesma portaria trouxe, na forma de uma nota, que: “a média/Brasil, em 1999, de AIH pagas sobre a população, foi de 7,58%”.<sup>11</sup> No subitem 3.5. NECESSIDADE DE LEITOS HOSPITALARES, estimava-se a necessidade de leitos hospitalares da seguinte forma:

- a) Leitos Hospitalares Totais > 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes;
- b) Leitos de UTI: calcula-se, em média, a necessidade de 4% a 10% do total de Leitos Hospitalares; (média para municípios e grandes regiões, etc.).

A Portaria GM/MS, n. 1.097, datada de 22 de maio de 2006,<sup>12</sup> definia que a Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Assistência em Saúde fosse um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde e, em seu artigo primeiro, dizia que:

**Art.** 1º Definir que a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) onde, em consonância com o processo de planejamento, *são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território*, bem como efetuados os pactos intergestores para

---

10 A Portaria GM/MS n. 1.101, datada de 12 de junho de 2002, foi revogada por meio da Portaria GM/MS n. 1.631, datada de 1 de outubro de 2015, que aprovou critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Nota 1. Para municípios, regiões e estados que, em decorrência da influência de fatores estruturais e/ou epidemiológicos, apresentam percentuais de cobertura hospitalar diferentes do utilizado na fórmula acima (8%), deve-se substituir, na fórmula, o coeficiente ali escolhido pelo real apurado (0,08 por 0,07 ou 0,09 etc).

11 BRASIL. **Portaria n. 1101, de 12 de junho de 2002.** 1ª PARTE e 2ª PARTE. Parâmetros Assistenciais do SUS. DOU de 19 de Junho de 2002, Nº 112 - Seção 1, quinta-feira, 13 de junho de 2002. Gabinete do Ministro. Brasília. Distrito Federal, 2002.

12 A Portaria GM/MS n. 1.097, de 22 de maio de 2006, foi revogada e seu conteúdo foi incorporado à Portaria de Consolidação nº 5, datada de 28 de setembro de 2017, em seu Capítulo VIII – Art. 630 ao 642 e seus anexos LVI e LVII, que trata da “Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde”.

garantia de acesso da população aos serviços de saúde.

Parágrafo único. A Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos, e *definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados*, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios.<sup>13</sup>

A partir da portaria acima referida, foi publicado um manual com a finalidade de elaborar a PPI intitulado “Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde”. Em seu item 5.2.4. Alta Complexidade Hospitalar, o manual descreve que: “Para a programação do quantitativo de internações recomenda-se a utilização do parâmetro de 6% a 8% da população geral ao ano”.<sup>14</sup>

A Portaria GM/MS n. 1.631, de 1 de outubro de 2015,<sup>15</sup> aprovou os Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do SUS – “Parâmetros SUS”, para apoiar estados e municípios nesses dois processos, tendo sido incorporada à Portaria de Consolidação GM/MS n. 1, de 28 de setembro de 2017. Essa portaria não estabelece o percentual aceitável de internações, ao contrário, trata de uma metodologia de cálculos que considera diferentes cenários, com base na combinação dos seguintes enfoques metodológicos<sup>16</sup>, conforme descrito a seguir:

#### Seção VI - Atenção hospitalar (Leitos e Internações)

Os parâmetros para Leitos e Internações foram definidos com base na combinação dos seguintes enfoques metodológicos:

análise de evidências científicas, protocolos clínicos e terapêuticos que definem linhas de cuidado e modelos de organização de redes de atenção, selecionados a partir de revisão de literatura nacional e internacional;

análise da estrutura e rendimento, com base nos dados disponíveis no Brasil, da capacidade instalada de hospitais e leitos e da produção nacional de internações hospitalares;

---

13 BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA. **Resolução RDC n. 11, de 26 de janeiro de 2006**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011\\_26\\_01\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html). Acesso em: jun. 2018. *Grifo nosso*.

14 *Ibidem*, p. 35.

15 A Portaria GM/MS n. 1.631, de 1 de outubro de 2015, foi revogada e seu conteúdo incorporado à Portaria de Consolidação nº 1, datada de 28 de setembro de 2017, em seus artigos 102 ao 106, que trata da Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

16 Estes enfoques metodológicos orientaram o estudo de necessidade de leitos para o Espírito Santo que será abordado no subtítulo Análise dos dados deste estudo.

sua comparação com situações “ideais” consolidadas, reconhecidas ou desejadas (padrão atendimento Curitiba, São Paulo e Belo Horizonte, entre outros), com algum ajuste para balizar a proposta (benchmarking) dos parâmetros a serem utilizados na estimativa dos leitos; e

aplicação de modelo de simulação, através do qual se estimaram parâmetros sobre taxas de ocupação por porte hospitalar.

A programação dos leitos hospitalares necessários para uma dada população é uma tarefa complexa, pois envolve analisar não apenas a oferta desses serviços (recursos disponíveis, tecnologia, índices de utilização) como sua demanda (necessidade de assistência), e estas são dimensões inter-relacionadas e sujeitas a um conjunto complexo de determinantes.<sup>17</sup>

Nessa breve revisão, a literatura mostrou que as maiores contribuições para a ineficiência na saúde são: a dificuldade de acesso; o tempo de espera para consultas; o tempo de espera nos serviços de emergência; a falta de leitos e falhas na previsão de leitos, principalmente para internações de emergência; não considerar a sazonalidade das doenças para o cálculo de leitos para o ano; falhas na previsão de alta e na alta tardia, dentre outros.<sup>18</sup>

No que tange à *falta de leitos e falhas na previsão de leitos*, deve-se ressaltar que o cálculo do número de leitos hospitalares por habitantes leva em consideração os leitos das instituições públicas federais, estaduais e municipais, acrescidos dos leitos conveniados e contratados pelo SUS, ou seja, exclui os leitos existentes em hospitais privados sem nenhum vínculo com o SUS, embora o indicador se refira à população total, sendo esta uma das limitações para a estimação do número de *leitos necessários*.<sup>19</sup>

Segundo o Ministério da Saúde, várias são as limitações para se estimar os *leitos necessários* para o atendimento à população, sendo as principais: a exclusão dos leitos existentes em hospitais privados sem vínculo com o SUS; a demanda hospitalar por parte de pessoas não residentes na localidade em estudo, alterando a relação de proporcionalidade dos leitos disponíveis para a população residente; inexistência de padrões nacionais ou internacionais validados para análises comparativas, pois o indicador expressa uma combinação de fatores inerentes às realidades regionais ou locais distintas; as fontes de dados, pois, até 2003, o indicador tinha como fonte os hospitais

---

17 BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA. **Resolução RDC n. 302, de 13 de outubro de 2005.** Dispõe sobre Regulamento Técnico para funcionamento de Laboratórios Clínicos. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudefegis/anvisa/2005/res0302\\_13\\_10\\_2005.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudefegis/anvisa/2005/res0302_13_10_2005.html). Acesso em: jun. 2018

18 Cf. Análise das variáveis do ambiente interno no gerenciamento de leitos em organizações hospitalares privadas: aplicação do software nvivo. **RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, Belo Horizonte, v. 14, n. 4, 2017.

19 BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA. **Resolução RDC n. 302, de 13 de outubro de 2005...** *Op. cit.*

participantes do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e, a partir de 2005, passa a ser utilizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)<sup>20</sup>; critérios administrativos, como a manutenção efetuada em 2002 no sistema nacional, eliminando do cadastro hospitais que não mais apresentavam Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), o que pode ter provocado quebras na série histórica do indicador; até 2003, os hospitais com atividades de ensino e pesquisa eram classificados como “universitários”<sup>21</sup>, independentemente se sua vinculação ou não com as universidades, não discriminando se públicos ou privados.<sup>22</sup>

Segundo a OMS, o ideal é ter de 3 a 5 leitos para cada 1.000 habitantes, entretanto o número de leitos disponíveis por 1.000 habitantes no Brasil está aquém dessa orientação.<sup>23</sup> Um levantamento realizado em 2009 mostrou que a oferta correspondia a uma média de 2,4 leitos por 1.000 habitantes, sendo 2,1 para 1.000 habitantes no SUS e 2,6 para 1.000 habitantes entre os beneficiários de planos de saúde. O índice faz parte do Painel Saúde em Números,<sup>24</sup> em relatório semestral elaborado pela Associação Nacional de Hospitais Privados.

No Brasil, o parâmetro atual que vem sendo adotado para a programação de leitos é de 2,5 a 3 leitos hospitalares por 1.000 habitantes, sendo que é recomendado que, do total apurado, as UTIs representem o mínimo de 4% e o máximo de 10% dos leitos gerais, estes já mencionados anteriormente.<sup>25</sup> Este parâmetro vem sendo substituído, ainda que lentamente, pelas orientações da Portaria de Consolidação n. 1, datada de 28 de setembro de 2017, que incorporou a Portaria GM/MS n. 1.631, de 1 de outubro de 2015.

Quando se analisa a distribuição de estabelecimentos existentes no SUS, no país, em 2015, por região, observa-se um maior número de estabelecimentos hospitalares com leitos SUS no Sudeste e Nordeste e a menor concentração

---

20 Esta mudança de fonte pode ter introduzido descontinuidades nos valores dos indicadores.

21 Com a implantação do CNES, esta categoria foi extinta, sendo os hospitais universitários reclassificados como públicos ou privados, também gerando descontinuidade no indicador (MS, SAS, 2003).

22 BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA. **Resolução RDC n. 302, de 13 de outubro de 2005...** *Op. cit.*

23 Associação Nacional de Hospitais Privados – Painel de Saúde Anahp. 2009. Paraíso. São Paulo. Estado de São Paulo. Disponível em: <http://www.ahseb.com.br/segundo-oms-ideal-e-ter-de-3-a-5-leitos-para-cada-mil-habitantes-no-brasil-indice-medio-e-de-24/>. Acesso em 22 out. 2018.

24 O Painel Saúde em Números da Anahp consolida em um único documento dados de diversas fontes, tais como Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Ministério da Saúde, Organização Mundial de Saúde (OMS) e Sistema Integrado de Indicadores Hospitalares Anahp (SINHA).

25 BRASIL. **Portaria n. 1101, de 12 de junho de 2002...** *Op. cit.*

está localizada na Região Norte do Brasil.<sup>26</sup> Dados de 2017, constantes do Relatório de Gestão Anual,<sup>27</sup> confirmam esta distribuição dos estabelecimentos hospitalares no Brasil, com a ressalva de que, embora a Região Centro-Oeste tenha mais hospitais do que a Região Norte, o número de leitos com vínculo com o SUS na Região Norte é maior que o do Centro-Oeste (Tabela 1).

Nº de Estabelecimentos / Nº de leitos	Regiões Geográficas do Brasil					Total
	Centro Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	
Nº de estabelecimentos hospitalares existentes	831	2.448	637	2.457	1.141	7.514
Número de leitos Existentes	41.597	124.458	34.637	205.268	80.893	486.853
Número de Estabelecimentos hospitalares SUS	560	1.982	484	1.527	902	5.455
Número de Leitos SUS	25.726	98.998	26.493	123.070	56.081	330.368

FONTE: MS/SAS/Relatório Anual de Gestão 2017.

O gerenciamento da utilização de leitos tornou-se questão central em organizações de saúde.<sup>28</sup> Nesse contexto, a avaliação da capacidade instalada envolve duas questões centrais: a primeira é a capacidade instalada que deve estar disponível e a segunda como utilizá-la da maneira mais apropriada frente à demanda oscilante.

Tecendo reflexões sobre a capacidade instalada hospitalar, Guzman e Jones, acompanhados por Salas, afirmaram em seus estudos, realizados em separado, que

o ideal para um atendimento com qualidade e para uma adequada gestão corresponde a uma ocupação média máxima que não deve superar 85%, alinhavada a uma média de permanência equivalente a 3,7 e 5 dias nos hospitais gerais.<sup>29</sup>

26 BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES**. Dezembro 2017. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: jun. 2018.

27 Cf. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão. Exercício de 2017**. Brasília. Mar. 2018. Disponível em: <HYPERLINK “<http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/16/RELATORIO-DE-GESTAO-2017--COMPLETO-PARA-MS.pdf>”<http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/16/RELATORIO-DE-GESTAO-2017--COMPLETO-PARA-MS.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2018

28 PEREIRA, S. R.[et. al.]. Sistemas de Informação para Gestão Hospitalar. **Health Inform.**, v. 4, n. 4, p. 170-175, 2012.

29 SALAS, M. M. *Diagrama de Barber y Johnson para el análisis de la gestión de la cama hospitalaria en Costa Rica*. **Rev. Costarric. Salud Pública**, v. 22, n. 1, 2013. Para maiores

A Rede Hospitalar no Brasil, em 2017, contava com 7.514 estabelecimentos de diferentes naturezas jurídicas. Os estabelecimentos públicos eram, em números, 3.091 e constituíam a maioria (41,14%), seguidos pelos privados com fins lucrativos, da ordem de 2.538 unidades (33,78%), e os privados sem fins lucrativos totalizavam 1.885 (25,09%) (CNES, 2017). Os hospitais públicos respondem pelo maior número de internações (4.392.461), seguidos pelos hospitais filantrópicos (3.548.989) e hospitais com fins lucrativos (565.288). Traduzindo as internações em recursos financeiros, os hospitais sem fins lucrativos respondem pelo maior percentual (48,31%), equivalendo a R\$ 5.142.772.240,22, e os hospitais públicos por 43,85%, totalizando R\$ 4.668.509.031,44.<sup>30</sup>

Segundo o professor Marcelo Caldeira Pedroso, da FEA-USP,<sup>31</sup> palestrando em um seminário no ano de 2013, além da carência de leitos, os hospitais brasileiros sofrem com o problema de porte. Segundo o professor,

dos 6.774 hospitais instalados no país, 88% contam com menos de 150 leitos [e que] um hospital torna-se viável operacionalmente quando possui ao menos esse número de leitos e com isso consegue ter ganhos de escala suficiente para negociar com operadoras de planos de saúde, laboratórios, fornecedores de próteses, entre outros.<sup>32</sup>

Ainda segundo Pedroso, no Brasil, há poucos estabelecimentos com mais de mil leitos, estando localizados em Porto Alegre e, principalmente, em São Paulo. Nos Estados Unidos, os vinte e três maiores hospitais têm mais de mil leitos.

Nos hospitais do SUS, a Taxa de Ocupação de Leitos (TOL) não ultrapassa, em média, os 64% e, segundo especialistas do setor, um índice abaixo de 75% é considerado deficitário. “Quanto menor o porte do hospital, menor é a Taxa de Ocupação de Leitos na área pública”.<sup>33</sup>

---

informações ver: GUZMMAN, M. Sanchez. Indicadores. **Rev. Inst. Nal. Gestão Hospitalar Enf. Resp. Mex**, v. 18, n. 2, p. 132-141, 2005; JONES, R. *Emergency admissions and hospital beds British. Journal of Healthcare Management*, v. 15, n. 6, p. 289-296, 2009. Disponível em: <www.bjhcm.co.uk>. Acesso em: abr. 2015.

30 BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES**. Dezembro 2017. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: jun. 2018.

31 Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo. Butantã - São Paulo. São Paulo.

32 Comunicação verbal do professor durante o seminário “A Profissionalização da Administração Hospitalar”, organizado pelo Valor Econômico e pela Phillips, em São Paulo. Valor Econômico, em 05-11-2013.

33 PEDROSO, M. C. **A Profissionalização da Administração Hospitalar**. Comunicação apresentada no Seminário organizado pelo Valor Econômico e pela Philips, em São Paulo. Valor Econômico, em 05-11-2013. Disponível em: [https://www.fehospar.com.br/news\\_det.php?cod=7899](https://www.fehospar.com.br/news_det.php?cod=7899). Acesso em: 18 out. 2018.

Considerando a grande presença de hospitais de menor porte na rede hospitalar do país, o Ministério da Saúde instituiu, em 2004,<sup>34</sup> a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (HPP). Seu objetivo principal foi, e ainda é, o de incrementar um novo modelo de organização e financiamento para pequenos hospitais públicos e filantrópicos brasileiros, redefinindo o seu papel assistencial no SUS, para conferir maior resolutividade às suas ações.<sup>35</sup>

Desde a sua instituição, 513 hospitais aderiram à Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. Atualmente, 20,49% (99.774) dos leitos hospitalares existentes estão localizados em estabelecimentos de saúde de 1 a 49 leitos que, por sua vez, representam 60,90% (4.576) dos estabelecimentos da Rede Hospitalar Brasileira. Em 2017, 69% dos leitos existentes nesses hospitais estavam disponíveis ao SUS.<sup>36</sup>

Entre 2013 e 2014, houve um aumento significativo do número de hospitais públicos de pequeno porte no Brasil, com uma discreta tendência de crescimento a partir de 2015. Quanto aos HPP filantrópicos, houve um declínio constante no mesmo período, sendo que o número de HPP de natureza privada apresentou uma redução expressiva entre 2014 e 2015.<sup>37</sup>

Uma das principais dificuldades encontradas em relação à Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte reside no grande número de estabelecimentos distribuídos espacialmente pelo país. Conforme já mencionado, os HPPs representam 60,9% da rede hospitalar brasileira, o que requer investimentos de grande vulto, e nem sempre sua resolutividade impacta na qualidade de vida da população. Esta política está dificultada pela capilaridade desses hospitais, localizados em 2.785 municípios no país, sendo, muitas vezes, a única opção nesses municípios e na região circunvizinha, ofertando cuidados intermediários entre o domicílio e os estabelecimentos com maior complexidade e densidade tecnológica, o que, culturalmente, leva à supervalorização dessas unidades hospitalares pela população.<sup>38</sup>

Segundo o Ministério da Saúde,

outra dificuldade reside na superposição de ações assistenciais destes pequenos hospitais e as UPAs, unidades básicas, unidades mistas,

---

34 A Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (HPP) foi instituída pela Portaria GM/MS n. 1.044, de 01 de junho de 2004, que foi revogada e incorporada na Portaria de Consolidação GM/MS nº 2 – Anexo XXIII (página 141), de 28 de setembro de 2017 (MS, 2017).

35 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão. Exercício de 2017...** *Op. cit.*

36 *Ibidem.*

37 *Ibidem.*

38 *Ibidem.*



maternidades, entre outros, revelando a necessidade de revisão do papel dos HPPs na rede de atenção à saúde.<sup>39</sup>

Isso também eleva a destinação de recursos financeiros, que poderiam ser otimizados para a expansão da *oferta necessária e resolutiva* das ações hospitalares.

O Ministério da Saúde, em seu Relatório de Gestão relativo ao Exercício de 2017, afirma que

para 2018 o desafio é a revisão da política dos Hospitais de Pequeno Porte visando reorganizar a participação dos HPP no SUS de forma a rever a lógica de financiamento do Ministério da Saúde e promover mudanças no perfil assistencial desses hospitais (HPP).<sup>40</sup>

Vale destacar que a atenção hospitalar no SUS tem grandes desafios por enfrentar no momento presente, em função da organização dos serviços de saúde em redes de atenção regionais e estaduais, colocando os hospitais em uma condição de horizontalização em relação aos demais pontos de atenção, em contraposição ao que, até há bem pouco tempo, exercia: a centralidade na maioria dos sistemas públicos de saúde, cenário que ainda persiste, embora mudanças importantes venham ocorrendo no país com a implantação gradual das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Nesse contexto, pode-se perceber tanto na literatura disponível quanto na prática dos serviços no *dia a dia* que os hospitais estão perdendo suas fronteiras tradicionais e mudando sua posição no sistema de saúde. É possível concebê-los como integrantes de uma rede de serviços de saúde, um conceito que ganha protagonismo no Brasil com o avanço da atenção primária como principal porta de entrada no Sistema que orienta todo o modelo de saúde. Fazer parte efetiva de uma rede de serviços de saúde integrada, solidária e resolutiva amplia o horizonte de atuação dos hospitais. O centrismo do hospital deve ceder espaço ao hospital que dê valor ao conjunto de pontos de atenção da rede de serviços e coopere, eficaz e solidariamente, com seus usuários antes e depois da hospitalização. Essa evolução é necessária para melhorar a organização da atenção, responder às necessidades da população e aproximar-se dela, bem como para eliminar os gastos materiais e financeiros desnecessários e indesejáveis.

Na direção de uma maior resolutividade dos serviços prestados à população, há a necessidade da melhoria organizativa do sistema de saúde pública como um todo, “ampliando o acesso, facilitando a utilização dos serviços de saúde através da articulação responsável e racional dos serviços, da desburocratização e descentralização das ações”. Por outro lado, é preciso que haja mudanças conceituais e organizacionais no foco da atenção prestada, “deslocando-a da ótica privilegiada

---

39 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão. Exercício de 2017.**

40 *Ibidem.*

da doença e a centrada na disponibilidade dos serviços e dos profissionais de saúde, para um modelo de cuidado centrado nas efetivas necessidades de saúde do usuário, contemplando suas relações e espaços de vida, bem como a sua qualidade”. Assim, a discussão sobre o papel da atenção hospitalar na rede de serviços de saúde ganha contornos diferentes do habitual, ao alinhar os hospitais com os princípios éticos e organizativos do SUS, principalmente a integralidade, a equidade, a organização dos serviços em redes resolutivas, o cumprimento de

sua missão institucional que é a da efetividade social, onde essas instituições constituintes da rede de serviços do SUS devem disponibilizar e entregar todos os seus processos produtivos às novas exigências epidemiológicas e às crescentes expectativas dos usuários.<sup>41</sup>

O Ministério da Saúde, em recente publicação, afirma que a temática da integração de sistemas de saúde se configura como um dos grandes desafios contemporâneos, e a redefinição do papel do hospital é parte importante nesse processo. O entendimento deste contexto impõe um

(re)ordenamento e uma redefinição de ações para a atenção hospitalar no Brasil, tendo como princípios básicos a busca contínua da maior eficiência; a participação ampla de todos os interessados, inclusive usuários; e a total transparência na condução dos trabalhos e tomadas de decisão.<sup>42</sup>

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o novo papel dos hospitais exige deles um conjunto de características:

Ser um lugar para manejo de eventos agudos;

Deve ser utilizado exclusivamente em casos que haja possibilidades terapêuticas;

Deve apresentar uma densidade tecnológica compatível com suas funções, o que significa ter unidades de tratamento intensivo e semi-intensivo; unidades de internação; centro cirúrgico; unidade de emergência; unidade de apoio diagnóstico e terapêutico; unidade de atenção ambulatorial; unidade de assistência farmacêutica; unidade de cirurgia ambulatorial; unidade de hospital dia; unidade de atenção domiciliar terapêutica, etc.;

Deve ter uma escala adequada para operar com eficiência e qualidade; e

Deve ter um projeto arquitetônico compatível com as suas funções e amigável aos seus usuários.<sup>43</sup>

---

41 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). **Parâmetros para estimativa de necessidade de leitos e internações hospitalares**. Manual de operacionalização. Ministério da Saúde. Brasília. Distrito Federal, 2015.

42 *Ibidem*.

43 WHO. **The world health report: improving performance**. Geneva: World Health Organization (OMS), 2000.

A rede hospitalar brasileira caracteriza-se pela existência de inúmeros estabelecimentos que não atendem à maioria dessas características. Pelo contrário, essa rede é bastante heterogênea do ponto de vista de incorporação tecnológica e complexidade de serviços, com grande concentração de recursos e de pessoal em complexos hospitalares de cidades de médio e grande porte, com claro desequilíbrio regional no país, e o favorecimento das Regiões Sul e Sudeste do país, conforme publicação realizada pelo Ministério da Saúde.<sup>44</sup>

### Análise dos dados

Segundo dados de registros oficiais no Banco de Dados do MS - CNES, em 1990, havia 93 hospitais no Estado do Espírito Santo, e 77, em 2017, que prestavam serviços ao SUS. Em 2018, permanecem os 77 estabelecimentos, portanto 16 unidades de internação que mantinham qualquer tipo de vinculação com o SUS encerraram suas atividades, conforme se pode verificar no Quadro 1 e Gráfico 1. O Quadro 1 apresenta o número de estabelecimentos a cada 10 anos e no ano de 2018.

Quadro 1: Evolução do número de hospitais prestadores de serviços ao SUS no Espírito Santo, por natureza, no período de 1990 a 2018.

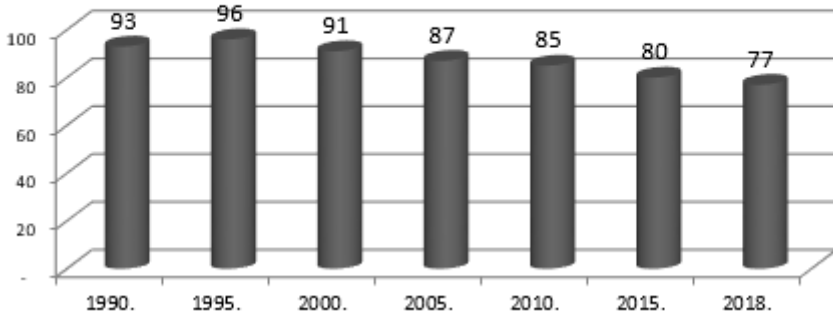
Natureza dos hospitais	1990	2000	2010	2018
Estaduais	16	15	17	19
Municipais	3	8	12	14
Federais	1	1	1	1
Filantrópicos	51	49	44	38
Privados	22	18	11	5
TOTAL	93	91	85	77

FONTE: CNES/DATASUS/MS; NEPS/GERAS/SSAROAS/SESA.

Considerando todas as limitações do CNES já mencionadas na década inicial deste estudo, vale a pena registrar que, em 1990, havia 6.641 leitos nos 93 hospitais e, em 2000, havia 5.935 leitos nos 91 hospitais.

44 BRASIL. Portaria GM/MS n. 1646, de 02 de outubro de 2015... *Op. cit.*

**Gráfico 1. Número de hospitais prestadores de serviços ao SUS no Espírito Santo, no período de 1990 a 2018.**

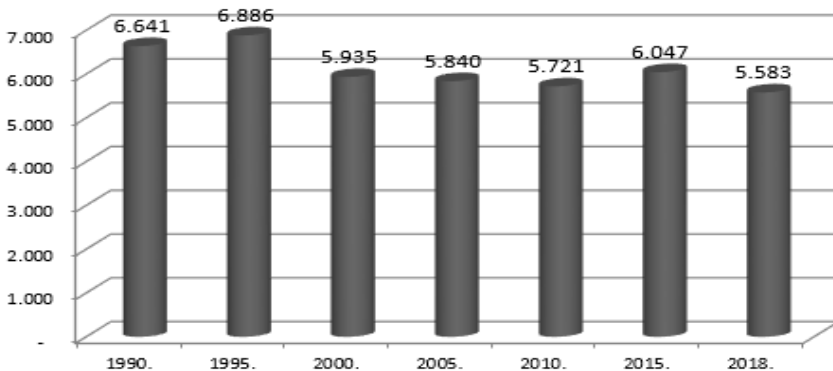


FONTE: CNES/DATASUS/MS; NEPS/GERAS/SSAROAS/SESA.

O Gráfico 1 revela, a cada cinco anos, desde 1990, o número de hospitais existentes no território capixaba, bem como a redução no número de hospitais prestadores de serviços ao SUS, sendo que, de 2010 a 2017, período delimitado para avaliação do cenário atual, houve a redução de oito hospitais.

No Gráfico 2, pode-se constatar que os dezesseis hospitais que encerraram suas atividades levaram, aparentemente, à redução de 1.058 leitos, variando de 6.641, em 1990, para 5.583 em 2018. Entretanto esta não é uma simples operação matemática entre dois pontos na linha do tempo, pois no ano de 1995 o número de leitos era de 6.886 e, se comparado a 2018, o número de leitos que deixaram de existir passaria para 1.103, e não mais 1.058. Outra situação similar se repete no ano de 2015, quando os números apontam acréscimo de 326 leitos em relação a 2010 para, em 2018, aparentemente, terem sido encerrados 464 leitos.

**Gráfico 2. Número de leitos hospitalares vinculados ao SUS no Espírito Santo, no período de 1990 a 2018.**



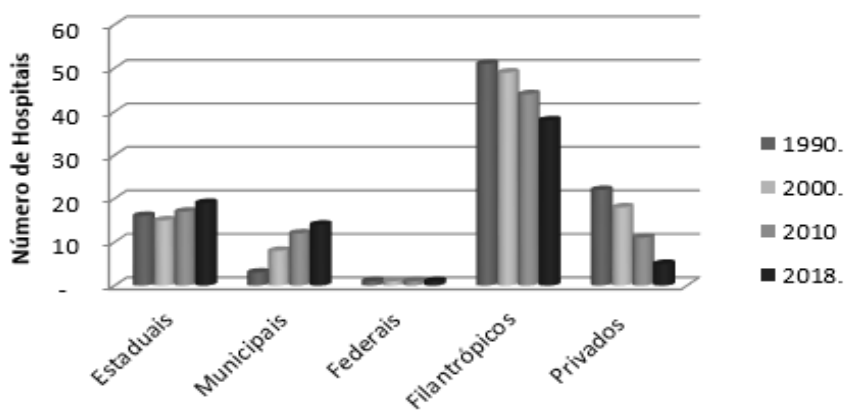
FONTE: CNES/DATASUS/MS; NEPS/GERAS/SSAROAS/SESA.

Este comportamento ao longo de aproximadamente 28 anos despertou o desejo para a realização deste estudo, buscando melhor entendimento sobre a dinâmica na oferta desses leitos.

Para efeito deste estudo, são considerados “leitos SUS” os de natureza pública federal (em hospitais universitários), públicos estaduais e municipais em hospitais da administração direta e os leitos de hospitais privados sem fins lucrativos, ditos “filantrópicos”, contratualizados com o SUS, sejam municipais ou estaduais. Também podem ser considerados “leitos SUS” aqueles localizados em hospitais privados credenciados ao SUS por meio de modalidades de licitação ou de chamamento público.

O Gráfico 3 evidencia, em intervalos de 10 anos, a forte dependência que o estado do Espírito Santo tem da rede complementar ao SUS. A rede hospitalar estadual própria é composta por 19 hospitais; a rede municipal própria tem 14 hospitais e o nível federal tem 01 hospital universitário. A rede complementar ao SUS contribui com 43 estabelecimentos, sendo 38 hospitais filantrópicos, e os privados com vinculação com o SUS são 05.

**Gráfico 3. Natureza dos hospitais vinculados ao SUS no Espírito Santo, no período de 1990 a 2018.**



FONTE: CNES/DATASUS/MS; NEPS/GERAS/SSAROAS/SESA.

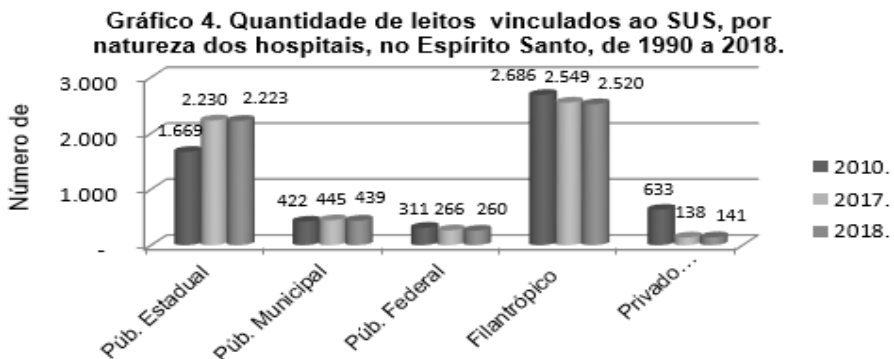
Segundo dados do CNES, no ano de 2010, havia 85 unidades de internação no ES, com uma oferta de 8.233 leitos totais e, em média, 5.721 leitos vinculados ao SUS, incluindo 633 de natureza privada contratualizados. Em 2017, havia 77 unidades de internação e, em 2018, este número permanece, ofertando em média 5.628 leitos ao SUS e destes 138 leitos privados contratualizados, totalizando 8.561. Dados de maio de 2018 mostram um total 8.639 leitos, com 5.583 vinculados ao SUS, sendo que 2.922 são públicos estaduais, municipais e federais, 2.520 filantrópicos e 141 privados contratualizados.

O Quadro 2 revela a oferta pontual de leitos no mês de dezembro, nos anos de 2010, 2017 e em maio de 2018, por natureza do estabelecimento:

Quadro 2: Número de leitos por natureza dos hospitais vinculados e não vinculados ao SUS no Espírito Santo, nos anos de 2010, 2017 e 2018.			
Natureza das unidades de internação	Numero de Leitos		
	2010	2017	2018
Públicos Estaduais	1669	2230	2223
Públicos Municipais	422	445	439
Público Federal	311	266	260
Filantropicos	2686	2549	2520
Privados contratualizados	633	138	141
Total de Leitos SUS	5721	5628	5583
Privados não contratualizados	2512	2933	3056
Total de leitos no Estado	8233	8561	8639

FONTE: CNES/DATASUS/MS; NEPS/GERAS/SSAROAS/SESA.

O Gráfico 4 apresenta a evolução do número de leitos vinculados ao SUS por natureza dos estabelecimentos, destacando que apenas os leitos públicos estaduais apresentaram crescimento de 561 leitos de 2010 para 2017, com um discreto decréscimo de 7 leitos em 2018.



FONTE: CNES/DATASUS/MS; NEPS/GERAS/SSAROAS/SESA.

Uma visão apenas numérica, sem considerar a dinâmica na oferta de leitos ano a ano e no interior de cada ano, indica uma redução de apenas 93 leitos no total de leitos vinculados ao SUS de 2010 a 2017 e de 138 no período de 2010 a 2018. Dos 93 leitos, 85 estavam localizados em um hospital psiquiátrico estadual. Em um olhar mais detido sobre os números, pode-se

constatar que houve um crescimento de 584 novos leitos no mesmo período, sendo 561 públicos estaduais e 23 municipais.

No período em estudo, linearmente, houve o encerramento de 677 leitos, sendo que relativamente aos hospitais filantrópicos vinculados ao SUS estadual houve a redução de 137 leitos; no hospital público federal, 45 leitos; e nos serviços privados contratualizados com a SESA, 495 leitos, sendo que destes, 400 se referem a uma clínica privada contratualizada para internações psiquiátricas na Região Sul de Saúde, em Cachoeiro de Itapemirim. No total, foram desativados 485 leitos psiquiátricos no Estado, entre públicos estaduais e privados contratualizados. Esse fato se constituiu em momento importante na melhoria do atendimento psiquiátrico no sentido da desinstitucionalização e o consequente acompanhamento ambulatorial dessa clientela, em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental.

Considerando a ampliação (584 leitos) e redução (677 leitos) de leitos no período de 2010 a 2017, matematicamente, há uma redução de 93 leitos, conforme já mencionado. Entretanto, no período analisado, foram colocados à disposição da população 934 novos leitos, sendo 799 em quatro hospitais estaduais e 122 em estabelecimentos de outra natureza jurídica. Pode-se afirmar que os 934 novos leitos cobriram e ultrapassaram numericamente os 677 que foram definitivamente desativados, com um saldo de 257 novos leitos, estes efetivamente mais resolutivos do que os que fecharam. No ES, considerando o mês de dezembro de 2017, 50,65% dos hospitais são considerados Hospitais de Pequeno Porte (HPPs), com resolutividade limitada, assim classificados por disporem de menos de 50 leitos. São exatamente estes que, pelo seu perfil clínico e por falta de sustentabilidade financeira, reduzem ou desativam seus leitos, afetando negativamente a estatística da oferta de leitos.

Os dados demonstram que mapear as variáveis que afetam a abertura e a desativação de leitos em uma longa linha do tempo não é tarefa muito fácil. Entretanto algumas dessas variáveis podem ser elencadas e consideradas, tais como: a dinâmica do processo saúde-doença; a sazonalidade das doenças; as situações de urgências e emergências que podem atingir grande número da população a um só tempo, como enchentes, outros desastres ambientais, acidentes de trânsito e de transporte; os surtos e epidemias; subfinanciamento das ações de saúde, como as de atenção hospitalar, que resultam na desativação de leitos; dentre outras causas que provocam importante oscilação no número de leitos de hospital para hospital, ano a ano, mês a mês, dia a dia, município por município. Portanto não é possível um olhar apenas numérico e linear ao longo do período analisado. Os mesmos leitos que são desativados podem ser reabertos, no todo ou em parte, e desativados novamente, ou seja, dados pontuais podem não refletir a verdadeira oferta de leitos, conforme se pode verificar.

Esta reflexão é muito relevante, pois tal oscilação no número de leitos mostrou, nos relatórios extraídos do Banco de Dados do MS, que foram colocados à disposição da população no período de 2010-2017, quando da necessidade da população, novos 1.583 leitos, sendo que destes 934 permaneceram em atividade e sem alteração. Os números mostram que 649 leitos, nos mais de sete anos deste estudo, oscilaram quanto à sua estabilidade e regularidade de oferta, pois, conforme já mencionado, ora estavam ativados, ora desativados e novamente reativados. Em contrapartida, foram definitivamente desativados 677 leitos, em sua maioria de privados contratualizados (495), seguidos por filantrópicos igualmente contratualizados (137) e públicos federais (45), cuja decisão pelo fechamento não está sob a governabilidade do Poder Público estadual ou municipal. Apenas para complementar a informação, 927 leitos, no período sob análise, participaram desta oscilação “desativa-ativa-desativa”.

Dados numéricos disponíveis nos bancos de dados oficiais do MS, acompanhados de uma breve avaliação qualitativa revelam, de forma incontestável, que houve um aumento real de 934 novos leitos resolutivos no Estado no período em estudo (2010-2017). Portanto não se pode realizar avaliação isolada, matemática, pois se corre o risco de informação que não confira com a realidade.

A observação na variação do número leitos SUS, na linha do tempo deste estudo, segue uma tendência nacional, pois no Brasil, nos últimos 20 anos, vem ocorrendo uma queda histórica no número de leitos *per capita*, que está associada a um conjunto complexo de fatores, como mudanças no perfil demográfico e epidemiológico, mudança do modelo assistencial, a expansão e a qualificação da APS e a diminuição da hegemonia do modelo “hospitalocêntrico”, pela desconcentração da prestação de diversos serviços assistenciais e surgimento de outras modalidades de atendimento, como o hospital-dia, os serviços de internação parcial, os tratamentos e as cirurgias ambulatoriais, o aumento da resolutividade do atendimento ambulatorial especializado e a assistência domiciliar. Além de outros novos tipos de serviços de saúde e medidas internas de gestão que aumentam a eficiência na utilização dos leitos disponíveis (por exemplo, a redução no tempo médio de permanência).

Alguns dos motivos das alterações nos números de leitos precisam ser avaliados por especialidades e por subespecialidades de leitos, como, por exemplo: Leitos Psiquiátricos – a redução de leitos tem como causa principal a criação de serviços substitutivos aos hospitais especializados nos últimos anos, como os CAPS e Serviços de Residência Terapêutica; Leitos Pediátricos – a diminuição é justificada, em parte, pela ampliação das ações de prevenção e proteção, como as imunizações e ações educativas para promoção da saúde, a ampliação do acesso e a qualificação da atenção em pediatria na atenção ambulatorial básica, principalmente por meio da Estratégia Saúde da Família;



Leitos Obstétricos – um dos fatores que explicam a redução do quantitativo de leitos nos últimos anos é a redução do número de nascidos vivos levando, conseqüentemente, à redução da necessidade dessa especialidade de leitos. O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) mostra que o número de nascidos vivos reduziu em 5,5% de 2005 a 2010. Deve-se também considerar que, com os avanços tecnológicos, há uma tendência à “ambuladorização” da atenção à saúde, impactando na redução da necessidade de internações para a execução de diversos procedimentos clínicos, cirúrgicos e de diagnóstico, tais como: quimioterapia, hemodiálise, cirurgias de pequeno porte e cateterismo cardíaco. Isso, no mundo todo, tem conduzido a um processo de redução do número de leitos e aumento do número de procedimentos realizados em ambulatoriais (consultórios) e hospitais-dia.

Estas considerações mostram que uma análise que considere apenas o número de leitos, descontextualizada de outros fatores relevantes, pode levar a um erro de interpretação, pois a programação dos leitos hospitalares necessários para uma dada população é uma tarefa complexa. Tal tarefa envolve a análise da oferta desses serviços, ou seja, dos recursos disponíveis, tecnologia e índices de utilização, a demanda que representa a efetiva necessidade assistencial e estas são dimensões inter-relacionadas e sujeitas a um conjunto complexo de determinantes. Também é necessário considerar que alguns tipos de internações podem apresentar sazonalidades, o que é claramente observado, por exemplo, na demanda pediátrica.

No ano de 2010, foram realizadas 197.755 internações na rede SUS e, em 2017, foram realizadas 236.630 para a população capixaba, evidenciando um incremento no período de 19,66%<sup>45</sup> das internações na rede hospitalar pública. Estas internações, com base nos registros do SIH, foram da ordem de R\$ 182.761.637,60, em 2010, e de R\$ 302.336.022,45 em 2017.

Em 2017, foram adquiridos no setor privado 4.723 leitos resolutivos, de enfermarias e intensivos (UTI), para atender às necessidades da população, em geral, acrescidos de 852 em comunidades terapêuticas para atenção em saúde mental, totalizando 5.575 internações avulsas. Ainda que tenham sido utilizados eventualmente, vale a pena registrar esses números. No ano de 2017, as aquisições de leitos em enfermarias e intensivos feitas no setor privado foram de 4.723 leitos e importaram em R\$ 66.332.197,29 e 852 internações em Comunidades Terapêuticas, a um custo de R\$ 26.826.802,36, ou seja, em 2017 o gasto público com internações totalizou R\$ 395.495.022,10.<sup>46</sup>

---

45 Em 2010 foram realizadas 1519 internações para populações de outras Unidades Federadas e em 2017 estas internações representaram 2579 pessoas.

46 Cabe registrar que estes valores se referem exclusivamente a produção assistencial tendo como referencial os valores da Tabela SUS, sem considerar eventuais complementos contratuais aportados com recursos próprios do tesouro estadual na contratualização com a rede conveniada.

É importante destacar que a organização do sistema de serviços públicos de saúde em redes de atenção, dentre estes os serviços de atenção hospitalar, estabelece claramente as competências de cada ente da federação. Quando os municípios, por si sós, não têm capacidade instalada e resolutive no âmbito de seu território, devem completar esta resolutive em serviços de referência regionais, ou seja, não está preconizado no SUS que cada município disponha de hospital e leitos no âmbito de seu território para atender à população residente, mas sim que tenha acesso garantido em serviços localizados em outros municípios e regiões de saúde, observando as regras da economia de escala e de escopo para a melhor alocação de recursos, utilização dos serviços e resultados no atendimento às necessidades da população.

Os registros no CNES declaram que, no Espírito Santo, 53 municípios (68%) dispõem de unidades de internação e 12 municípios (15%) oferecem leitos intensivos (UTI). Entretanto toda a população que necessita de internações vem tendo acesso à atenção hospitalar, seja em seu município de residência, seja em hospitais localizados em outros municípios, inclusive com maior capacidade resolutive. A organização dos serviços em redes de atenção, preconizada pela legislação sanitária, além de organizar o acesso oportuno da população, visa, também, à otimização dos recursos tecnológicos e financeiros, não sendo aceitável que cada município tenha hospital com leitos de enfermagem e UTI para sua população própria. No ES, 25 (32,0%) dos municípios não dispõem de unidades de internação em seus territórios.

Em outro cenário de análise, na linha do tempo do sistema público de saúde, inúmeros pequenos hospitais foram sendo instalados aleatoriamente no Brasil, sem considerar a organização em redes resolutivas, o que deixou um legado para os dias atuais em que há uma predominância de HPPs. No Espírito Santo não é diferente. Estes HPPs nem sempre são resolutivos, têm baixa ocupação de leitos, tempos médios de permanência acima do aceitável, internações sociais e, por condições sensíveis à atenção básica também acima do aceitável, com gastos excessivos e, como é de conhecimento público, enfrentando grave crise financeira para se manterem em funcionamento.

Relativamente aos HPPs vale ressaltar que têm importante alcance social no sistema de saúde brasileiro, principalmente pela dispersão no território nacional, o que facilita o acesso da população aos serviços hospitalares. No Brasil, 78,5% dos hospitais têm menos que 100 leitos, sendo que em torno de 60,90% dos hospitais apresentam menos de 50 leitos. No ES, dos hospitais que encerraram suas atividades de 2010 a 2017, mais de 83% deles eram HPPs e localizados em municípios interioranos com menos de 30 leitos, com até três clínicas básicas de média complexidade: pediatria, clínica médica e obstetrícia. Apresentavam baixa Taxa de Ocupação dos Leitos e Tempo Médio de Permanência acima do preconizado e, ainda, com percentuais

de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) muito elevados, estas caracterizadas como “internações sociais” ou “internações de longa permanência”, possivelmente evitáveis.<sup>47</sup>

Observa-se uma distribuição desigual no território estadual, com concentração de hospitais mais resolutivos nos maiores centros urbanos, ou com proximidade aos polos de atendimento regionais, principalmente na Região da Grande Vitória, fato este explicado pela maior concentração de recursos tecnológicos e profissionais de saúde nestes territórios.

As ICSAB no ES, em 2010, eram em média de 28,1% e, em 2017, de 25,2% em relação ao total de internações ocorridas no SUS, próximas às dos demais estados da Região Sudeste, que variaram entre 21,4% e 26,3% no ano de 2017.<sup>48</sup> Neste estudo, constatou-se que as ICSAB estão diretamente relacionadas com o número de leitos SUS disponíveis em cada hospital e as Taxas de Ocupação desses leitos. Neste contexto, em 2017, em hospitais com até 30 leitos, o indicador ICSAB médio foi de 41,4% e a TOL de 26%; de 31 a 50 leitos foi de 37,6% e a TOL de 35%; de 51 a 100 leitos foi de 31,2% e a TOL de 46% e acima de 101 leitos é da ordem de 20,3%, com uma TOL de 66%, ou seja, quanto menor o número de leitos menor a Taxa de Ocupação e maior as ICSAB. Os hospitais que encerraram suas atividades no ES no período de 2010 a 2017 tinham elevadas ICSAB, baixa Taxa de Ocupação de Leitos e Tempo Médio de Permanência das internações maior do que o recomendado.

O Quadro 3 faz uma comparação entre o porte dos hospitais, segundo número de leitos, as Taxas Médias de Ocupação de Leitos e os percentuais das ICSAB.

**Quadro 3: Comparação entre o Porte Hospitalar segundo o número de leitos Taxa Média de Ocupação de Leitos e ICSAB no Espírito Santo, no período de 2010 a 2017.**

Porte Hospitalar	Taxa Média de Ocupação de Leitos	ICSAB	Taxa Média de Ocupação de Leitos Exceto ICSAB
Até 30 leitos	26%	41,4%	20%
De 31 a 50 leitos	35%	37,6%	28%
De 51 a 100 leitos	46%	31,2%	38%
Acima de 100 leitos	66%	20,3%	64%
Total	52%	27,8%	47%

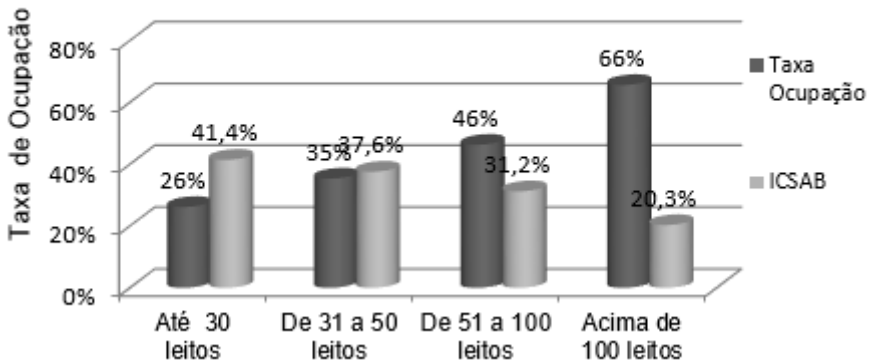
FONTE: CNES/DATASUS/MS; NEPS/GERAS/SSAROAS/SESA.

47 BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde... *Op. cit.*

48 Cálculos feitos segundo orientações do Manual do SISPACTO 2015 (versão atualizada). Fonte: DATASUS/SISPACTO/2015/ SE/MS.

Por sua vez, o Gráfico 5 visualmente amplia a percepção de que quanto menores as Taxas de Ocupação de Leitos, maiores são os percentuais das ICSAB.

**Gráfico 5. Comparativo entre a Taxa de Ocupação de**



FONTE: CNES/DATASUS/MS; NEPS/GERAS/SSAROAS/SESA.

Estratificando as ICSAB ocorridas em 2017 por faixa etária, tem-se que: as ICSAB até 1 ano de idade representaram 32,7% em relação ao total das internações na faixa etária; de 2 a 5 anos eram de 45,4%; de 6 a 14 anos eram de 38,0%; de 15 a 19 anos eram de 22,8%; de 20 a 59 anos eram de 18,9% e de 60 anos e mais as ICSAB representaram 24,4%. Esses índices demonstram que a maior concentração de ICSAB ocorre na faixa etária de 0 a 14 anos, com predominância entre 2 a 5 anos, seguida da população com 60 anos e mais, o que segue a tendência nacional (Quadro 4).

**Quadro 4: Percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica - ICSAB, por faixa etária, no Espírito Santo, em 2017.**

Faixas etárias	% de ICSAB
Até 1 ano	32,7%
2 a 5 anos	45,4%
6 a 14 anos	38,0%
15 a 19 anos	22,8%
20 a 59 anos	18,9%
60 anos e mais	24,4%
Média	25,1%

FONTE/MS/DATASUS/SIH.

Em 2010, o percentual de internações da população no Estado foi de 5,63,<sup>49</sup> entretanto, considerando apenas a população SUS dependente, esse percentual se eleva para 8,04%. Em 2017, 5,88% da população capixaba necessitou de internações e para apenas a população SUS dependente esse indicador foi de 8,42%, sendo que o aceitável pelo Ministério da Saúde é de até 8% da população total, com margem de tolerância de até 9,0%. Em países com sistemas universais de saúde e com forte orientação pela APS, os percentuais aceitáveis de internações oscilam entre 4,5% e 5,5% da população. Nesse contexto, também é importante realçar que o desenvolvimento tecnológico vem propiciando incorporação de novas tecnologias, tanto diagnósticas quanto terapêuticas, que diminuem a necessidade de internação hospitalar e encurtam os períodos de permanência, levando a uma maior racionalidade na utilização dos leitos, como anteriormente.

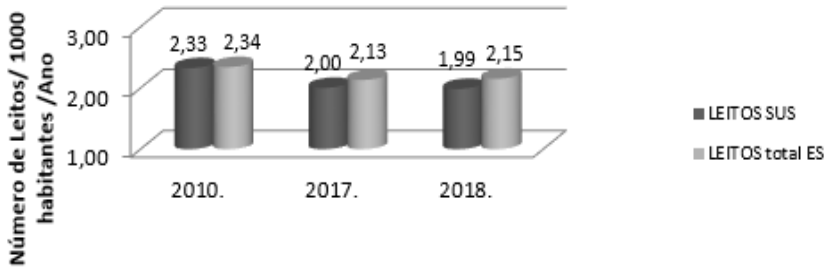
Com relação ao número de leitos/1000habitantes/ano, não está estabelecido pelos organismos nacional e internacional qual seria o índice ideal, pois ele sofre interferência de variáveis, tais como: condições sociais e econômicas, da opção por sistemas públicos universais e não universais, do modelo de atenção e organização dos sistemas de saúde, dentre outras. Dados reunidos pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) mostram que o número de leitos *per capita* varia muito entre os países e ao longo do tempo.

Considerando a média de 70% da população SUS dependente e os números de leitos SUS nos anos de 2010, 2017 e 2018, que são respectivamente 5.721, 5.628 e 5.583 leitos, em 2010, o número total de leitos/1.000/habitantes/ano no Estado era de 2,33. Para 2017 e 2018 esse índice era de 2,00 e 1,99 respectivamente. Considerando, ainda, a média anual em relação ao total de leitos, de 8.233 leitos, em 2010; 8,561 leitos, em 2017; 8.639, em 2018, o número total de leitos/1.000/habitantes/ano no Estado em 2010 era de 2,34; de 2,13, em 2017; em 2018 este índice foi de 2,15/1.000/habitantes/ano. Ainda reconhecendo que seja arriscado estabelecer este índice de forma linear, publicações do Ministério da Saúde sugerem índices entre 2 e 3 leitos/1.000/habitantes/ano para a população total. A Região Norte do Brasil possui a oferta de 1,8 leitos/1.000/habitantes para SUS dependentes; a Região Nordeste com a oferta de 2 leitos/1.000/habitantes, e a Região Sul possui uma taxa de leitos aparentemente adequada, com a oferta de 2,5 leitos/1.000/habitantes. Na Região Sudeste, o número de leitos totais/1.000/habitantes oscila entre 1,34 e 1,46, com a média de 1,44, ou seja, o ES está com índices acima dos demais estados da Região – 1,99/leitos/1.000/habitantes/ano.

---

49 Este cálculo não considera as internações realizadas no setor privado, sem vinculação com o SUS. A utilização do total de internações hospitalares para este cálculo poderá levar à superestimação do resultado, pela possibilidade de internações cumulativas de um mesmo paciente. Por essa razão, o indicador não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da qualidade da assistência prestada.

**Gráfico 6: Número de Leitos / 1000 habitantes / ano no Espírito Santo, nos anos de 2010, 2017 e 2018**



FONTE: CNES/DATASUS/MS; NEPS/GERAS/SSAROAS/SESA.

A Taxa Média de Ocupação dos Leitos nos hospitais do Estado, em 2010, era de 53%, variando entre 5,0 e 101% e, em 2017, era de 58%, com variação entre 3% e 99%, isso devido ao grande número de HPPs (47 ao todo) abaixo de 30 leitos. Esta taxa média de 58% indica a existência de leitos ociosos que, no cenário capixaba, refere-se a leitos em HPP, com resolutividade restrita a seu perfil assistencial em até três clínicas básicas. Já o índice de 99% mostra claramente que os grandes hospitais especializados ou gerais com especialidades, principalmente os com vocação para atendimentos em urgências e emergências, estão sendo efetivamente ocupados no atendimento às necessidades da população usuária do SUS. Observa-se que hospitais que possuem perfil clínico definido, com atividades bem estruturadas e voltadas à gestão da qualidade, conseguem obter maior produtividade, o que reflete em menores tempos médios de permanência, em maiores taxas de ocupação e menores índices de ICSAB.

O Tempo Médio de Permanência Hospitalar (TMP) influencia diretamente o número de leitos necessários para o atendimento a uma dada população e é considerado como um indicador de eficiência do serviço. No Brasil, o TMP apresenta ampla variação entre as regiões, o que poderia ser explicado pela diferença do modelo assistencial adotado, pela disponibilidade de outros equipamentos, como, por exemplo, leitos para cuidados continuados e paliativos e internações domiciliares e, ainda, a organização da regulação do acesso aos serviços que apresentam características diversas entre os estados e os grandes municípios. As evidências disponíveis mostram que o tempo de permanência varia de acordo com o porte dos hospitais e a tipologia dos leitos, devendo-se, então, considerar estas variáveis quando do seu uso para o cálculo do número de leitos. Esse índice dá uma imagem pontual da realidade insuficiente para representar o comportamento da ocupação de forma clara, uma vez que ela apresenta variações sazonais, no decorrer do dia, segundo o dia da semana ou o mês e, ainda, estações do ano. Ainda que passível de análise mais profunda, detalhada por hospital e por município, o Tempo Médio

de Permanência em hospitais no ES é de aproximadamente 5,0 dias (2017), maior em hospitais com perfis e internações mais complexas, que requerem maior tempo de acompanhamento pós-intervenções cirúrgicas, por exemplo.

Em dezembro de 2016, a Secretaria de Estado da Saúde, por meio do Núcleo Especial de Programação de Serviços de Saúde<sup>50</sup>, realizou um estudo para apurar a necessidade de leitos – Número de Internações Esperadas – para a população do ES, utilizando a metodologia de cálculos orientada pela Portaria GM/MS n. 1.631/2015 (que ainda estava vigente), considerando a Taxa de Internação Esperada, o Tempo Médio de Permanência e a Taxa de Ocupação de Leitos.

Este estudo foi realizado levando em conta os quatro cenários orientados pela Portaria GM/MS n. 1.631/2015, entretanto optou-se por focar em dois cenários que representassem o limite inferior e o limite superior recomendável para a estimação dos leitos regulares (enfermaria) e complementares (intensivos ou de UTI). A partir desses dois cenários, foi desenhado um cenário mediano, com dados reais do ES para os três indicadores: Taxa de Internação da população, o Tempo Médio de Permanência e a Taxa de Ocupação de Leitos para a população residente no Estado.

O Quadro 5 mostra a estimativa de leitos esperados para o atendimento às necessidades da população comparativamente com os Leitos Existentes nos anos de 2015 e 2016.

Quadro 5: Número de leitos esperados e necessários para a população do Espírito Santo 2016.						
Especificação	Mínimo	Máximo	Mediano	2015 Esperados	2015	2016
					Existentes	Existentes
Leitos de Enfermaria	3195	5834	4379	4595	5585	5424
Leitos Intensivos	179	622	353	269	515	509
TOTAL	3374	6456	4732	4864	6100	5933

FONTE: SESA/SSAROAS/GERAS/NEPSS.

O estudo revelou que a necessidade de internações no ES para a população SUS dependente está situada no intervalo entre os limites mínimo e máximo, ou seja, entre 3.374 e 6.456, tendo como média 4.732 leitos. Considerando o número de leitos existentes em 2015, ano base deste estudo, de 6.100 leitos, o Estado teria à época um *déficit* de apenas 356 leitos

Atualizando esta disponibilidade de leitos para 2017 e considerando os dados constantes no Quadro 2, que mostra 5.628 leitos existentes vinculados

<sup>50</sup> Este estudo contou com a colaboração de uma profissional graduada em estatística que atua na Superintendência Regional de Saúde Vitória (da Região Metropolitana de Saúde).

ao SUS, este *déficit* seria de 472 leitos, que será superado uma vez que a Secretaria de Estado da Saúde inseriu em seu planejamento para 2018-2019 um incremento de 524 leitos, resolutivos, estrategicamente distribuídos no território estadual, conforme demonstrado na Figura 1.

Sob o ponto de vista financeiro, no que tange ao valor *per capita* com saúde da população capixaba, o estudo apontou que, em 2010, o Governo Estadual, com recursos de origem estadual e federal, teve um *per capita* de R\$ 369,92, evoluindo para R\$ 599,99 em 2017. O Quadro 6 detalha os *per capitas* por origem dos recursos em 2010 e 2017.

O Quadro 7 apresenta, comparativamente, a evolução dos *per capitas* com recursos de origem estadual relativamente aos estados da Região Sudeste do Brasil, demonstrando que o Espírito Santo tem os maiores *per capitas* em relação aos demais estados nos anos analisados.

Quadro 6: Gasto Público com Saúde e per capita/ano realizado pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo comparativamente nos anos de 2010 e 2017.

Ano	Recursos próprios de origem estadual	per capita recurso estadual	Recursos de origem federal	per capita recurso federal	per capita total no ES
2010	880.738.188,64	252,57	409.209.101,02	117,35	369,92
2017	1.762.442.552,14	443,53	621.711.244,53	156,46	599,99

FONTE: SIOPS/DATASUS/MS

Quadro 7: *Per capitas/ano* com recursos próprios dos estados da Região Sudeste nos anos de 2010 e 2017

Estados	<i>Per capita</i> 2010	<i>Per capita</i> 2017
Espírito Santo	252,57	443,53
São Paulo	242,45	368,58
Rio de Janeiro	179,76	277,25
Minas Gerais	173,54	271,87

FONTE: SIOPS/DATASUS/MS

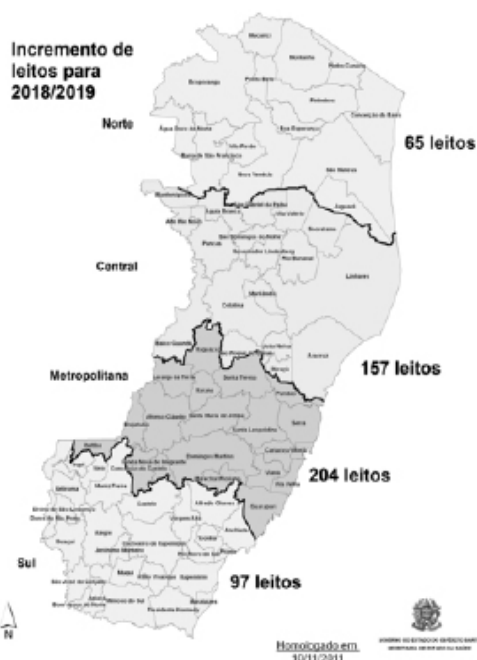
Relativamente ao Gasto Público com Saúde (GPS), com recursos próprios, de origem estadual, a seguir estão demonstrados, no Quadro 8, os percentuais aplicados pelos estados da Região Sudeste do Brasil nos anos de 2010 e 2017, em cumprimento ao estabelecido na Constituição Federal, que define que o mínimo a ser aplicado seja da ordem de 12% ao ano. A evolução do GPS do Espírito Santo nos anos analisados representa um grande esforço do Governo do Estado, demonstrando que a saúde pública efetivamente vem sendo priorizada, sendo o segundo estado da federação que mais aplicou recursos próprios em saúde no ano de 2017.



**Quadro 8: Percentual do Gasto Público com Saúde com recursos próprios dos estados da Região Sudeste nos anos de 2010 e 2017.**

Estados	2010	2017
	%	%
Espírito Santo	12,77	18,75
São Paulo	12,63	13,24
Rio de Janeiro	12,09	12,22
Minas Gerais	13,3	12,09

FONTE: SIOPS/DATASUS/MS



FONTE: ES/SES/SAISAS.

Figura 1: Incremento do número de leitos hospitalares previsto para o estado do Espírito Santo, por Região de Saúde, 2018-2019.

A Secretaria de Estado da Saúde, ciente da necessidade de melhor qualificar o acesso da população aos leitos e internações hospitalares, planeja para 2018/2019 um incremento de 524 leitos, estrategicamente distribuídos no território estadual (Figura 1): Região Sul 97 leitos; Região Central 157 leitos; Região Norte 65 leitos; e Região Metropolitana 204 leitos. O crescimento da disponibilidade de leitos SUS já foi objeto de planejamento e inserção na Lei Orçamentária Anual para o ano de 2019, portanto há recursos de investimento garantidos para este incremento.

## **Considerações Finais**

As inovações tecnológicas introduzidas na área da saúde, principalmente nas duas últimas décadas, e o aumento da resolatividade ambulatorial promoveram importante alteração na demanda por leitos hospitalares. Além dos aspectos sociais, culturais e demográficos da população, a utilização de leitos hospitalares está diretamente ligada: ao modelo de gestão e, conseqüentemente, ao modelo de atenção à saúde vigente em cada sistema, municipal e estadual; ao modelo de gerenciamento e da organização dos serviços de saúde por pontos isolados ou em redes de atenção; ao modelo ambulatorial ofertado à comunidade, tanto básico quanto especializado; à existência ou não de programas de atenção domiciliar, bem como da proximidade ou não de polos de atendimento regionais; e ao (sub)financiamento para a sustentabilidade do sistema público de saúde. A consequência disso é que, para cada comunidade, de acordo com suas características sociodemográficas e o modelo assistencial praticado, existirá um número suficiente e diferente de leitos hospitalares, não havendo número ideal de leitos a ser ofertado mas sim uma estimativa o mais próximo possível dessas necessidades.

Observa-se no Brasil uma oferta inadequada de leitos hospitalares, principalmente sob os aspectos de distribuição geográfica e de clientela beneficiária, pois faltam leitos SUS, principalmente os mais especializados, enquanto sobram leitos com menor capacidade resolativa. Por outro lado, a quantidade de leitos hospitalares ociosos, observados principalmente pelas baixas taxas de ocupação em hospitais de menor porte, e de hospitais desativados, também apontam para um desperdício de recursos financeiros e também no sentido da falta de financiamento para a reorientação na utilização desses leitos de modo resolativo. Por tudo isso, pode-se afirmar que a grande oferta de leitos hospitalares não pode ser considerada um valor no SUS, ao contrário, a menor necessidade de leitos sugere uma boa resolatividade na atenção primária em saúde e a boa aplicação das novas tecnologias do cuidado.

Este estudo mostra que tanto a desativação quanto o aumento de leitos devem ser analisados quanto à sua distribuição nos territórios regionais do Estado, em relação às especialidades médicas mais necessárias à população; quanto à capacidade resolativa desses leitos; à sazonalidade no uso dos mesmos e, ainda, à luz do (sub)financiamento para a utilização dos leitos e não apenas numericamente. Por mais paradoxal que pareça, pode-se afirmar que ainda faltam hospitais e leitos resolativos nos extremos Norte e Sul do Estado e que, em contrapartida, existem leitos ociosos nos Hospitais de Pequeno Porte, por sua baixa resolatividade, ou seja, observa-se uma oferta ainda necessitando de melhorias sob os aspectos de distribuição geográfica, resolatividade e de acessibilidade da clientela beneficiária nestas regiões. Significa dizer que a

definição da oferta de leitos não depende, apenas, do número populacional a ser atendido e do número frio, desprovido de análise, desses leitos.

## Agradecimentos

Este estudo foi realizado no mês de maio de 2018 como uma atividade rotineira do Núcleo Especial de Programação dos Serviços de Saúde, entretanto, atendendo a uma demanda do gestor estadual do SUS, foi elaborado um texto com uma pequena análise que resultou neste estudo ora apresentado. Assim, os autores agradecem ao Sr. Secretário de Estado da Saúde, Dr. Ricardo de Oliveira, pela possibilidade de publicá-lo. Agradecimento especial é dirigido à Especialista em Gestão, Regulação e Vigilância em Saúde da SRS Metropolitana, graduada em Estatística, Mônica Bottoni Souza, pela colaboração indispensável para a realização do Estudo de Necessidades de Leitos para o ES, em 2016.

## Referências

Associação Nacional de Hospitais Privados. **Painel de Saúde Anahp**. 2009. Paraíso. São Paulo. Estado de São Paulo. Disponível em: <http://www.ahseb.com.br/segundos-oms-ideal-e-ter-de-3-a-5-leitos-para-cada-mil-habitantes-no-brasil-indice-medio-e-de-24/>. Acesso em 22 out. 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA. **Resolução RDC n. 302, de 13 de outubro de 2005**. Dispõe sobre Regulamento Técnico para funcionamento de Laboratórios Clínicos. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0302\\_13\\_10\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0302_13_10_2005.html). Acesso em: jun. 2018

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA. **Resolução RDC n. 11, de 26 de janeiro de 2006**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011\\_26\\_01\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html). Acesso em: jun. 2018

BRASIL. **Portaria n. 1101, de 12 de junho de 2002. 1ª PARTE e 2ª PARTE**. Parâmetros Assistenciais do SUS. DOU de 19 de Junho de 2002, Nº 112 - Seção 1, quinta-feira, 13 de junho de 2002. Gabinete do Ministro. Brasília. Distrito Federal, 2002.

BRASIL. **Portaria GM/MS n. 1646, de 02 de outubro de 2015** que instituiu o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1646\\_02\\_10\\_2015.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1646_02_10_2015.html). Acesso em: jun. 2018.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES**. Dezembro 2017. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: jun. 2018.

BITTAR OJNV. **Ambulatório: da simplicidade à complexidade, é uma solução**. Ver. Paul. Hosp. 37 (1/4), 1990.

- CHERUBIN. NA; SANTOS, NA. **Administração hospitalar: fundamentos**. 3 ed. São Paulo: Loyola. 2002.
- DUARTE, IG. Leitos Hospitalares: algumas considerações. **RAS - Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 2, n. 5, p. 5-9, 1999.
- Análise das variáveis do ambiente interno no gerenciamento de leitos em organizações hospitalares privadas: aplicação do software nvivo. **RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 14, n. 4, 2017.
- PAGANINI JM; Novaes HM. **El hospital público: tendencias y perspectivas**. Washington, DC, OPAS - HSS/SILOS, 1994 Centro Universitário São Camilo. Edições Loyola. 2002. (In: Ética e Administração Hospitalar, Elma, LCP Zoboli).
- PEDROSO, MC. **A Profissionalização da Administração Hospitalar**. Comunicação apresentada no Seminário organizado pelo Valor Econômico e pela Philips, em São Paulo. Valor Econômico, em 05-11-2013. Disponível em: [https://www.fehospar.com.br/news\\_det.php?cod=7899](https://www.fehospar.com.br/news_det.php?cod=7899). Acesso em: 18 out. 2018.
- PEREIRA, S. R.[et. al.]. Sistemas de Informação para Gestão Hospitalar. **Health Inform.**, v. 4, n. 4, p. 170-175, 2012.
- SALAS, MM. *Diagrama de Barber y Johnson para el análisis de la gestión de la cama hospitalaria en Costa Rica*. **Rev. Costarric. Salud Pública**, v. 22, n. 1, 2013.
- SANTOS, N. M. **Organização da saúde em Curitiba: estudo de caso de leitos hospitalares**. (PUCPR). Congresso Virtual Brasileiro – CONVIBRA. 2017.
- WHO. **The world health report: improving performance**. Geneva: World Health Organization (OMS), 2000.



# PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL: UMA POLÍTICA DE ACESSO

Tânia Mara Ribeiro dos Santos<sup>1</sup>

Érika Cardoso dos Reis<sup>2</sup>

A Política de Saúde no Brasil tem em sua história, desde a década de 60, o direcionamento de diminuir os vazios assistenciais, para tornar o acesso aos serviços de saúde mais equitativo à população. Foram vários programas durante décadas, entre eles, o Projeto Rondon (1967),<sup>3</sup> porque a escassez de profissionais de saúde em áreas remotas e vulneráveis é um importante obstáculo para a universalização do acesso à saúde não só no Brasil, mas em diversos países.<sup>4</sup>

A Organização Mundial da Saúde estima que 50% da população mundial vive em áreas rurais remotas, mas essas áreas são servidas com menos de 25% da força de trabalho médica.<sup>5</sup> Nesse contexto, muitos países têm buscado soluções para ampliar a cobertura da atenção básica em áreas vulneráveis, atraindo profissionais de saúde para estas.<sup>6</sup>

Após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, ocorreram outras inserções de políticas para interiorização e fixação de profissionais, como o PROVAB (2013) e o Mais Médicos (2013). Este teve um diferencial, devido às experiências anteriores do Governo com os programas citados acima: a característica de priorizar lugares de difícil fixação de profissionais médicos e a oportunidade de participação de estrangeiros na

---

1 Enfermeira, graduada pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Mestre em Saúde Coletiva (UFES). Professora de graduação e pós-graduação em Saúde Coletiva. Especialista em Saúde da Família pela UFES. Secretária de Estado da Saúde. Coordenadora Estadual da Atenção Primária à Saúde. Professora do curso de Especialização de Auditoria e Regulação em Saúde da EMESCAM - Vitória.

2 Nutricionista, graduada pela Universidade Federal Fluminense, Sanitarista. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Analista Administrativo da Secretaria de Estado da Saúde (NEMS/ES).

3 Cf. MACIEL F. R.; BRANCO M. A. F. **Rumo ao Interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

4 OLIVEIRA, F. P. [et. al.]. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 54, 2015.

5 ARAÚJO, E; MAEDA, A. *How to recruit and retain health workers in rural and remote areas in developing countries*. In.: WORLD BANK (org.). **Report**. Washington (DC): World Bank, 2013. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/16104/78506.pdf?sequence=1>. Acessado 18 Outubro 2018.

6 DOLEA, C.; STORMONT, L.; BRAICHET, J. *Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers*. In.: **WORLD HEALTH ORGAN**. Remote and rural areas. v. 88, n. 5, p. 379-85, 2010.

atenção ao cuidado da população brasileira.<sup>7</sup>

O Governo Federal, através do Ministério da Saúde (MS), buscou cumprir um dos princípios do SUS, Lei Federal n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, a *universalidade*, que é a garantia do *acesso* e do primeiro contato, possibilitando a promoção da saúde e a prevenção de agravos, assim como a reabilitação, a partir da Atenção Primária à Saúde (APS). No entanto, devido ao cenário de iniquidades regionais e sociais, agravado pelas dimensões continentais e um quadro sanitário complexo, em consequência das diversidades regionais, socioeconômicas e culturais, concentrar profissionais médicos nas áreas rurais ou distantes das grandes capitais sempre foi um desafio no Brasil.

Devido à falta de profissionais médicos para áreas de difícil e/ou acesso restrito, o Ministério da Saúde inovou ao ousar trazer, para compor equipes de saúde da APS em todo país, profissionais estrangeiros com experiência nesses cuidados básicos.<sup>8</sup> Quando se discute sobre o componente do acesso às ações e serviços de saúde, a discussão deve estar centrada em um marco mais abrangente e a APS representa esse marco para a garantia da efetividade do sistema de saúde, melhorando os resultados, reduzindo os custos e promovendo a equidade. O fortalecimento da APS precisa ser entendido como o caminho para ampliar o acesso e efetivar o direito à saúde, contribuindo para aumentar a participação e a inclusão dos cidadãos nas políticas, na maior equidade em saúde, na definição das bases legais para a proteção em saúde e a garantia do direito à saúde.<sup>9</sup>

Nesse contexto, o Programa Mais Médicos para o Brasil foi criado pelo Governo Federal, por meio da Lei Federal n. 12.871, de 22 de outubro de 2013, e em seu Art. 1º traz a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o SUS e com os seguintes objetivos:

I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;

II - fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;

III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;

IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de

---

7 BRASIL. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras Providências. Acesso em: 4 out. 2019

8 *Ibidem*.

9 OLIVEIRA, MMC. Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre. Mestrado (Dissertação em Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007; CASTRO, R. C. L.; KNAUTH, D. V.; HARZHEIM, E.; DUNCAN, B. B. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, n. 28, p. 1772-1784, 2012.

atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;

V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;

VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;

VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e

VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.<sup>10</sup>

Essa busca do Governo Federal em ampliar o acesso fez com que a criação desta Política de Provimentos, ciclos de três anos cada, possibilitasse ao Brasil e ao setor de saúde o avanço na assistência e o enfrentamento de condições precárias de atenção à saúde, devido à formação de profissionais médicos insuficientes à demanda da população brasileira e com formação distante da realidade.<sup>11</sup>

Segundo a Constituição Federal de 1988, em seu art. 200, inciso III, compete ao Sistema Único de Saúde “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”. Para isso demanda à estrutura educacional e de formação de profissionais a garantia da suficiência e da qualidade de atenção, de acordo com a necessidade da sociedade. A reordenação da oferta de cursos de medicina e os novos parâmetros para a formação médica são situações que precisam ser discutidas em todos os espaços da evolução da saúde.<sup>12</sup>

Este item na política de provimento trata de recuperar o *déficit* desta situação no seu art. 13, Lei Federal 12.871/2013, quando garante a participação de brasileiros e estrangeiros no seu processo de trabalho:

I - aos médicos formados em instituições de educação superior brasileira ou com diploma revalidado no País; e

II - aos médicos formados em instituições de educação superior estrangeiras, por meio de intercâmbio médico internacional.

Fortalecer o processo da saúde com aporte de mais profissionais exigiu

---

10 BRASIL. **Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as leis n. 8.745, de 09 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 07 de julho de 1981, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/Lei/l12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/l12871.htm). Acesso em: 12 out. 2018;

11 *Ibidem*.

12 BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988.s Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm), Acesso em: 16 set. 2018;



do governo federal a cooperação com organismos internacionais, instituições de educação superior nacional e estrangeira. Isso gerou uma desconfiança de classe, a ponto de reações de solicitação de provação de competência aos estrangeiros. Porém a aprovação da população e a utilização dessa forma de assistência próxima do cidadão, acolhedora, e de visão da promoção da saúde fortaleceram ainda mais o programa, trazendo ao governo a certeza da forma correta de cobertura assistencial, voltada para diversas nacionalidades, apoiando a atenção primária e a expertise em cuidados primários.<sup>13</sup>

### **A política no Espírito Santo: consolidando o acesso**

No Espírito Santo, a Política do Projeto Mais Médicos para o Brasil iniciou em outubro de 2013, com a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) participando como instituição supervisora, representando o Ministério da Educação e Cultura (MEC); com a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) como coordenadora da comissão, responsável pela intermediação junto ao Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e o Ministério da Saúde (MS), com a condução de implantação do Programa, impulsionando os municípios a adotarem práticas adequadas ao bom desenvolvimento da Atenção Primária.

Diante da necessidade do número elevado de médicos para suprir a demanda reprimida de acesso aos cuidados primários, no país, o Governo Federal fez cooperação técnica com a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), na oportunidade de agregar outros profissionais, de outras nacionalidades, para a garantia de maior cobertura populacional.<sup>14</sup>

O ingresso ao programa se dá a partir de editais do Ministério da Saúde, com adesão dos médicos e dos gestores municipais. Os profissionais terão diferenciação de denominação, sendo: profissionais formados no Brasil são denominados de CRM-Brasil; os brasileiros formados no exterior e ou profissionais médicos de outras nacionalidades são denominados intercambistas individuais; e os médicos cubanos, devido à cooperação com a OPAS, são denominados de intercambistas cooperados.

Os médicos brasileiros (CRM-Brasil) e intercambistas individuais fazem adesão ao projeto e escolhem onde querem trabalhar, já os médicos intercambistas cooperados são alocados pelo Ministério da Saúde, nas vagas remanescentes. Para que se tenha boa inserção e manutenção dos profissionais em seus municípios de destino, o MS criou a Comissão de Coordenação Estadual do Projeto Mais Médicos para o Brasil (CCE-MM).

---

13 FEUERWERKER LCM. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

14 MACIEL F. R, BRANCO M.A.F. **Rumo ao Interior...** *Op. cit.*

A Portaria GM/MS nº 2.921, de 22 de novembro de 2013, e a Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013, dispõem sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, assim como as atribuições e competências das CCE-MM.<sup>15</sup>

A Comissão de Coordenação Estadual do Projeto Mais Médicos para o estado do Espírito Santo (CCE-MM-ES) é composta por quatro entes federados: Secretaria de Estado da Saúde (SESA), Ministério da Saúde (MS), Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e Ministério da Educação e Cultura (MEC), representado pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Essa comissão foi formada desde o início do processo no Estado para atuar e manter a coerência com os princípios e diretrizes do Programa.

A CCE-MM, ao coordenar e orientar a execução das atividades necessárias ao desenvolvimento do projeto em âmbito estadual, exerce um papel fundamental para garantir a adequada implantação e implementação do programa nos municípios, esclarecendo aos gestores municipais critérios de inclusão do profissional médico na Estratégia Saúde da Família/Atenção Primária à Saúde, em conformidade com as diretrizes da Portaria GM/MS Nº 2.921, de 22 de novembro de 2013, assim como com as competências descritas na Portaria Interministerial n. 1.369, de 8 de julho de 2013, que dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil.<sup>16</sup>

Essa comissão proporciona o relacionamento democrático entre os entes federados que compõem o SUS e foi um divisor de águas, no momento inicial de *acolhimento* dos profissionais, permitindo maior interação e segurança dos médicos no processo de adaptação em seus locais de destino.

Esta etapa de acolhimento foi fundamental para a posterior atuação dos intercambistas individuais e cooperados, pois, como houve uma avassaladora adesão inicial dos estrangeiros, foi importante para a adaptação deles ao idioma e conhecimento da política de saúde do país.

Esse processo de sediar este primeiro momento dos profissionais para todo o Brasil ocorreu em cinco estados, sendo o Espírito Santo um deles. O acolhimento aconteceu no município de Guarapari, na Região Metropolitana de Vitória, que recebeu aproximadamente dois mil e seiscentos intercambistas cooperados e em torno de 30 intercambistas individuais. Foram três momentos realizados entre outubro de 2013 a março de 2014.<sup>17</sup>

---

15 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Portaria nº 2.921, de 22 de novembro de 2013**. Institui Comissão Coordenada do Programa Mais Médicos Estadual, e da outras providências. Acesso em: 4 out. 2019

16 BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1.369**, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto. Mais Médicos para o Brasil. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2013pri1369\\_08\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2013pri1369_08_07_2013.html). Acesso em: 01 set. 2018;

17 INTO, H. A. [et. al.]. **O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção**

Na sequência da implantação do MM, a CCE-MM esteve sempre presente nas reuniões do COSEMS, visando amadurecer junto aos secretários as propostas do programa, e realizou sistematicamente visitas *in loco* aos municípios, estabelecendo um espaço dinâmico de esclarecimentos às questões de incoerências e dúvidas.

Não se pode deixar de ressaltar que, quando da implantação do PMM, estava em andamento o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), também do MS. No Espírito Santo, no final de 2013, havia um quantitativo próximo de 50% de profissionais do PROVAB e igual quantidade do Mais Médicos. Porém, em 2014, com a forte participação da CCE-MM nos esclarecimentos da implantação do Programa, passou para aproximadamente 75% de profissionais Mais Médicos, sendo 55% de intercambistas cooperados e apenas 19% de CRM-Brasil.<sup>18</sup>

Este cenário ficou mais evidente em 2015, com 5% de PROVAB, 61% de intercambistas cooperados e 28% de CRM-Brasil. Em 2016, não teve grande alteração, com 7% de PROVAB, 59% de intercambistas cooperados e vinte e 29% de CRM-Brasil.<sup>19</sup> Em 2017, começa a mudar este cenário com o fim da missão dos primeiros três anos de vários intercambistas cooperados, cujas reposições de vagas tiveram prioridade e interesse nos médicos brasileiros, modificando em torno de 45% de intercambistas cooperados e 50% de CRM-Brasil. O esclarecimento da Política de Provimento aos médicos CRM-Brasil permitiu maior adesão ao Programa.<sup>20</sup>

Se se comparar o quantitativo de equipes, em 2018, em seu primeiro semestre, o ES contava com 721 Equipes Saúde da Família e 522 médicos do Programa, sendo essa a média desde 2013. Observa-se que proporcionou ao Estado uma maior cobertura de atenção primária e acesso aos serviços de saúde, principalmente nos municípios com maior dificuldade de fixação de profissionais pela interiorização ou pela dificuldade de recursos para a formação de equipes.<sup>21</sup>

O Espírito Santo teve o maior número de solicitação para ingresso por parte dos profissionais cooperados. A Análise deste fenômeno, realizada pela equipe de coordenação estadual, considerou alguns fatores, tais como situar-se na Região Sudeste e ter histórico de implantação da Estratégia Saúde da Família

---

**Básica.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 38, número especial, p. 358-372, out. 2014.

18 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Relatório de Análise de Situação Programa Mais Médicos.** Brasília: Brasil, 2014.

19 *Ibidem*

20 BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017.** Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017.

21 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Relatório de Análise de Situação Programa Mais Médicos.** Brasília: Brasil, 2018

desde 1997, desenvolvida com acolhimento e próxima ao cidadão, permitindo uma identidade de empoderamento no seu autocuidado. Também por visar fortemente à promoção da saúde e prevenção de agravos, tendo aumentado o protagonismo da APS na busca de uma assistência adequada à população. E, finalmente, por possuir um nível de organização e sustentabilidade de uma política justa e coerente às necessidades municipais.

Importante é reconhecer o empoderamento da sociedade que, ao se deparar com uma atenção acolhedora e resolutiva, não permitiu que se colocasse em risco a garantia do acesso aos cuidados. Segundo Santos, instituinte é o processo mobilizado por forças produtivo-desejante-revolucionárias que tende a fundar instituições ou a transformá-las, como parte do devir das potências e materialidades sociais.<sup>22</sup>

Santos ainda traz a reflexão das construções de uma sociedade não reprimida e imposta às vontades alheias que têm que ter uma consciência de seu potencial ativo e de construção. Isso denota uma análise no seu caráter gestor de produção de vida com qualidade. Para que se tenha uma produção de gestão, é necessário viver a autoanálise e a autogestão aqui explicadas:

a auto-análise [sic] consiste em que as comunidades mesmas, como protagonistas de seus problemas, necessidades, interesses, desejos e demandas, possam enunciar, compreender, adquirir ou readquirir um pensamento e um vocabulário próprio que lhes permita saber acerca de sua vida, ou seja: não se trata de que alguém venha de fora ou de cima para dizer-lhes quem são, o que podem, o que sabem, o que devem pedir e o que podem ou não conseguir. Este processo de auto-análise [sic] das comunidades é simultâneo ao processo de auto-organização, em que a comunidade se articula, se institucionaliza, se organiza para construir os dispositivos necessários para produzir, ela mesma, ou para conseguir os recursos de que precisa para a manutenção e o melhoramento de sua vida sobre a terra. Na medida em que essa organização é consequência [sic] e, ao mesmo tempo, um movimento paralelo com a compreensão dada pela auto-análise [sic], ela também não é feita de cima para baixo, nem de fora, mas elaborada no próprio seio heterogêneo do coletivo interessado.<sup>23</sup>

Grandes desafios são postos ao se analisar a importância da política do acesso com qualidade. Nestes 30 anos de SUS, Paim afirma que aspectos negativos na construção do SUS podem ser identificados nas políticas de medicamentos e de assistência farmacêutica, no controle do *Aedes* e na

---

22 BAREMBLIT *apud* SANTOS, T. M. R. **Fios e desafios da atenção à saúde da criança no estado do Espírito Santo**: análise da mortalidade de zero a cinco anos com gestores do Programa Estadual de Saúde da Mulher e da Criança. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UFES, Vitória, 2013.

23 *Ibidem*.

segurança e qualidade do cuidado.<sup>24</sup> Esta qualidade do cuidado vem sendo observada e fortemente colocada em pauta nas discussões da política. Isso foi veículo de desconfiança no início do projeto, mas venceu a possibilidade de conhecer antes de julgar.

Há diferenças de formação profissional nos países, porém o mundo discute o valor da atenção primária e sua potência em cuidados e resolutividade. Segundo Starfield, a responsabilização e resolutividade, nos territórios e pessoas, garantem a satisfação e o reconhecimento da sociedade em curto prazo.<sup>25</sup>

A supervisão dos profissionais do MM com o olhar de educação permanente, possibilitando o aumento de assertividade e de condução clínica correta, também reflete ponto positivo que o projeto trouxe.

A impossibilidade, por falta de insumos e equipamentos adequados ao nível de atenção primária, de trazer à população uma organização de atenção, tornou-se um entrave no vislumbre de avanços do projeto e sua aprovação maior pela sociedade.

### **Atenção Primária e suas possibilidades**

A Política Nacional de Atenção Básica 2017 (PNAB) tem em suas premissas os princípios do SUS e das Redes de Atenção à Saúde como forma de organização.

O Ministério da Saúde, na PNAB, em seu art. 2º, cita que a Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. No seu art. 3º, está explicitado que são princípios e diretrizes do SUS e da RAS, a serem operacionalizados na Atenção Básica, os que estão a seguir descritos:

I - Princípios:

- a) Universalidade;
- b) Equidade;
- c) Integralidade.

---

24 PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 6, 2018.

25 STARFIELD B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da saúde, 2002.

II - Diretrizes:

- a) Regionalização e Hierarquização;
- b) Territorialização;
- c) População Adscrita;
- d) Cuidado centrado na pessoa;
- e) Resolutividade;
- f) Longitudinalidade do cuidado;
- g) Coordenação do cuidado;
- h) Ordenação da rede;
- i) Participação da comunidade.<sup>26</sup>

A APS não é um trabalho apenas do médico, e sim de uma equipe que possa contemplar os determinantes e condicionantes da saúde, assim consolidando a diretriz, resolutividade e cuidados centrados na pessoa. A falta de um membro desta equipe traz desequilíbrio na atenção à pessoa ou comunidade, razão pela qual foram necessários investimentos de grande monta para supri-lo.

Segundo Girardi, há evidências de que havia escassez de médicos no país na APS, má distribuição da força de trabalho disponível, uma clara dificuldade de fixação de médicos nas áreas mais remotas. Tal escassez era percebida pelo conjunto da população e entidades de saúde.<sup>27</sup>

A importância do governo na sensibilidade e pleito dos gestores municipais evidenciou o quanto é urgente o investimento na formação de profissionais para atender ao SUS. Mas a equipe tem que começar a reconhecer que atenção primária é promoção da saúde, prevenção de doenças, trazendo uma resolubilidade elevada às ações para a comunidade.

O Decreto Federal n. 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei Federal n. 8.080 de 1990, no qual o reconhecimento da APS como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado significa a responsabilização da equipe cada vez maior, de forma coletiva e social.

Ter a visão de território, com olhar sanitário, reforçado pelo Decreto, para o sucesso das ações de saúde e o ordenamento político e técnico corrobora com o apoio institucional como uma potência do Mais Médicos.

O Ministério da Saúde descreve as Redes de Atenção à Saúde (RAS)

---

<sup>26</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017...** *Op. cit.*

<sup>27</sup> GIRARDI *apud* PAULA, J. B. **Análise do ciclo do Programa Mais Médicos no Brasil: Cooperação Cuba Brasil e seus efeitos para o trabalho médico**, Tese (Doutorado em Saúde Global e Sustentabilidade). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2017.

como sendo uma estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, destaca a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde.

O Projeto Mais Médicos possibilita o fortalecimento das RAS, por proporcionar profissionais preparados para exercer a função de forma responsável e correta.

A autonomia dos gestores, seja financeira ou técnica para grandes tomadas de decisão, é fundamental para que se tenha uma equipe também fortalecida e autêntica em seus processos instituintes e instituídos. Sendo assim, referencia-se Franco para defender que:

A produção da vida se dá sem que haja um eixo estruturado sobre o qual se organiza. Ela se produz a partir de múltiplas conexões e fluxos construídos em processos, que criam linhas de contato entre agentes sociais que são a fonte de produção da realidade.<sup>28</sup>

Merhy discute o “trabalho vivo em ato”, o agir em saúde, em sua micropolítica, que permite a construção das ações humanas no ambiente produtivo de saúde, esta reconhecida como um bem público e patrimônio coletivo e individual de uma sociedade.<sup>29</sup> Nesse contexto, o Mais Médicos veio para propiciar a efetividade do cuidado.

## Considerações finais

O Programa Mais Médicos no estado do Espírito Santo trouxe um amplo acesso pela quantidade de equipes cobertas, assim como podem ser observadas suas fragilidades e potencialidades. Importante é incentivar os profissionais da atenção primária a escreverem como estudo científico a atuação dos profissionais médicos, para se analisar a qualidade da atenção prestada ao cidadão.

Essa reflexão traz afetações tanto pela situação de sanar a necessidade de médicos nos vazios assistenciais, como proporcionar um cuidado cada vez mais acolhedor na atenção primária. A macropolítica é imprescindível e significativa, porém é na micropolítica do trabalho na atenção primária que se vê a figura de cada componente e sua importância.

---

28 FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. *In.*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

29 MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In.*: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

A presença do médico traz resolutividade no tratamento de agravos, porém o investimento das equipes para se trabalhar a promoção da saúde e a prevenção de agravos, no cotidiano de cada cidadão e profissional, ampliará as possibilidades de autonomia e força.

A CCE se configurou como um apoio institucional de forma positiva e, também, como espaço instituído, com governança de instituinte, pois há a liberdade de reflexão, construção do conhecimento na atenção primária, fortalecimento do território, com percepções, saberes e decisões.

De acordo com Santos, pode-se reconhecer esses momentos de transformações institucionais, essas forças que buscam transformar as instituições, os movimentos instituintes que, por sua vez, serão transformados no instituído.<sup>30</sup>

O Projeto Mais Médicos, para o Brasil, trouxe médicos para as equipes, porém trouxe, também, fortes reflexões de como fazer a mudança de modelo para as condições em que a promoção da saúde e a prevenção de agravos seriam colocadas em prática.

### Referências:

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988.s Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 16 set. 2018.

BRASIL. **Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as leis n. 8.745, de 09 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 07 de julho de 1981, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/Lei/l12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/l12871.htm). Acesso em: 12 out. 2018.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013**. Dispõe sobre a implementação do Projeto. Mais Médicos para o Brasil. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013pri\\_1369\\_08\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013pri_1369_08_07_2013.html). Acesso em: 01 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017.

ARAÚJO, E.; MAEDA, A. *How to recruit and retain health workers in rural and remote areas in developing countries*. In.: WORLD BANK (org.). **Report**. Washington (DC): World Bank, 2013. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/16104/78506.pdf?sequence=1>. Acessado 18 Outubro 2018.

CASTRO, R. C. L.; KNAUTH, D. V.; HARZHEIM, E.; DUNCAN, B. B. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, n. 28, p. 1772-1784, 2012.

---

30 SANTOS, TMR. **Fios e desafios da atenção à saúde da criança no estado do Espírito Santo...** *Op. cit.*



DOLEA, C.; STORMONT, L.; BRAICHET, J. *Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas*. **WORLD HEALTH ORGAN**, 2010; 88(5):379-85, 2010.

FEUERWERKER LCM. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. *In.*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

MACIEL F. R, BRANCO M. A. F. **Rumo ao Interior**: Médicos, Saúde da Família e Mercado de Trabalho. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In.*: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

OLIVEIRA, F. P. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 54, 2015.

OLIVEIRA, M. M. C. Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre. Dissertação (Mestrado em Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

PAIM, J. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos - Departamento de Saúde Coletiva I, Universidade Federal da Bahia. – Salvador, 2018.

PAULA, J.B. Análise do ciclo do Programa Mais Médicos no Brasil – Cooperação Cuba Brasil e seus efeitos para o trabalho médico, Tese de Doutorado, 2017.

SANTOS, T. M. R. **Fios e desafios da atenção à saúde da criança no estado do Espírito Santo**: análise da mortalidade de zero a cinco anos com gestores do Programa Estadual de Saúde da Mulher e da Criança. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UFES, Vitória, 2013.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da saúde, 2002.

## **OS ORGANIZADORES**

**Gustavo Oliveira de Muner:** Formado em direito pela FAESA em Vitória ES, Mestre pela Universidad Internacional de Andaluzia en España, Especialista em Gestão Empresarial pela Multivix em Vitória ES, Coordenador do Curso de Regulação e Auditoria em Saúde da EMESCAM em Vitória ES.

**Marcia Portugal Siqueira:** Atualmente sou Farmacêutica-Bioquímica da SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE atuando da Gerência Estratégica de Planejamento e Desenvolvimento Institucional. Tenho experiência na área de Saúde Coletiva, Saúde Pública, Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria no SUS, Gestão de Sistemas e de Serviços de Saúde, Política e Administração de Medicamentos, Planejamento e Informação em Saúde, Economia da Saúde e Financiamento do SUS. Colaborei voluntariamente com o Ministério da Saúde para a formulação de políticas na área de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria. Atuo, como professora, em diversas instituições de ensino superior, como professora-convidada, ministrando aulas em diversas disciplinas relativas à gestão da saúde pública e saúde coletiva, com ênfase em Saúde da Família. Exerçi por 11 anos a função de Assessora Técnica do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Espírito Santo- COSEMS-ES. Atuei, também, como membro das Câmaras Técnicas: COSEMS-ES, CIB e CIB-Microrregional de Saúde.

**Maria Lêda Oliveira De Muner:** Possui graduação em Pedagogia pela FACIASC - Faculdade de Ciências Aplicadas ?Sagrado Coração - Linhares-ES (1991), Especialista em Supervisão Educacional pela Associação Salgado de Oliveira de Educação e Cultura RJ (1995), Especialização de Educação Continuada em Avaliação Institucional, pela IESB-UNB - Brasília DF (2001), Mestrado em Extensão Rural pela Universidade Federal de Viçosa (1997) - UFV/MG e Doutorado em Educação na Faculdade de Ciências da Educação de Sevilla-Espanha (2016) na área de Educação para a Sustentabilidade. Tem longa experiência na área de Educação, professora e técnica da SEDU-Secretaria de Educação Estadual do ES, ênfase no Ensino Superior, atuando como diretora, coordenadora pedagógica e professora da Graduação e Pós Graduação nas disciplinas Metodologia de Pesquisa e de Ensino Superior, didática, Gestão dentre outras. Foi diretora do Departamento de Educação Ambiental da Secretaria de Meio Ambiente de Vitória-ES, desenvolvendo programas e projetos voltados a uma educação para a sustentabilidade. Atuando como suplente na câmara de Educação Ambiental da ANAMMA - Associação Nacional de Municípios no Meio Ambiente. Atualmente professora de Metodologia de Pesquisa e Didática e Pedagogia no Setor de Pós Graduação da EMESCAM.

**Dr. Pitiguara de Freitas Coelho:** Fisioterapeuta, Especialista e Mestre em Reumatologia pela Escola Paulista de Medicina, Doutorando PUC-RS Especialização em docência do ensino superior (EMESCAM), Especialização em fisiologia do exercício pela USP, Perito judicial do trabalho (TRT). CEO da GVIX - soluções em saúde e educação. Atualmente é professor assistente e coordenador geral de extensão e pós-graduação da Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM).



Este impresso foi composto utilizando-se as famílias tipográficas Miniom Pro.

Sua capa foi impressa em papel Supremo 250g/m<sup>2</sup> e seu miolo em papel offset 75g/m<sup>2</sup> medindo 15.5 x 23 cm, com uma tiragem de 400 exemplares.

É permitida a reprodução parcial desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para qualquer fim comercial.



**EDITORA MILFONTES**