

GESTÃO EM SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL

CASOS, ANÁLISES E PRÁTICAS
VOLUME 2

GESTÃO EM SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL

CASOS, ANÁLISES E PRÁTICAS

2

Ronaldo Bordin - Professor Associado da Faculdade de Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Administração-PPGA/UFRGS. Mestre em Educação e Doutor em Administração. Áreas de interesse: administração e planejamento em saúde, administração pública, estudos organizacionais, tecnologia e práticas de gestão em saúde. Coordenador do Curso de Especialização de Gestão em Saúde/UAB/UFRGS.

Roger dos Santos Rosa - Professor Associado da Faculdade de Medicina e dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e em Ensino na Saúde/UFRGS. Mestre em Administração e Doutor em Epidemiologia. Áreas de interesse: epidemiologia, administração e planejamento em saúde, vigilância em saúde, economia da saúde e administração pública. Coordenador do Curso de Especialização em Saúde Pública/UFRGS.

O PNAP oferta cursos de graduação e especialização destinados à criação de um perfil nacional do administrador público, propiciando a formação de gestores que utilizem uma linguagem comum e que compreendam as especificidades de cada uma das esferas públicas (municipal, estadual e federal).

Este livro é resultado da segunda edição do Curso de Especialização de Gestão em Saúde, no âmbito do sistema da Universidade Aberta do Brasil (UAB) e do Programa Nacional de Formação em Administração Pública (PNAP) e efetivado pela Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EA/UFRGS).

Ao abordar temas como as ações realizadas versus as preconizadas junto ao sistema de saúde prisional ou no combate à tuberculose, o financiamento da atenção básica e a distribuição dos incentivos estaduais segundo Regiões de Saúde e o custo da Estratégia de Saúde da Família no município, custos e o perfil de internações hospitalares selecionadas, entre outros, os capítulos que compõem este livro elaboram um panorama de casos, análises e práticas da área de gestão em saúde no estado do Rio Grande do Sul.

Os textos que compõem este livro abordam a área de gestão em saúde no campo das políticas públicas de saúde, economia da saúde e epidemiologia de serviços hospitalares. Todos são produtos da segunda edição do Curso de Especialização de Gestão em Saúde, ofertado pela Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EA/UFRGS), no âmbito do sistema da Universidade Aberta do Brasil (UAB) e do Programa Nacional de Formação em Administração Pública (PNAP).

No conjunto, conformam um panorama de casos, análises e práticas da área de gestão em saúde no estado do Rio Grande do Sul.

EDITORA
Evangraf
LTD.A



Ronaldo Bordin
Roger dos Santos Rosa

GESTÃO EM SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL

CASOS, ANÁLISES E PRÁTICAS

(VOLUME 2)

Ronaldo Bordin
Roger dos Santos Rosa

GESTÃO EM SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL

CASOS, ANÁLISES E PRÁTICAS

(VOLUME 2)

Editora Evangraf
Porto Alegre, 2017

© Copyright: dos autores

Produção Gráfica e Impressão: Editora Evangraf

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE GESTÃO EM SAÚDE – PNAP/2013-2015

Coordenador: Ronaldo Bordin

Vice-coordenador: Ana Mercedes Sarria Icaza

Corpo docente (disciplinas): Profs. Drs. Ana Mercedes Sarria Icaza, Aragon Erico Dasso Júnior, Ariston Azevedo, Clezio Saldanha dos Santos, Cristina Amélia Carvalho, Fernando Dias Lopes, Ivan Antônio Pinheiro, Paul Douglas Fisher, Maria Ceci Araújo Misoczky, Roger dos Santos Rosa, Ronaldo Bordin e Sueli Maria Goulart da Silva.

Corpo docente (orientação): Profs. Drs. Celmar Corrêa de Oliveira, Clezio Saldanha dos Santos, Guilherme Dornelas Câmara, Paul Douglas Fisher, Maria Ceci Araújo Misoczky, Mariza Machado Klück, Rafael Kunter Flores, Roger dos Santos Rosa e Ronaldo Bordin.

Coordenadora de tutoria: Rita de Cássia Nagem

Tutores de disciplinas: Ana Lucilia da Silva Marques, Clarice Coelho de Oliveira, Cláudia Raulino Tramontt, George dos Reis Alba, Lucas Casagrande, Marcelo de Azevedo Zatar, Maira Rossetto, Mariana Bello Porciuncula, Rafael Matos da Rosa.

Tutores de orientação a distância: Camila Guaranha, Gímerson Erick Ferreira, Juliane Meira Winkler, Luís Fernando Kranz e Maria Luiza Ferreira de Barba.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G393 Gestão em saúde no Rio Grande do Sul : casos, análises e práticas –
Vol. 2 / (organizadores) Ronaldo Bordin, Roger dos Santos Rosa.
– Porto Alegre : Evangraf, 2017.
280 p.

Inclui bibliografia.
ISBN 978-85-7727-959-3

1. Gestão em saúde - Rio Grande do Sul. I. Bordin, Ronaldo.
II. Santos Rosa, Roger dos.

CDU 61:658(816.5)
CDD 362.1068

(Bibliotecária responsável: Sabrina Leal Araujo – CRB 10/1507)

Publicação realizada com recursos do projeto Curso de Especialização em Gestão em Saúde (UAB-CAPES), ofertado no âmbito do sistema Universidade Aberta do Brasil (UAB) - Processo: 23078.029737/12-13

APRESENTAÇÃO

No âmbito do sistema da Universidade Aberta do Brasil (UAB) e do Programa Nacional de Formação em Administração Pública (PNAP), a Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EA/UFRGS) lançou em 2013 a segunda edição dos Cursos de Especialização de Gestão Pública, Gestão Pública Municipal e Gestão em Saúde, modalidade a distância.

O PNAP oferta cursos de graduação e especialização destinados à criação de um perfil nacional do administrador público, propiciando a formação de gestores que utilizem uma linguagem comum e que compreendam as especificidades de cada uma das esferas públicas (municipal, estadual e federal). Os cursos passam a integrar o conjunto de cursos oferecidos pelo Sistema UAB, como cursos permanentes, e são ofertados gratuitamente nos polos de apoio presencial da Universidade Aberta do Brasil.

O Curso de Especialização de Gestão em Saúde destinava-se aos portadores de diploma de curso superior que exercessem atividade em órgãos públicos ou do terceiro setor ou com aspirações ao exercício de função pública. Como objetivo geral, pretendia capacitar quadros de gestores para atuar na administração do governo e unidades organizacionais, com formação adequada para intervir na realidade social, política e econômica. Em última instância, contribuir para a melhoria da gestão das atividades desempenhadas pelo Estado brasileiro, nos âmbitos federal, estadual e municipal. (CAPES, 2009)

Esta edição do Curso de Especialização de Gestão em Saúde contemplou 310 inscritos, distribuídos em 9 polos no Rio Grande do Sul

(RS), quais sejam: Novo Hamburgo, Quaraí, Sapiranga, São Sepé, Santo Antônio da Patrulha, São Lourenço do Sul, Serafina Correa e Três Passos.

Este livro é composto por versões modificadas de doze trabalhos de conclusão, contemplando a área de gestão em saúde no campo das políticas de saúde, economia da saúde e epidemiologia de serviços hospitalares, entre outros. E, desta forma, evidenciando um panorama de casos, análises e práticas da área de gestão em saúde no estado do Rio Grande do Sul.

Boa Leitura!

Os Autores

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| PARTE I - POLÍTICA DE SAÚDE | 9 |
| Política de Saúde no Sistema Prisional: O Preconizado e o Existente no RS (2014) | |
| Andressa Krammer Sicorra | |
| Ronaldo Bordin | 11 |
| Tuberculose - Estudo Comparativo entre as Ações Realizadas e as Preconizadas pelo Ministério da Saúde em Santa Maria, RS, 2013 | |
| Cátia Regina Loureiro Bortoluzzi | |
| Ronaldo Bordin | 37 |
| Satisfação do Usuário Diante do Acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde – uma revisão, 2004-2014 | |
| Likmayer da Cruz | |
| Ronaldo Bordin | 49 |
| Dimensionamento dos Profissionais de Enfermagem: Uma Revisão da Produção Indexada na Biblioteca Virtual da Saúde, 2005-2014 | |
| Lisiane Paula Sordi | |
| Ronaldo Bordin | 81 |
| PARTE II - CUSTOS E FINANCIAMENTO | 109 |
| Custos da Estratégia de Saúde da Família em Novo Xingu – RS, 2014 | |
| Elizandro Sergio Holz Tasso | |
| Luís Fernando Kranz | |
| Roger dos Santos Rosa | 111 |

| | |
|--|------------|
| O Financiamento da Atenção Básica em Maratá - RS, 2010-2013 | |
| Gisele Adriana Schneider | |
| Roger dos Santos Rosa | 131 |
| Incentivos Financeiros Estaduais à Saúde da Família: Análise da Distribuição nas 30 Regiões de Saúde, RS, 2013-2014 | |
| Aline de Souza Moscardini | |
| Luis Fernando Kranz | |
| Roger dos Santos Rosa | 149 |
| Gestão de Custos Hospitalares: Implantação do Programa Nacional de Gestão de Custos do SUS na Fundação de Saúde Pública São Camilo de Esteio/RS | |
| Tatiane Ferreira Dela Pase | |
| Roger dos Santos Rosa | 169 |
| PARTE III - O SISTEMA HOSPITALAR | 189 |
| Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária: Uma Revisão da Produção Indexada na Biblioteca Virtual em Saúde, 2005-2014 | |
| Felipe Castelli dos Santos | |
| Ronaldo Bordin | 191 |
| O Perfil das Internações no SUS por Causas Externas entre Crianças e Adolescentes no Município de Porto Alegre, 2010-2013 | |
| Juliane Cabral | |
| Luís Fernando Kranz | |
| Roger dos Santos Rosa | 209 |
| Monitoramento das Internações na Rede Pública por Doença Renal Crônica no RS, 2008 a 2012 | |
| Gabriela Feiden | |
| Rita de Cássia Nagem | |
| Roger dos Santos Rosa | 235 |
| Compras Nacionais e Internacionais em Um Hospital de Capacidade Extra | |
| Daiane Olsson de Souza | |
| Roger dos Santos Rosa | 253 |



PARTE I
Política de Saúde

POLÍTICA DE SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL: O PRECONIZADO E O EXISTENTE NO RS (2014)

ANDRESSA KRAMMER SICORRA
RONALDO BORDIN

INTRODUÇÃO

Este estudo assume o pressuposto de que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) se consolida a partir do engajamento da Segurança Pública com a área da saúde, uma vez que a política de saúde é desenvolvida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e as instituições penitenciárias são órgãos articulados com a política de segurança pública.

É importante entender as propostas do SUS e os objetivos da Política de Atenção Básica, cuja proposta é desenvolvida no âmbito da saúde prisional. Além disso, como as instituições penitenciárias são geridas pela Política de Segurança Pública, torna-se importante abranger os objetivos das prisões no atendimento da pessoa privada de liberdade, possibilitando, assim, a compreensão das questões abrangentes à gestão da saúde prisional.

Conforme Machado (2013), o SUS está amparado nos princípios da universalidade, equidade, descentralização e participação popular, tendo como porta de entrada do sistema a Atenção Básica (BRASIL, 2012, p. 9):

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente 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.

A Atenção Básica é considerada a principal porta de entrada dos usuários do SUS, pois é descentralizada, está próxima da vida das pessoas e se comunica com toda a rede de atenção à saúde, seu desenvolvimento é preconizado por intermédio de práticas de cuidado, dirigidas a populações de territórios definidos, observando critérios de vulnerabilidade, risco, resiliência e o imperativo ético do acolhimento à demanda. Com relação à gestão a Atenção Básica deve ser pautada em práticas democráticas e participativas (BRASIL, 2012).

A instalação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) nas proximidades onde as pessoas vivem, moram, trabalham e estudam exerce uma fundamental garantia de acesso à atenção à saúde de qualidade (BRASIL, 2012).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), instituída pela Portaria Interministerial nº 1, entrou em vigor no dia 2 de janeiro de 2014 com o objetivo de garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS. Com a PNAISP, o Serviço de Saúde no Sistema Prisional passa a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, qualificando a atenção básica no âmbito prisional como a principal porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde pela RAS. (BRASIL, 2014).

Nesse contexto, o serviço de saúde no sistema prisional passa ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, qualifican-

do a Atenção Básica no âmbito prisional. Para Amaral (2014), a Atenção Básica, conforme pacto estabelecido, é desenvolvida pelas equipes de Atenção Básica das UBS's do território ou pelas Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP). Além disso,

“os serviços de saúde nas unidades prisionais também devem ser estruturados como pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, bem como cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)” (AMARAL, 2014, p. 71).

POLÍTICA DE SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL

O direito à saúde da pessoa privada de liberdade está garantido em legislações, como a Constituição Federal de 1988, a Lei nº 8.080/1990, que regulamenta o SUS, e a Lei de Execução Penal nº 7.210/1984. Todas elas definem legalmente o acesso das pessoas privadas de liberdade a ações e serviços de saúde, o que é consolidado pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), desenvolvido dentro de uma lógica de atenção à saúde fundamentada nos princípios do SUS. As legislações garantem o acesso da pessoa privada de liberdade à saúde, uma vez que este indivíduo não pode ser privado dos seus direitos civis.

Para garantir o atendimento à saúde da população carcerária o governo brasileiro está buscando reformular as políticas de atendimento da pessoa privada de liberdade. Ademais, os estados estão sendo qualificados para desenvolver ações de saúde nos estabelecimentos prisionais, de acordo com o PNSSP, instituído por meio da Portaria Interministerial nº 1.777/2003. Para Ribeiro e Silva (2014, p. 16):

o governo brasileiro tem buscado reformular as políticas para melhorar a atenção à população privada de liberdade. Os programas que antes eram destinados somente à população geral tem invadido aos poucos o sistema prisional. E quando chega ao nosso conhecimento sobre as implantações que têm ocorrido nos Estados, sabemos que existem agentes interessados em melhorar o sistema. É sabido que a legislação não muda a realidade, tanto que ainda

tem regiões que não veem importância no desenvolvimento deste trabalho.

Ribeiro e Silva (2014) destacam que as legislações não mudam a realidade. Nesse sentido, somente as legislações não garantem o acesso da pessoa privada de liberdade aos serviços de saúde. Elas subsidiam os gestores na implantação das políticas públicas, mas é necessário um conjunto de ações para garantir o que está previsto na legislação.

O SUS desenvolve um conjunto de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, garantindo o acesso de todos os brasileiros à saúde. Para efetivar o direito à saúde no sistema prisional a gestão em saúde precisa conhecer as legislações e desenvolver ações que atendam às necessidades da pessoa privada de liberdade.

Vários são os fatores que contribuem para o agravamento das condições de saúde da população privada de liberdade que, em geral, quando recolhidas aos estabelecimentos prisionais, oriunda de comunidades desfavorecidas, apresentam estado de saúde debilitado, vícios, transtornos mentais que são gradualmente agravados pela precariedade do confinamento das unidades prisionais (MACHADO, 2013, p. 99).

A inclusão das pessoas privadas de liberdade no SUS, além de ser responsabilidade do Estado, constitui-se em missão e desafio para profissionais de saúde e cidadãos que acreditam numa sociedade sem excluídos.

As questões de saúde que merecem atenção em tema prisional são decorrentes de duas situações já conhecidas. Então vejamos, primeiramente, aquela que decorre de enfermidades preexistentes. São casos em que o preso já possuía uma doença ou debilidade ou necessidade especial (por exemplo, um cadeirante) anteriormente ao seu ingresso na prisão. Nesses casos, cabe à administração penitenciária tratar o preso, não permitir que sua situação se agrave e, mais que isso, esgotar as possibilidades para que o quadro seja melhorado ou sanado. Assim, ao Estado cabe não apenas evitar os agravos, mas também tratar a pessoa presa (AMARAL, 2014, p. 69).

Assim, diante da complexidade da saúde no Sistema Prisional, os gestores precisam desenvolver ações que atendam o direito à saúde da pessoa privada de liberdade, buscando estratégias que garantam tal direito. Afinal, alguns direitos foram retirados destes indivíduos, mas não a totalidade dos mesmos (Arruda, 2013), incluindo os relacionados à saúde.

Para Silva (2011), as ações e os serviços de saúde definidos pelo PNSSP estão em conformidade com os princípios e as diretrizes do SUS. Os instrumentos de gestão do sistema que orientam o planejamento e a tomada de decisões de gestores de saúde estão presentes no plano, assim como o cadastro de unidades dos estabelecimentos prisionais está no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Este Plano Nacional possui algumas finalidades bastante específicas que são: prestar assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde da população penitenciária; contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que acometem a população penitenciária; definir e implementar ações e serviços consoantes com os princípios e diretrizes do SUS, de forma a proporcionar o estabelecimento de parcerias por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais, contribuindo para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde. Sendo assim, irá provocar o reconhecimento da saúde como um direito da cidadania, estimulando o efetivo exercício do controle social (SILVA, 2011).

A gestão de saúde no sistema prisional é desenvolvida dentro de uma lógica de atenção à saúde fundamentada nos princípios do SUS. Um dos princípios é a descentralização, que o estrutura ao organizar os três entes governamentais federados – a União, os Estados e os Municípios – para cooperar entre si e operacionalizar o preceito Constitucional do art. 196 da CF-88.

Apesar desse avanço no sentido da descentralização da gestão, com direção única em cada esfera de governo, a atenção integral, privilegiando as ações preventivas e contemplando as curativas,

ainda não é uma realidade no que tange à saúde no sistema penitenciário no âmbito do SUS. A participação da comunidade, na formulação e na fiscalização das políticas públicas de saúde, também encontra muitos desafios para ser efetivada (BRASIL, 2010, p. 14).

O financiamento das ações desenvolvidas pela saúde prisional é partilhado entre os Ministérios da Saúde e da Justiça.

Para executar as ações serão utilizados os recursos do Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário. A Portaria Interministerial MS/MJ nº 3.343, de 28/12/2006, que publicou o reajuste do valor do referido incentivo, define que para as unidades prisionais com até 100 pessoas presas, o valor do recurso repassado será de R\$ 32.400,00/ano, por estabelecimento de saúde com equipe cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Para unidades prisionais com mais de 100 pessoas presas, a Portaria define que o valor do recurso será de R\$ 64.800,00/ano, por equipe de saúde cadastrada, sendo uma equipe para o atendimento de até 500 pessoas presas. Do total desses recursos, 70% são financiados pelo Ministério da Saúde e 30% pelo Ministério da Justiça. O repasse do incentivo está condicionado à qualificação do Estado ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (BRASIL, 2010, p. 2).

Para a efetividade da gestão em saúde prisional é necessário considerar as questões pertinentes às políticas de saúde e segurança pública. Segundo Ribeiro e Silva (2014), para garantir o retorno ao mercado de trabalho, bem como a reinserção social e a melhoria da assistência à saúde, é necessário alterar a estrutura do sistema prisional, adequando a arquitetura dos estabelecimentos à capacitação dos profissionais que trabalham no local.

Outro avanço recente nas legislações foi a aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que entrou em vigor no dia 2 de janeiro de 2014, por intermédio da Portaria Interministerial nº 1, com a proposta de garantir o acesso da pessoa privada de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral do SUS.

Em 2013, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) desenvolveu a Nota Técnica nº 33, que analisou a proposta do Ministério da Saúde (MS), considerando o debate sobre a PNAISP realizado na oficina nos dias 16 e 17 de julho de 2013, com a participação dos técnicos das Secretarias Estaduais de Saúde de 16 estados.

Na oportunidade foram analisadas as minutas de duas portarias elaboradas pelo Ministério da Saúde contendo a proposta da política nacional e as normas para sua operacionalização. O texto da política apresentado pelo Ministério foi elaborado juntamente com os técnicos do Ministério da Justiça e será publicado por meio de uma portaria interministerial. Os técnicos da Coordenação Nacional de Saúde no Sistema Prisional do Ministério da Saúde estiveram presentes e participaram dos debates (CONASS, 2013, p. 2).

Pode-se perceber que para a implantação da PNAISP foram realizados debates entre os estados e houve a participação de técnicos da Coordenação Nacional de Saúde no Sistema Prisional, do MS e do Ministério da Justiça. A PNAISP possibilitou um (re)pensar da gestão de saúde prisional, atribuindo competências à União, por intermédio do MS e do Ministério da Justiça; ao estado e ao Distrito Federal, por intermédio da SES e da Secretaria Estadual de Justiça, da Administração Penitenciária ou congêneres; e ao Distrito Federal e aos Municípios, por meio da respectiva Secretaria de Saúde, quando aderir à tal política.

A adesão municipal à PNAISP é facultativa. Todavia, depende que o estado – cuja adesão também é facultativa – tenha aderido à PNAISP. No território do município deve haver população privada de liberdade. Do contrário, obviamente, não pode haver adesão do município. Então, pode ser assinado o Termo de Adesão Municipal e, uma vez assinado, é dever de o município elaborar o Plano de Ação Municipal para Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade (AMARAL, 2014, p. 71).

Ribeiro e Silva (2014), em um estudo sobre a trajetória da saúde no sistema prisional, afirmam que o número de equipes cadastradas em estabelecimentos prisionais em 2010 era três vezes maior que em 2004,

antevendo o desenvolvimento de um maior número de ações nas instituições, contribuindo, assim, no controle e ou redução dos agravos mais frequentes. Vale lembrar que Portaria Interministerial nº 1.777/2003 define que as equipes de saúde sejam formadas por médico, dentista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, psicólogo e assistente social.

Galvão e Dalvim (2013) realizaram uma pesquisa com mulheres grávidas no sistema prisional do Complexo Penal Feminino Dr. João Chaves, em Natal (RN), e concluíram que não existe acompanhamento sistematizado no período do pré-natal, parto e puerpério. A maioria das mulheres relatou ainda a indisponibilidade de viaturas, a falta de escoltas policiais e a dificuldade na marcação de consultas na rede do SUS.

A falta de assistência à saúde é um dos aspectos mais graves que afetam o sistema prisional brasileiro. O ambiente do estabelecimento penal contribui para o aparecimento de doenças já latentes, ou sua manifestação. Os apenados não têm possibilidade de, por seus próprios meios, procurar atendimento ou medicação diferente do oferecido pelo sistema (GALVÃO; DALVIM, 2013, p. 2).

Conforme Vieira Neto (2014), com a criação do PNSSP, no ano de 2003, o acesso da população privada de liberdade à saúde foi sendo ampliado nos estabelecimentos, sendo considerado um marco no tratamento penal ofertado à população carcerária. Esta conquista, no entanto, não foi suficiente para o atendimento de toda a demanda carcerária, mesmo com a habilitação de todos os estados e o Distrito Federal até 2013, quando havia algumas limitações no número de equipes habilitadas e no repasse dos recursos aos estados.

A população carcerária brasileira é predominantemente jovem, sendo que a maioria se encontra na faixa etária de até 29 anos de idade, e com baixa escolaridade. O fato principal é que a população carcerária no país vem crescendo nos últimos anos de forma assustadora e, com isso, vêm crescendo também as demandas de assistência ao preso, especialmente demandas de assistência social, educação, trabalho, renda e saúde (VIEIRA NETO, 2014, p. 74).

Em 2014, porém, após quase dois anos de negociações e articulações entre as esferas de governo (federal, estadual e municipal), foi finalmente instituída a PNAISP.

A nova política veio para modificar todo o fluxo de atendimento da população carcerária, com novas formas de adesão, que agora atingem tanto os estados como os Municípios, e com novas operacionalizações das equipes de atendimento prisional. Foi ampliado tanto o número de equipes por unidade, bem como o repasse a cada uma delas, o que dimensiona os incentivos de forma a ampliar a rede e o fluxo assistencial (VIEIRA NETO, 2014, p. 76).

SISTEMA PRISIONAL DO RS E A POLÍTICA DE SAÚDE NOS ESTABELECIMENTOS PENAIS

Segundo o Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2014), a população carcerária brasileira em 2014 era de 711.463 presos, considerando as 147.937 pessoas em prisão domiciliar. Assim, o Brasil passou a ter a terceira maior população carcerária do mundo. O estado do RS possui 30.513 presos, entre a população carcerária e a prisão domiciliar.

Conforme Thompson (2002, p. 97):

De acordo com a legislação em vigor, as pessoas recolhidas ao cárcere podem ser divididas, numa perspectiva prisional, em duas grandes classes: i – Processados – indivíduos que devem aguardar em confinamento a apuração e a decisão a respeito dos delitos de que são acusados; e ii – Condenados – aqueles que, julgados por uma sentença definitiva, têm de cumprir a pena corporal ali imposta.

Para Silva (2011) ocorreram transformações ao longo do tempo entre quem comete um delito e a pena correspondente, ou seja, antes o acusado era desprovido de direitos fundamentais e taxado como culpado; hoje o acusado é considerado sujeito de direitos e inocente até que se comprove a sua culpabilidade, para que assim possa ser preservada a sua dignidade.

Da mesma forma que os presos devem respeitar as regras e normas do presídio, a instituição carcerária tem o dever de garantir todos os direitos fundamentais dos reclusos que não forem alcançados pela sentença ou pela lei, a dignidade da pessoa humana deve ser o princípio norteador que o Poder Público deve respeitar, independentemente de merecimento pessoal ou social, é um direito inerente da pessoa, da vida, não é necessário merecimento para que a pessoa seja merecedora do mesmo (SILVA, 2011).

A Lei nº 7.210/1984, que instituiu a LEP, em seu art. 3º, pressupõe que “ao condenado e ao internado serão assegurados todos os direitos não atingidos pela sentença ou pela lei”. Portanto “o sentenciado tem todos os direitos compatíveis com o cumprimento da pena, como por exemplo, o direito à vida, à integridade física, à honra, sigilo de correspondência, à alimentação, saúde, educação, entre outros” (COELHO, 2011, p. 39).

Nesse rumo, Coelho (2011, p. 45) complementa que, “a LEP não só visa proteger o direito dos detentos, como também a integridade do ser humano com principal fim de reinseri-lo na sociedade e para combater a criminalidade de forma humana”.

No que se refere à assistência, o art. 10 da LEP destaca que “a assistência ao preso e ao internado é dever do Estado, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno e a convivência em sociedade”. Além disso, o art. 11 compreende a assistência como: material, à saúde, jurídica, educacional, social e religiosa.

A LEP e a CF-88 elencaram direitos para a população carcerária. Para Coelho (2011, p. 54), entretanto, “aplicar a lei é necessário para a efetividade da justiça, contudo violá-la em desfavor de certos grupos, os quais a sociedade julga desprezíveis e indignos, é destruir o verdadeiro significado da constituição e da própria lei”.

Alguns presos nunca tiveram acesso aos serviços básicos de saúde, nem aos tratamentos preventivos ofertados à população, o que piora muito a condição geral após o confinamento. Além disso, existem ainda as questões de condições sanitárias muitas vezes

precárias que são encontradas dentro dos estabelecimentos prisionais, com celas superlotadas e sem ventilação, sem água tratada e sem condições de higiene (VIEIRA NETO, 2014, p. 75).

A Susepe é um órgão do Governo do RS, vinculado à Secretaria da Segurança Pública (SSP), cuja missão é “promover a cidadania e a inclusão social das pessoas privadas de liberdade” (GOVERNO DO ESTADO DO RS, 2014, p. 1). Além disso, “a política penitenciária do Estado deve ter como objetivo a reeducação, a reintegração social e a ressocialização do preso, definindo como prioridades a regionalização e a municipalização” (GOVERNO DO ESTADO DO RS, 2014, p. 1).

A Susepe surgiu da desvinculação administrativa das prisões da Polícia Civil, após o movimento nacional de criminalistas, penitenciaristas e defensores da humanização da execução das penas privativas de liberdade que almejavam a ressocialização dos presos, fato esse pioneiro no Brasil. Com isso, o trabalho prisional passa a ser o foco neste novo conceito, deixando de ser visto como forma de punição, e se estabelecendo como um direito de todo o recluso (GOVERNO DO ESTADO DO RS, 2014, p. 1).

O Decreto nº 48.278/2011, dispõe sobre a estrutura básica da Susepe, e o seu art. 2º descreve a sua composição:

I. Gabinete do Superintendente; II. Superintendência Adjunta; III. Corregedoria-Geral do Sistema Penitenciário; IV. Escola do Serviço Penitenciário; V. Departamento de Segurança e Execução Penal; VI. Departamento de Tratamento Penal; VII. Departamento de Planejamento; VIII. Departamento de Engenharia Prisional; e IX. Departamento Administrativo (GOVERNO DO ESTADO DO RS, 2011, p. 1).

Compete ao Departamento de Tratamento Penal, conforme o art. 7º do Decreto 48.278/2011, supramencionado:

[...] planejar, coordenar, orientar e supervisionar políticas e ações de saúde física e mental, assistência psicossocial e jurídica, educação, capacitação profissional, cultura, esporte e lazer das pessoas privadas de liberdade, bem como outros julgados convenientes e necessários (GOVERNO DO ESTADO DO RS, 2011, p. 2).

A Política de Atenção Integral à Saúde Prisional, na Susepe, é gerenciada pelo Departamento de Tratamento Penal, e é desenvolvida por profissionais das Secretarias Municipais de Saúde em conjunto com equipes técnicas da SSP, com recursos do SUS.

O estado do RS estabeleceu, a partir da Resolução CIB 54/2010, um incentivo para a contratação de equipes constituídas por médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de gabinete dentário. Tal Resolução prevê incentivo financeiro aos municípios que aderirem ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional – Portaria 1.777/2003 (GOVERNO DO ESTADO DO RS, 2011).

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) abriga o Sistema Geopresídios, que oferece uma radiografia do sistema carcerário, regulamentado nos termos da Resolução nº 47, de 18 de dezembro de 2007. O art. 2º do CNJ destaca:

Art. 2º. Das inspeções mensais deverá o juiz elaborar relatório sobre as condições do estabelecimento, a ser enviado à Corregedoria de Justiça do respectivo Tribunal até o dia 05 do mês seguinte, sem prejuízo das imediatas providências para seu adequado funcionamento.

§ 1º As informações serão enviadas conforme planilha de dados a ser definida pelo Departamento de Pesquisas Judiciárias (DPJ), devendo constar em campo próprio:

I - localização, destinação, natureza e estrutura do estabelecimento penal;

II - dados relativos ao cumprimento do disposto no Título IV da Lei n. 7210/84;

III - dados relevantes da população carcerária e da observância dos direitos dos presos assegurados na Constituição Federal e na Lei n. 7210/84;

IV- medidas adotadas para o funcionamento adequado do estabelecimento.

§ 2º. A atualização será mensal, indicando-se somente as alterações, inclusões e exclusões processadas após a última remessa de dados (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2007, p. 1).

O cadastro de inspeção do CNJ, que consta no sistema Geopresídios, é dividido em sete passos, quais sejam: 1) dados gerais de cadastro; 2) administração do estabelecimento; 3) dados gerais de inspeção; 4)

quantitativos; 5) estrutura complementar; 6) direitos; e 7) avaliação do juiz responsável e registros de ocorrências no estabelecimento. Os dados gerais de inspeção (passo 3) estão relacionados à saúde e descrevem se os estabelecimentos penais possuem local adequado para tratamento de saúde. O passo 5, relacionado à estrutura complementar, informa se a instituição possui enfermaria e gabinete odontológico; e o passo 6, se há prestação de assistência em saúde.

MÉTODOS

O estudo consiste em pesquisa quantitativa com coleta de dados no Sistema Geopresídios do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Apresentou como objetivos: (a) identificar se os estabelecimentos de saúde e as ações desenvolvidas nas instituições prisionais estão em conformidade com a Política de Saúde no Sistema Prisional do RS, em 2014; (b) descrever as instituições prisionais e os estabelecimentos de saúde prisional existentes no RS, bem como suas características; (c) sistematizar as ações praticadas pela Susepe e da SES do RS voltadas à implantação da Política de Saúde no sistema prisional no RS; e, (d) comparar o preconizado pela Política de Saúde no sistema prisional e o identificado nas bases de dados do Geopresídios e do CNES.

Busca, assim, retratar a realidade de cada unidade prisional, por município, indicando sua população e condições de prisão. Para tal, empregou dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), acerca das unidades de saúde prisional, e dados referentes às ações desenvolvidas pelo estado do RS no endereço eletrônico da Susepe e da Secretaria Estadual da Saúde (SES/RS).

O Sistema Geopresídios identifica as instituições prisionais existentes no estado do RS, destacando aquelas que oferecem serviços de saúde para as pessoas privadas de liberdade. O Sistema aponta os serviços de saúde ofertados pelo estabelecimento prisional, ou seja, se possui área para tratamento de saúde, enfermaria, gabinete odontológico, e se há prestação de assistência em saúde. O CNES possibilita identificar os

estabelecimentos que possuem unidades de saúde vinculadas à unidade prisional, atendendo à proposta da Política de Saúde Prisional.

Assim, os dados referentes às situações dos estabelecimentos de saúde e prisionais foram comparados a fim de saber se contemplam as propostas descritas nas legislações referentes à saúde prisional, identificando se a realidade está de acordo com o previsto na Política de Saúde Prisional.

Por empregar dados extraídos de bases de dados e documentos de acesso público não houve necessidade de encaminhamento para o Comitê de Ética.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estado do RS possui 497 municípios (IBGE, 2015) e 97 estabelecimentos penais, cujas unidades são classificadas por albergues, penitenciárias, presídios, colônias penais e institutos penais, e abrigam presos do regime aberto, semiaberto e fechado. Estes 97 estabelecimentos penais estão distribuídos em 74 cidades do RS, sendo que apenas dois possuem estrutura para tratamento de saúde: a Penitenciária Modulada de Charqueadas e o Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso (GE-OPRESÍDIOS, 2014).

Do total de 97 estabelecimentos penais, 37 contam com enfermaria e 32 com gabinete odontológico, entre os quais 28 instituições prisionais possuem tanto enfermaria como gabinete odontológico. Isso significa que nove estabelecimentos têm somente a enfermaria e quatro contam apenas com o gabinete odontológico.

Quanto à prestação de assistência em saúde nos estabelecimentos penais, 94 instituições afirmam garantir tal direito. Apenas três estabelecimentos informaram não garantir este direito: o Instituto Penal de Caxias do Sul, o Presídio de Passo Fundo e o Albergue Estadual de Uruguaiana.

Com base no CNES foram identificados 32 estabelecimentos que prestam serviço especializado de atenção à saúde no sistema prisional, mediante atuação das equipes de Saúde Prisional. Tais estabelecimentos de saúde prisional estão localizados em 24 municípios do RS (Quadro 1).

Quadro 1 – Estabelecimentos que prestam serviço especializado de atenção à saúde no sistema prisional do estado do Rio Grande do Sul.

| Município | Nº CNES | Estabelecimento |
|--------------------------------|----------------|---|
| Canguçu | 2818752 | Programa de Saúde da Família 03, Vila Triangulo Canguçu (PSF) |
| Canoas | 7612966 | Unidade de Saúde Prisional I |
| Caxias do Sul | 7567189 | Unidade de Saúde Prisional PERCS |
| | 7586639 | Unidade de Saúde Prisional PICS |
| | 5880912 | Penitenciária Estadual de Charqueadas |
| Charqueadas | 5880904 | Penitenciária Estadual de Jacuí |
| | 5880890 | Penitenciária Modulada de Charqueadas |
| | 6637809 | Unidade de Saúde Prisional PASC |
| Cruz Alta | 7598270 | Equipe de Atenção Básica Prisional de Cruz Alta |
| Erechim | 2249081 | Posto do Presídio Estadual de Erechim |
| Guaíba | 747775 | Unidade de Saúde Prisional Guaíba |
| Ijuí | 6923674 | Unidade de Saúde Prisional PMEI |
| Iraí | 7588283 | Equipe Saúde Prisional Presídio Iraí RS |
| Lajeado | 7620446 | Equipe de Saúde Prisional Lajeado |
| Montenegro | 5720486 | Modulada de Pesqueiro 1 |
| | 7607768 | Modulada de Pesqueiro 2 |
| Osório | 6307167 | Penitenciária Modulada Estadual de Osório |
| Pelotas | 6942865 | Unidade de Saúde do Presídio Regional de Pelotas |
| | 6957544 | Equipe de Saúde Prisional Vila Nova Madre Pelletier |
| | 6957560 | Equipe de Saúde Prisional Vila Nova PCPA 1 |
| Porto Alegre | 6957579 | Equipe de Saúde Prisional Vila Nova PCPA 2 |
| | 7320825 | Equipe de Saúde Prisional Vila Nova PCPA 3 |
| | 7322372 | Unidade Básica de Saúde Prisional |
| Rio Grande | 6894054 | Presídio Regional de Santa Cruz do Sul |
| Santa Cruz do Sul | 6894054 | Presídio Regional de Santa Cruz do Sul |
| Santa Rosa | 6318681 | Unidade Prisional de Santa Rosa |
| Santa Vitória do Palmar | 2232677 | Unidade de Saúde Prisional de Sta. Vitória Palmar |
| Santo Cristo | 7344473 | Centro Municipal de Saúde |
| São Gabriel | 7593813 | Unidade Saúde Prisional de São Gabriel |
| São Luiz Gonzaga | 2258811 | Saúde Prisional tipo II |
| São Vicente do Sul | 2242125 | Centro de Saúde Daily Buss Cecconi |
| Três Passos | 6831885 | Posto Unidade Básica de Saúde Prisional |
| Venâncio Aires | 7390513 | EPEN equipe de at. saúde sist. penitenciário |

Fonte: Brasil (CNESNet, 2014).

De acordo com o Plano Estadual de Saúde (2012-2015), a Atenção Integral à Saúde no Sistema Prisional é desenvolvida de forma interseccional, envolvendo a implementação de equipes nos moldes dos princí-

pios e diretrizes preconizados pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e de acordo com o consignado no PNSSP.

O parâmetro de referência estabelecido pelo Ministério da Saúde é de uma equipe para cada 500 presos. Em um período de cinco anos o número de equipes implantadas cresceu de 3 (três) para 20 (vinte), atingindo uma cobertura de 48% de atendimento da população prisional do Estado, com acesso a ações e serviços da Atenção Básica. As equipes de saúde prisional estão implantadas nos 17 maiores centros penitenciários do Estado, perfazendo uma cobertura de atendimento a aproximadamente 14.260 pessoas em situação de privação da liberdade, localizadas em 13 municípios (GOVERNO DO ESTADO DO RS, 2012-2015, p. 148).

Conforme Martins (2014), na Política Estadual de Atenção Integral à Saúde no Sistema Prisional, o RS estabeleceu modelo próprio de gestão e financiamento das Equipes de Atenção Básica do Sistema Prisional (EABp), o que possibilitou a ampliação do acesso à saúde da população prisional no Estado.

Em 2010 a cobertura da população prisional atendida pelas equipes de saúde prisional era de 20%. Em 2013, o percentual de atendimento carcerário chegou a 55%, revelando expressivo incremento na área (GOVERNO DO ESTADO DO RS, 2015).

Diante dos dados supramencionados, em 2014 o número de equipes implantadas no RS foi ampliado, passando para 32 ESP. É importante destacar que nesse período ocorreu a implementação da PNAISP, que entrou em vigor no dia 2 de janeiro de 2014.

A importância das ESP's nos estabelecimentos penais deve-se à atuação no campo da atenção básica, tornando possível realizar os primeiros atendimentos à pessoa privada de liberdade com um olhar focado na prevenção de doenças e agravos no sistema penal. Conforme Amaral (2014, p. 68), “consta na LEP que, caso o estabelecimento penal não esteja aparelhado para dar assistência médica, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento”.

As equipes de saúde tanto podem estar localizadas em uma unidade de saúde fora da unidade prisional quanto em outra locali-

zada no interior da mesma, permanecendo dentro delas quando o número de pessoas privadas de liberdade ultrapasse 100 e estendendo ações para dentro daquelas em que forem menos de 100. Para efetivação das equipes de saúde, os serviços de saúde nas unidades prisionais deverão estar cadastrados no Serviço de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) do SUS (MACHADO, 2013, p. 103).

A ampliação das equipes de saúde prisional aconteceu graças ao trabalho articulado da gestão municipal de saúde, da SES, das Coordenadorias Regionais de Saúde e da Susepe (GOVERNO DO ESTADO DO RS, 2015).

As ações de saúde desenvolvidas no âmbito do sistema prisional, no RS, estão regulamentadas pela Resolução da CIB nº 257/2011, que aprova o repasse financeiro para cada unidade de saúde prisional a ser habilitada nas unidades penitenciárias que abrigam mais de 100 presos. Em seu art. 5º, estabelece:

Art. 5º. Estabelecer como equipe mínima, integrada por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário, conforme artigo 8º da Portaria Inter-ministerial 1.777/2003.

Parágrafo Único. A equipe de saúde prisional será composta pelo quadro efetivo da Susepe e complementada por profissionais de saúde do município (GOVERNO DO ESTADO DO RS, 2011, p. 2).

No estado do RS ocorre uma articulação entre a segurança e a saúde públicas, em que profissionais que integram ambas as áreas compõem as Equipes de Saúde no Sistema Prisional. A resolução supracitada, em seu art. 7º, direciona as ações desenvolvidas pela equipe de saúde prisional.

A equipe de saúde prisional deverá desenvolver ações de atenção integral à saúde, na atenção à saúde da mulher e/ou do homem, saúde bucal, saúde mental e os principais programas que envolvem o tratamento e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e HIV, hepatites, programa de controle e tratamento da tuberculose, bem como hipertensão, diabetes e hanseníase. A equipe deverá atender as demandas da assistência farmacêutica básica, imunizações e coleta de exames laboratoriais. As ações de saúde mental devem focar a prevenção psicológica e a promoção da saúde, principalmente, no

tratamento da dependência química, e no trabalho com a prevenção dos efeitos do encarceramento, a partir de programas que estimulem a construção de projetos vitais, reinserção social e constituição e fortalecimento da rede de apoio e suporte social, laboral e afetiva de forma conjunta e integrada com a equipe de saúde prisional.

Parágrafo Único. O gestor municipal deverá definir as redes de referência no atendimento em saúde mental (psiquiatria), saúde da mulher (ginecologia), atenção em doenças infecto contagiosas (infectologista) e saúde da criança (pediatria) – nos estabelecimentos prisionais com unidade materno-infantil (GOVERNO DO ESTADO DO RS, 2011, p. 3).

Esta resolução define que as ações desenvolvidas no âmbito do sistema prisional estejam direcionadas à atenção integral à saúde, conforme preconiza o SUS. Busca, assim, atender as diversas situações que abrangem a saúde das pessoas que estão privadas de liberdade.

Para Machado (2013), quando a oferta de serviços de atenção básica for insuficiente para atender a necessidade da população prisional, o encaminhamento da pessoa privada de liberdade deve ser realizado para a atenção ambulatorial e hospitalar na rede de estabelecimentos de saúde municipal, estadual ou federal, conforme a pactuação estabelecida.

No endereço eletrônico da Susepe, em uma reportagem com o título “*Presídio de Frederico Westphalen investe em saúde prisional*”, é possível constatar que:

O acesso à saúde tem sido prioridade nos serviços de tratamento penal do Presídio Estadual de Frederico Westphalen. Dentre as ações realizadas, estão exames de colo do útero, vacinação contra gripe A, testes rápidos de HIV/Aids, palestra sobre doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e distribuição de kits preventivos (GOVERNO DO ESTADO DO RS, 2014).

Em 21 de julho de 2014 outra matéria foi publicada no endereço eletrônico da Susepe, intitulada “*Equipe técnica da Susepe participa de capacitação na área da saúde em Passo Fundo*”. Essa reportagem informa que a equipe técnica dos estabelecimentos penais de Passo Fundo participou de capacitação de testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites B e C, oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde do município, a fim de

atuar na prevenção, detecção e manejo de casos de doenças infectocontagiosas (GOVERNO DO ESTADO DO RS, 2014).

A vigilância e controle de doenças transmissíveis no sistema prisional é de suma relevância e devem fazer parte da rotina de serviços, não somente através da notificação de casos, mas também através do encaminhamento dos casos suspeitos, diagnósticos de casos, busca dos faltosos ao tratamento, busca ativa de casos, realização de vacinação, atividades de educação em saúde e planejamento de ações conjuntas através de parcerias (MACHADO, 2013, p. 86).

Outra iniciativa visualizada no endereço eletrônico da Susepe diz respeito ao seminário de capacitação “*A saúde no Sistema Prisional e a Construção da Prática Intersetorial e Interdisciplinar*”. Essa ação foi uma parceria entre a SSP e a SES (GOVERNO DO ESTADO DO RS, 2014).

O Estado do RS vem gradativamente implementando as ESP e está avançando nas propostas que tangem à Política de Saúde no Sistema Penitenciário. A capacitação da equipe e a realização das práticas desenvolvidas pelos profissionais que compõem a ESP demonstram o desenvolvimento e a articulação da saúde com a população carcerária.

Outra ação visualizada no endereço eletrônico da Susepe possui o título “*Instituto Psiquiátrico Forense encerra a semana da luta antimanicomial*”. A proposta dessa atividade foi lembrar a mudança de modelo no tratamento de pacientes que cumprem medidas protetivas, bem como a desinstitucionalização que vem se tornando realidade a partir da Lei Antimanicomial. A matéria destaca que nos últimos três anos o Instituto Psiquiátrico Forense (IPF) conseguiu reduzir de 600 para 380 o número de pacientes, principalmente devido ao atendimento compartilhado do Estado com as famílias e também à atuação dos Centros de Atenção Psicossocial -CAPS (GOVERNO DO ESTADO DO RS, 2014).

Em observância à PNAISP e mediante os resultados obtidos na pesquisa, procurou-se sistematizar os dados e elaborar um quadro comparativo entre o que está sendo preconizado pela política de saúde no sistema prisional e o atualmente existente no RS (2014).

Quadro 2 – O preconizado na Política de Saúde no Sistema Prisional e o existente no RS.

| Preconizado | Existente |
|--|---|
| 1.O objetivo geral da PNAISP é “garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS” (BRASIL, 2014, p. 3). | 1.Inserção de unidades básicas de saúde nos estabelecimentos penais. |
| 2. A atenção básica será ofertada por meio das equipes de atenção básica das Unidades Básicas de Saúde definidas no território ou por meio das Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP), observada a pactuação estabelecida (BRASIL, 2014, p. 3). | 2.O Estado do RS estabeleceu modelo próprio de gestão e financiamento, antes da publicação da PNAISP. |
| 3.Promover ações para promoção de doenças e prevenção de doenças transmissíveis, doenças não transmissíveis e dos agravos decorrentes do cofinanciamento (BRASIL, 2013, p. 1). | 3.1 Capacitação das equipes dos estabelecimentos penais de testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites B e C. 3.2 Realização de exames de colo de útero, vacinação contra a gripe A, testes rápidos de HIV, palestras sobre doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e distribuição de kits preventivos. |
| 4. A oferta das demais ações e serviços de saúde será prevista e pactuada na Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2014, p. 3). | 4. 94 estabelecimentos penais afirmam garantir o direito à saúde da população privada de liberdade, mesmo não possuindo ESP nas instituições. |
| 5. Garantir ações de promoção de saúde bucal (ex.: palestras, escovação e avaliação bucal) e tratamento (BRASIL, 2013, p. 1). | 5.1. Estabelecimentos penais com gabinetes odontológicos. 5.2. ESP possuem profissional cirurgião dentista. |
| 6. Garantir o acesso aos programas de saúde mental, gerais e específicos (BRASIL, 2013, p. 1). | 6.1 Encaminhamentos para CAPs e atendimento compartilhado do Estado com a família. 6.2. Discussão sobre a desinstitucionalização e sobre a lei antimanicomial. |
| 7. Multiplicar as unidades básicas de saúde prisional e promover o seu funcionamento na lógica do SUS (BRASIL, 2013, p. 1). | 7. Ampliação das ESP no Estado do RS. |
| 8. Qualificar e humanizar a atenção à saúde no sistema prisional por meio de ações conjuntas das áreas da saúde e da justiça (BRASIL, 2014, p. 3). | 8.1. Articulação entre a segurança pública e a saúde integrando profissionais que trabalham em ambas as áreas para compor as Equipe de Saúde Prisional. 8.2. Seminário de capacitação realizado em parceria da Secretaria de Segurança Pública e da Secretaria Estadual de Saúde. |
| 9. Os serviços de saúde nas unidades prisionais serão estruturados como pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde e cadastrados no CNES (BRASIL, 2014, p. 3). | 9. Estabelecimentos de saúde prisional, existentes no RS, cadastrados no CNES. |

Fonte: dados da pesquisa (2014)

O quadro comparativo descreve as ações que estão sendo realizadas em torno da Política de Saúde no Sistema Prisional no RS. Percebe-se que o passo inicial já foi dado, que é reconhecer a garantia do direito à saúde da população carcerária, desenvolver legislações e destinar recursos financeiros para o atendimento da demanda e o desenvolvimento de ações. Outros passos, no entanto, ainda precisam ser desenvolvidos pela Política de Saúde no Sistema Prisional.

Ao contrário do que preconiza a PNAISP, nem todos os estabelecimentos contam com ESP, tampouco existem ações em saúde prisional em todas as instituições penais que possam atender à totalidade da população carcerária do Estado.

CONCLUSÃO

Este estudo abordou a Política de Saúde no Sistema Prisional no estado do RS, em 2014, buscando identificar se os estabelecimentos de saúde e as ações desenvolvidas estão em conformidade com a Política Estadual de Saúde no Sistema Prisional.

Verificou-se que o RS possui 97 estabelecimentos penais, 32 com Equipes de Saúde Prisional identificadas no CNES.

Nem todos os estabelecimentos penais possuem unidades básicas de saúde, no entanto, deve-se considerar que a PNAISP foi publicada, por meio da Portaria Interministerial nº 1, em 2 de janeiro de 2014. Até então o desenvolvimento das ações ocorria com base no Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional, por intermédio da Portaria Interministerial 1.777, de 9 de setembro de 2003. Também, cabe ressaltar que o estado do RS reconheceu a importância de garantir o direito à saúde da população carcerária e instituiu um modelo próprio de gestão e financiamento, que foi regulamentado por intermédio da Resolução CIB nº 257/2011.

Diante desse quadro verifica-se que a Política de Saúde Prisional está buscando desenvolver ações que visem à diminuição de riscos e

agravos com ações realizadas no âmbito do SUS. O resultado desta pesquisa aponta que ações iniciais foram trilhadas e que as discussões em torno da saúde no sistema prisional possuem caminhos a serem percorridos. Isso tudo permite aos gestores planejarem ações na área mediante um olhar mais aprofundado, buscando o investimento da política pública e a garantia de a pessoa privada de liberdade ter direito à saúde.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Cláudio do Prado. Políticas públicas no sistema prisional. Belo Horizonte: CAED/UFMG, MG, 2014, v. 1.

ARRUDA, Aurilene Josefa Cartoxo Gomes de et al. Direito à saúde no sistema prisional: revisão integrativa. Revista de Enfermagem da UFPE. *On line*. Recife, 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4803/7878>. Acesso em: 3 jul. 2014.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição Federal (artigos 196 a 200). Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anosus/legislacao/constituicao-federal.pdf. Acesso em: 2 abr. 2014.

_____. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm. Acesso em: 18 out. 2014.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 18 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília, DF, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf. Acesso em: 13 fev. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Legislação da saúde no sistema penitenciário. Brasília: MS, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_sistema_penitenciario.pdf. Acesso em: 3 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário: incluir no sistema de saúde os brasileiros que cumpram pena é um direito garantido pela Constituição [gestor]. Brasília: MS, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica – PNAB. Brasília: MS, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 16 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/07/Portaria-Interministerial-n-1-de-2-de-janeiro-de-2014---PNAISP.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. 2013. Disponível em: http://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_saude_sistema_prisional.pdf. Acesso em: 25 de mar.2015.

_____. Ministério da Saúde. CNESNet. Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 15 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Saúde no Sistema Prisional. 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/saude-no-sistema-prisional>. Acesso em: 18 out. 2014.

COELHO, Fabiana da Silva. Sistema Penitenciário Brasileiro Frente aos Direitos Humanos. 2011. 61 f. Monografia (Bacharel em Direito). Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC, Barbacena, 2011.

CARVALHO, Antônio Ivo de; BARBOSA, Pedro Ribeiro. Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Resolução nº 47, de 18 de dezembro de 2007. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/images/stories/docs_cnj/resolucao/rescnj_47.pdf. Acesso em: 15 fev. 2015.

_____. Novo diagnóstico de pessoas presas no Brasil. Brasília/DF, junho de 2014. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/images/imprensa/diagnostico_de_pessoas_presas_correcao.pdf. Acesso em: 4 jun. 2014.

_____. Geopresídios. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/inspecao_penal/mapa.php. Acesso em: 15 dez. 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional e normas para sua operacionalização. Nota Técnica 33/2013.

GALVÃO, Mayana Camila Barbosa; DAVIM, Marie Barbosa. Ausência de Assistência à Gestante em Situação de Cárcere Penitenciário. 2013. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/33554/21053>. Acesso em: 18 out. 2014.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Superintendência dos Serviços Penitenciários (Susepe). Política de Atenção Integral à Saúde Prisional. 2011. Dis-

ponível em: http://www.susepe.rs.gov.br/upload/1315597369_SAUDE.pdf. Acesso em: 4 jul. 2014.

_____. Apresentação. Disponível em: http://www.susepe.rs.gov.br/conteudo.php?cod_menu=1. Acesso em: 4 jul. 2014.

_____. Decreto nº 48.278 de 25 de agosto de 2011. Disponível em: http://www.susepe.rs.gov.br/upload/1315573885_48278.pdf. Acesso em: 20 fev. 2015.

_____. Técnicos da Susepe debatem a saúde no sistema prisional. 2014. Disponível em: http://www.susepe.rs.gov.br/conteudo.php?cod_menu=4&cod_conteudo=1611. Acesso em: 23 fev. 2015.

_____. Presídio de Frederico Westphalen investe em saúde prisional. 2014. Disponível em: http://www.susepe.rs.gov.br/conteudo.php?cod_menu=4&cod_conteudo=1572. Acesso em: 23 fev. 2015.

_____. Equipe técnica da Susepe participa de capacitação na área da Saúde em Passo Fundo. 2014. Disponível em: http://www.susepe.rs.gov.br/conteudo.php?cod_conteudo=1593 &cod_menu=4. Acesso em: 23 dez. 2015.

_____. Instituto Psiquiátrico Forense encerra a Semana da Luta Antimanicomial. 2014. Disponível em: http://www.susepe.rs.gov.br/conteudo.php?cod_menu=4&cod_conteudo=1549. Acesso em: 10 mar. 2015.

_____. Secretaria de Saúde. Saúde prisional. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/lista/203/Sa%C3%BAde_Prisional. Acesso em: 23 fev. 2015.

_____. Resolução nº 257/2011- CIB/RS. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1338407229_Resolucao%20CIB%20257%202011.pdf. Acesso em: 23 fev. 2015.

_____. Secretaria Estadual da Saúde. Plano Estadual de Saúde (2012-2015). http://www.saude.rs.gov.br/lista/597/Plano_Estadual_de_Sa%C3%BAde. Acesso em: 23 fev. 2015.

IBGE. Cidades@. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?coduf=43>. Acesso em: 15 fev. 2015.

JACOBSEN, Marli da Silva. Análise da viabilidade de implementação do Plano Operativo Municipal de Atenção à Saúde da População Prisional do Município de Taquara RS. Monografia (Especialização em Gestão em Saúde. Programa de Pós-Graduação em Administração) – UFRGS, Porto Alegre, 2008.

MACHADO, Jacinta de Fátima Franco Pereira. Políticas públicas: histórico das políticas públicas de saúde. Curso de Especialização em Gestão em Saúde no Sistema Prisional. Campo Grande: Fiocruz/MS, 2013.

_____. Políticas públicas: a Estratégia de Saúde da Família. Curso de Especialização em Gestão em Saúde no Sistema Prisional. Campo Grande, MS: Fiocruz/MS, 2013.

_____. Gestão da Atenção à Saúde no Sistema Prisional: vigilância em saúde. Curso de Especialização em Gestão em Saúde no Sistema Prisional. Campo Grande: Fiocruz/MS, 2013.


MARTINS, Lairton Bueno et al. Apoio institucional às equipes de Atenção Básica prisional e a contribuição da inserção da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva na Gestão Estadual de Saúde Prisional do Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://anais.unicentro.br/cis/pdf/iiv2n1/332.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2014.

RIBEIRO, Maria Amélia de Jesus; SILVA, Izabel Cristina R. da. A saúde no Sistema Prisional. Disponível em: <http://www.cpgls.ucg.br/8mostra/Artigos/SAUDE%20E%20BIOLOGICAS/A%20sa%C3%BAde%20no%20sistema%20prisional.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2014.

SILVA, Tatiane Aguiar Guimarães. O preso e o direito fundamental à saúde. Conteúdo Jurídico. Brasília- DF: 25 jan. 2011. Disponível em: <http://conteudojuridico.com.br/artigo,o-pres-e-o-direito-fundamental-a-saude-31019.html>. Acesso em: 4 jul. 2014.

THOMPSON, Augusto. A questão penitenciária. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

VIEIRA NETO, Luiz Fabrício. Políticas públicas no sistema prisional. Belo Horizonte: CAED /UFMG, 2014, v. 2.



TUBERCULOSE – ESTUDO COMPARATIVO ENTRE AS AÇÕES REALIZADAS E AS PRECONIZADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE EM SANTA MARIA, RS, 2013

CÁTIA REGINA LOUREIRO BORTOLUZZI
RONALDO BORDIN

INTRODUÇÃO

No mundo, cerca de 6 milhões de novos casos de tuberculose (TB) são notificados anualmente, ocasionando mais de 1 milhão de óbitos em decorrência da doença. A Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou a tuberculose enfermidade reemergente desde 1993, sendo que 22 países concentram 80% do total de casos de tuberculose, especialmente a China, a África do Sul e a Índia.

O Brasil faz parte do grupo dos 22 países, ocupando a 17ª posição em número de casos. A cada ano são notificados cerca de 70 mil novos casos, ocorrendo aproximadamente 4,6 mil mortes pela doença. Nos últimos 17 anos a tuberculose vem apresentando queda no número de casos no Brasil. Isso se deve as políticas de controle e tratamento da doença como o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), criado em 2006, com a finalidade de promover a prevenção e também de garantir o tratamento da doença. Os estados e municípios devem adequar-se ao PNCT e desta forma, implementar

ações que objetivam a promoção da saúde, prevenção e acesso ao tratamento da tuberculose.

Todavia, na medida em que a doença regride na população em geral, ela permanece concentrada em alguns grupos sociais mais vulneráveis, por exemplo: população indígena, população carcerária, portadores de HIV/Aids e moradores de rua.

A tuberculose, doença com profundas raízes sociais, está intimamente ligada à pobreza e a má distribuição de renda, além do estigma que implica na não adesão dos portadores e/ou familiares/contactantes. O surgimento da epidemia de AIDS e o aparecimento de focos de tuberculose multirresistente agravam ainda mais o problema da doença no mundo (Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, 2007-2015).

No estado do Rio Grande do Sul (RS), a tuberculose apresentou aumento na incidência a partir do ano de 1993, sendo, aproximadamente 40% maior que a média nacional. Em 2012 foram registrados 4.668 novos casos da doença e 257 óbitos. Porto Alegre está entre as capitais brasileiras com maior incidência da doença, apresentando uma prevalência da coinfeção conjunta com o HIV superior a 30%, quando a tuberculose se conforma na maior causa de morte em pacientes com Aids (RS, 2014).

O município de Santa Maria está entre os 15 municípios prioritários para as ações do PNCT no RS. Estes municípios em conjunto, responderem pela notificação de 68% do total de casos de tuberculose registrados.

Por ser uma doença agravada pelas baixas condições sociais, seu controle se torna também uma luta contra a desigualdade social e pela melhora nas condições de vida da população. Envolve desde o saneamento básico até a qualificação das equipes profissionais.

Para qualificar a atenção à saúde a partir do princípio da integralidade é fundamental que os processos de trabalho sejam organizados com vistas ao enfrentamento dos principais problemas de saúde-doença das comunidades e com ações de promoção e

vigilância em saúde efetivamente incorporadas no cotidiano das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família de todo este imenso Brasil (Ministério da Saúde, 2008).

A tuberculose continua a merecer especial atenção dos profissionais de saúde e da sociedade como um todo. Ainda obedece a todos os critérios de priorização de um agravo em saúde pública, ou seja, de grande magnitude, transcendência e vulnerabilidade (MS, 2011).

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória. Configura-se como o principal meio para obter dados sobre a tuberculose, que integra esta lista.

Desta forma, os dados sobre os casos cadastrados de tuberculose no município de Santa Maria (RS) no ano de 2013, disponíveis no SINAN, e possíveis dados disponíveis no site oficial da Prefeitura Municipal de Santa Maria/RS, serão utilizados para descrever e comparar as ações em saúde para o controle da Tuberculose realizadas no município de Santa Maria/RS, conforme preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS).

MÉTODOS

Este estudo é descritivo, de cunho quantitativo, com emprego de dados presentes em bancos de dados de acesso público e disponíveis na internet, como o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e o site oficial da Prefeitura Municipal de Santa Maria (RS).

Apresentou como objetivos: (a) comparar as ações realizadas no município de Santa Maria no âmbito do controle e tratamento da tuberculose às ações preconizadas pelo Ministério da Saúde no ano de 2013; (b) identificar e quantificar os casos de tuberculose cadastrados no município de Santa Maria/RS no ano de 2013; (c) descrever, a partir do Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose/2007-2015, as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o controle da tuberculose; e,

(d) descrever, a partir do Plano Municipal de Saúde, as ações realizadas no município de Santa Maria no âmbito do controle e tratamento da tuberculose.

O município de Santa Maria localiza-se na região central do estado do Rio Grande do Sul, possuindo uma população estimada em cerca de 274 838 habitantes (IBGE, 2014), Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,845, sendo considerada uma cidade de porte médio e é a 5ª cidade mais populosa do Rio Grande do Sul. Santa Maria tem 50 bairros oficiais, uma vocação econômica para o comércio e várias instituições de ensino, incluindo a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Também, conta com um grande efetivo militar, pela localização estratégica da cidade para a defesa das fronteiras no sul do Brasil.

O sistema municipal de saúde é composto por 16 Unidades Básicas de Saúde (Postos de Saúde), 1 Pronto Atendimento Municipal Infantil, 1 Pronto Atendimento Municipal Adulto, 1 Pronto Atendimento Municipal Odontológico, 14 Unidades de Estratégia da Saúde da Família (ESF), 4 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 1 Ambulatório de Saúde Mental, 1 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e 1 Centro de Referência para Tuberculose. A cidade também possui 5 Estabelecimentos de Saúde com internação público, 5 com internação privado e 1 com internação privado/SUS (IBGE, 2009).

O Plano Municipal de Saúde do Município de Santa Maria/RS está embasado no Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (Planeja-SUS). Dessa forma, torna-se um instrumento que apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, os quais são expressos em objetivos, diretrizes e metas (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2012).

Diante disso, foi realizada uma análise comparativa entre o Plano Municipal de Saúde do Município de Santa Maria (RS) e o Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, Brasil 2007-2015 (MS, 2006), que apresenta como visão “Brasileiros livres da tuberculose”, e como missão: Garantir aos afetados pela tuberculose o direito a saúde, baseado nos

princípios da universalidade, equidade, integralidade e participação social.

O plano desenvolve ações que atendam a dois componentes: (a) expansão e/ou fortalecimento da estratégia DOTS/TS com qualidade e (b) Implementação e/ou fortalecimento de atividades de colaboração entre os programas de Tuberculose e HIV/Aids, atividades de prevenção e controle da Tuberculose Multirresistente (TB-MR) e estratégias comunitárias para populações desassistidas em todos os estados do país” (MS, 2006). Estes dois componentes são subdivididos em 5 e 3 elementos, respectivamente.

Os dados das notificações da tuberculose no município, incluindo os pacientes diagnosticados, em tratamento e que abandonaram o tratamento no ano de 2013 foram obtidos junto ao Relatório Anual do Setor de Tuberculose e Hanseníase, do município de Santa Maria/RS (SANTA MARIA, 2014). De posse dos dados comparamos os mesmos e identificamos a adequação do município ao que é preconizado pelo MS para o controle da tuberculose no Brasil.

Por empregar dados existentes em bases de dados e documentos de acesso público não houve necessidade de encaminhamento para o Comitê de Ética.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Segundo o Relatório Anual do Setor de Tuberculose e Hanseníase do município de Santa Maria (RS), em 2013 foram encontrados 81 novos caso de tuberculose, com 58 casos (71,6%) encerrados por cura. O abandono ao tratamento foi de 6 (7,4%) casos (SANTA MARIA, 2014).

Dos 81 novos casos e 58 casos encerrados por cura, 5 casos foram transferidos para outras cidades, 2 casos tiveram óbito por diagnóstico tardio, 7 casos de óbito por tuberculose com associação ao HIV e 1 caso teve óbito por uso de álcool/drogas.

A situação da infecção por HIV é um problema importante no Brasil, em especial nas grandes cidades, onde a epidemia tem progredido rapidamente nos últimos anos. Portanto, HIV/AIDS constitui

uma ameaça e um grande desafio para o controle da TB no país, com prioridade para aqueles estados de maior prevalência (...). Essa situação implica a necessidade de unir esforços e desenvolver ações conjuntas para enfrentar ambas epidemias, com o objetivo de alcançar melhores resultados a curto e médio prazos. Segundo dados do Programa Nacional de DST/AIDS, a taxa de prevalência estimada da infecção por HIV é de 0,65% na população de 15 a 45 anos. Anualmente, são notificados aproximadamente 20.000 casos novos, estimando-se uma prevalência de infectados da ordem 600.000 casos. Até o presente, há 140.000 casos em tratamento, estimando-se que outros 460.000 indivíduos desconheçam estar infectados pelo HIV. (...) Os estados com mais alta carga de Co-infecção são o Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo. (Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, 2007-2015).

Conforme o MS (2006), geralmente, as taxas de mortalidade e letalidade da doença refletem o diagnóstico tardio, realizado, em muitos casos, na atenção secundária de saúde, quando a doença já está em estágio avançado.

O município desenvolveu várias ações no primeiro semestre de 2013 como, a participação da equipe do Setor na Sessão Plenária da Câmara de Vereadores objetivando alertar a sociedade em geral sobre a problemática da doença no município; a distribuição de folders em praça pública utilizando a Unidade Móvel; visitas a unidades de Saúde e Estratégia da Saúde da Família incentivando a busca ativa de novos casos e orientações quanto à doença e disponibilização de potes para coleta de escarro, também, orientação aos agentes comunitários de saúde sobre os principais sintomas da doença visando à busca ativa da doença na comunidade com o objetivo de fazer o diagnóstico precoce, evitando assim a sua disseminação; visita aos hospitais Casa de Saúde e Alcides Brum com a finalidade de prestar orientações aos profissionais da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) a respeito do tratamento da tuberculose, sintomas e rotinas de envio de exames.

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) está integrado na rede de Serviços de Saúde. É desenvolvido por intermédio de um programa unificado, executado em conjunto pelas esferas federal, estadual e municipal. Está subordinado a uma política de programação das suas ações com padrões técnicos e assistenciais bem definidos, garantindo desde a distribuição gratuita de medicamentos e outros insumos necessários até ações preventivas e de controle do agravo. Isto permite o acesso universal da população às suas ações. (...)

Verifica-se a necessidade de consolidar a atuação dos Estados e Municípios para o combate à tuberculose sob as diretrizes nacionais, reforçando as atividades de coordenação, planejamento, supervisão e avaliação nas três esferas, para pronta correção dos desvios que possam ser detectados. (...)

Além da adoção da estratégia do tratamento supervisionado, o PNCT brasileiro reconhece a importância de horizontalizar o combate a TB, estendendo-o para todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, visa a integração do controle da TB com a atenção básica, incluindo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) para garantir a efetiva ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento. (Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, 2007-2015).

Na análise do Plano Municipal de Saúde 2013-2016, o mesmo não cita especificamente a tuberculose. Apenas, a partir da página 28, traz tabelas de internação hospitalar por doenças do aparelho respiratório, conforme faixa etária e sexo, nas quais constam as rubricas: Pneumonia, Outras doenças do aparelho respiratório, Bronquite e enfisema e outras doenças pulmonar obstrutiva crônica, Bronquite e bronquiolite aguda e Doença crônica das amígdalas e adenoides. Posteriormente, a tabela de Casos confirmados de agravos de notificação obrigatória, onde constam os itens: Acidente por animais peçonhentos e Aids.

Quadro 1 – Comparação entre o Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose e o Plano Municipal de Saúde de Santa Maria, RS, 2013. Componente 1 - Expansão e/ou fortalecimento da estratégia DOTS/TS com qualidade

| Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose | Plano Municipal de Saúde | Comentário |
|--|--|---|
| 1 – Compromisso governamental que se reflete em um planejamento a longo prazo, com recursos humanos adequados e incremento adequado de recursos financeiros necessários para alcançar as metas dos objetivos de desenvolvimento do milênio. | Quanto aos recursos humanos, o município conta com 37 Técnicos em Enfermagem, 16 Técnicos em Enfermagem de Estratégia da Saúde da Família (ESF), 59 Enfermeiros, 16 Enfermeiros ESF, 6 Médicos ESF e 64 Médicos Clínico Geral; nenhum Pneumologista ou Infectologista. | Os recursos humanos estão mudando constantemente no Setor de Tuberculose e Hanseníase como, por exemplo, a Enfermeira Responsável, portanto, existe comprometimento das ações de longo prazo por grande rotatividade e/ou falta de estabilidade (funcionários contratados), ou ainda, ausência de recursos humanos. |
| 2 – Detecção de casos através dos exames bacteriológicos (baciloscopia escarro como primeira opção, cultura e teste de sensibilidade e tipificação quando necessário), fortalecendo as redes de laboratório com controle de qualidade para facilitar a detecção dos casos. | Não traz nenhuma referência quanto aos laboratórios, ou exames para detectar a tuberculose. | O Relatório cita a disponibilização de potes para coleta de escarro e capacitação das equipes de saúde nas unidades básicas de saúde e hospitais Casa de Saúde e Alcides Brum. |
| 3 – Manejo adequado dos casos com tratamentos padronizados, supervisão da tomada dos medicamentos a fim de reduzir o risco de resistência adquirida e apoiar o paciente para garantir a adesão ao tratamento e aumentar as taxas de cura. | Não traz nenhuma referência quanto ao manejo adequado dos casos de tuberculose. | O Setor realizou orientações e distribuição de folders e cartazes sobre a tuberculose para as unidades básicas de saúde. |
| 4 – Contar com um sistema efetivo e regular de distribuição de fármacos de qualidade, incluindo a melhoria da capacidade de gestão de medicamentos, oferecendo tratamento gratuito para os doentes. | Não traz nenhuma referência quanto à distribuição de medicamentos específicos para o tratamento da tuberculose. | |

| | | |
|--|---|--|
| <p>5 – Sistema de informação eficiente que permita o monitoramento, supervisão e avaliação do programa que inclua a avaliação por coortes e a mensuração de impacto.</p> | <p>Não traz nenhuma referência quanto a informações sobre a tuberculose no município.</p> | <p>Percebemos esse desafio no município, pois foi muito difícil obter os dados pelos sites oficiais da prefeitura, sequer havia alguma informação sobre a doença. Mesmo quando conseguimos obter as informações, estas eram muito superficiais. Portanto o município falha visivelmente nas ações do componente do plano, ou seja, não implementou um sistema de informação eficiente que permite o monitoramento, supervisão e avaliação do programa e a mensuração do impacto na população da região</p> |
|--|---|--|

Quadro 2 – Comparação entre o Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose e o Plano Municipal de Saúde de Santa Maria, RS, 2013. Componente 2 - Implemento e/ou fortalecimento de atividades de colaboração entre os programas de Tuberculose e HIV/AIDS, atividades de prevenção e controle da Tuberculose Multirresistente (TB-MR) e estratégias comunitárias para populações desassistidas em todos os estados do país

| Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose | Plano Municipal de Saúde | Comentário |
|--|--|---|
| <p>- Atividades de colaboração interprogramáticas TB e HIV/Aids.</p> | <p>Não há referência sobre qualquer planejamento de ações conjuntas TB/HIV/Aids.</p> | <p>Não existe registro de ações conjuntas TB/HIV/Aids, assim como, não está descrito no Relatório nenhuma ação envolvendo populações desassistidas.</p> |
| <p>- Atividades de prevenção e controle TB-MR.</p> | <p>Não há referência sobre atividades de prevenção e controle da TB-MR.</p> | <p>O município realiza ações de prevenção e controle da TB, como foi descrito no Relatório do Setor.</p> |
| <p>- Estratégias comunitárias para populações desassistidas – indígenas, privados de liberdade, bolsões de miséria e moradores de rua.</p> | <p>Não há referência sobre estratégias para as populações desassistidas.</p> | <p>Mesmo a distribuição de vale transporte e cesta básica não sensibilizam os pacientes a continuarem o tratamento.</p> |

Santos (2010), em estudo realizado no estado de São Paulo, refere a dificuldade de manutenção de recursos humanos e automóveis para

realizar as visitas domiciliares, assim como, enfatiza a oferta de cestas básicas e vale transporte aos pacientes, e que, os recursos financeiros são necessários para a efetivação das ações de controle da tuberculose, contudo, a vontade política do gestor é fundamental para a manutenção dos recursos.

No RS, conforme dados mostrados no Relatório de Situação de 2001 até 2010, o indicador de novos casos teve tendência ao aumento, ao contrário dos demais estados do sul e do Brasil (MS, 2011).

Um dos limites deste trabalho foi não se conseguir encontrar estudos semelhantes, situação que restringiu a discussão dos achados à sua descrição.

CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo analisar as ações desenvolvidas pelo município de Santa Maria (RS) para a promoção da saúde e prevenção da tuberculose, conforme o que é preconizado pelo MS.

O município de Santa Maria teve um índice de cura de 71,6% dos casos, inferior aos 85% preconizado pelo MS, e uma taxa de abandono de 7,4%, superior aos 2% preconizados.

O programa de controle de HIV/Aids no Brasil constitui um modelo reconhecido em todo o mundo, entretanto o relatório anual das ações do Setor de Tuberculose não traz nenhuma referência de ações conjuntas Tuberculose/HIV/Aids.

Em síntese o município não atinge o mínimo preconizado quanto a índices de cura e adesão ao tratamento, frente ao preconizado pelo MS. Considerando que a informação sobre tuberculose é nula no Plano Municipal de Saúde, este fato causa surpresa, ainda mais por Santa Maria ser um dos 15 municípios prioritários para as ações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose no RS. Desta forma, conclui-se que existe uma falta de interesse dos gestores públicos em articular, executar e manter ações de controle da tuberculose.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Dados. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/741-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/tuberculose/11485-situacao-epidemiologica-dados>. Acesso em: 16 nov. 2014.

_____. DATASUS. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=07>>. Acesso em: 16 jun. 2014.

_____. Lei Orgânica da Saúde n.º 8080/90. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2014.

_____. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília. DF. 2011.

_____. Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica. 6. Ed. Brasília. DF. 2002.

_____. SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/>>. Acesso em: 15 jun. 2014.

_____. SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação. O que é o SINAN. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>>. Acesso em: 03 jul. 2014.

_____. Tuberculose. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=11045&Itemid=674. Acesso em: 09 nov. 2014.

FILHO, Manoel Pereira de Sousa; LUNA, Izaildo Tavares; SILVA, Kelanne Lima da; PINHEIRO, Patrícia Neyva da Costa. Pacientes vivendo com HIV/AIDS e coinfeção tuberculose: dificuldades associadas à adesão ou ao abandono do tratamento. *Rev Gaúcha Enferm.*, 33(2):139-145, 2012.

HIJJAR, Miguel Aiub; OLIVEIRA, Maria José Procopio Ribeiro de; TEIXEIRA, Gilmário M. A tuberculose no Brasil e no mundo. *Bol. Pneumol. Sanit.*, 9(2): 9-16, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Santa Maria. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=431690>. Acesso em: 21 nov. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, 2007-2015. 2006. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=927&Itemid=423>. Acesso em: 07 jun. 2014.


REDE BRASILEIRA DE PESQUISAS EM TUBERCULOSE. Disponível em: <http://www.redetb.org/a-historia-da-tuberculose>. Acesso em: 29 out. 2014.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. Tuberculose. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/lista/210/Tuberculose>. Acesso em: 07 nov. 2014.

SANTA MARIA (Município). Plano Municipal de Saúde 2013 – 2016. 2012. Disponível em: < <http://200.18.45.28/sites/residencia/images/Disciplinas/PLANO%202013%20PRONTO.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2014.

_____. Relatório Ano 2013 do Setor de Tuberculose e Hanseníase. Disponível para consulta no Centro de Referência de Tuberculose e Hanseníase de Santa Maria, RS, localizado na rua Floriano Peixoto, 1752, bairro Centro, Santa Maria, RS, 2014.

SANTOS, Maria de Lourdes Sperli Geraldês et al. A gerência das ações de controle da tuberculose em municípios prioritários do interior paulista. Texto contexto - enferm., 19(1): 64-9, 2010.



SATISFAÇÃO DO USUÁRIO DIANTE DO ACOLHIMENTO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE – UMA REVISÃO, 2004-2014

LIKMAYER DA CRUZ
RONALDO BORDIN

O ACOLHIMENTO COMO TECNOLOGIA LEVE NA ATENÇÃO EM SAÚDE

O acolhimento surgiu no Brasil vinculado à Política Nacional de Humanização (PNH). Naquele momento, a gestão federal do Sistema Único de Saúde (SUS) reconheceu que a atenção primária não estava absorvendo toda a demanda em saúde gerada dentro dos núcleos populacionais. As emergências de hospitais e pronto-atendimentos se encontravam lotadas diuturnamente e, com exceção de algumas instituições pioneiras, o atendimento ao usuário era procedido por ordem de chegada (BRASIL, 2004). O acolhimento foi inserido primeiramente no contexto hospitalar como uma tecnologia leve no cuidado ao paciente, com possibilidade de humanização, sensibilização e de prezar pelos usuários que se encontram no serviço tendo um impacto importante nos processos de trabalho (ROSSI, 2005).

O MS define o acolhimento como uma prática que é assumida situacionalmente por atores nas relações entre usuários e trabalhadores, que perpassa por receber e escutar as pessoas, sendo esse fenômeno

passível de acontecer de formas variadas. Nesse processo de escuta e recepção, admite-se que o usuário também define o que é necessidade em saúde para ele, desviando assim do comportamento centralizador do profissional na definição das necessidades em saúde de uma população. Feita a escuta, o encaminhamento, o atendimento ou o matriciamento, abre-se espaço para a criação de vínculos institucionais tão importantes e carentes no cuidado individual (BRASIL, 2013).

Na atenção primária, o acolhimento foi introduzido como forma de expandir as perspectivas da ESF. Percebeu-se que apenas dizer que não há mais vagas não era o suficiente. As pessoas acabariam procurando os prontos-socorros, as emergências dos hospitais públicos e privados, superlotando essas instituições e creditando um rótulo cruel ao SUS: o SUS não funciona. Portanto, desde a década de 1990 algumas experiências foram realizadas no sentido de organizar os fluxos das demandas nas UBS's. Com o advento do Caderno de Atenção Básica 28 – Acolhimento à Demanda Espontânea – convencionou-se aplicar o agendamento de consultas e atividades e o acolhimento à demanda espontânea como forma de gerenciar o cuidado aos usuários que estão vinculados a uma ESF (BRASIL, 2013).

O acolhimento como preconizado pelo MS pode ocorrer de distintas formas. Na primeira delas, partindo do pressuposto de que mais de uma equipe pode atuar na mesma área física, o usuário deve ser acolhido somente pela sua equipe de referência. Na segunda forma, partindo do mesmo pressuposto, o usuário pode ser acolhido pela equipe de acolhimento do dia e pela sua equipe de referência. Na terceira forma o usuário será acolhido por um grupo de profissionais durante as primeiras horas do atendimento da UBS, o que se chama acolhimento coletivo (BRASIL, 2013).

Nas últimas duas décadas, os conselhos profissionais têm se demonstrado favoráveis ao acolhimento com classificação de risco para modificar a dinâmica de atendimentos, antes priorizados por ordem de chegada, agora por prioridade. Os Conselhos Regionais de Medicina e

os Federais e Regionais de Enfermagem tem dispendido atos normativos sobre o acolhimento com classificação de risco colocando essa atividade como primazia para o exercício de profissionais de nível superior, em especial os enfermeiros (CRM-PR, 2008; COFEN, 2009; COREN-DF, 2010; COFEN, 2012).

Como dinâmica de trabalho e processo organizacional foram consideradas algumas formas de se classificar o acolhimento com destaque para duas delas: como forma de reorganizar a assistência em saúde, ou seja, organizar os fluxos e a partir de então regular o acesso (LEITE; MAIA; SENA, 1999), e como dispositivo operacional, comunicacional e técnico e assistencial oportuno para o momento (FRANCO; BUENO; MEHRY, 1999). Em seu aspecto organizacional, Teixeira (2003) acredita no cunho comunicativo do acolhimento como forma de interação e construção de espaço de cuidado. Segundo ele, o acolhimento dialogado é espaço de respeito de capacidades morais e cognitivas que reconhecem o outro, reconhecem as limitações de cada um e coloca o sentido das coisas no conjunto de saberes de cada um. O autor afirma: “Todo mundo sabe de alguma coisa e ninguém sabe de tudo”.

Nessa perspectiva crê-se no acolhimento como possibilidade dos indivíduos de enxergar-se, sentir-se e de optar por cuidar de si mesmo (ou não) através da interação entre profissional usuário, através da possibilidade de lhe proporcionar o simples fato de escolher (ROSSI; LIMA, 2005). Podendo então, segundo Feuerwerker (2014), modificar a lógica vertical do cuidado inserido nas macro e micropolíticas públicas.

A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A classificação de risco, hoje percebida como uma forma de priorizar o atendimento de usuários em determinados centros de saúde, no passado, realizada mesmo que empiricamente foi proposta nos Estados Unidos para as atividades de guerra, quando se classificavam os combatentes fe-

ridos. Como uma forma de triagem de exclusão, eles eram situados entre os estratos de gravemente feridos e inviáveis, feridos que necessitavam de atendimento imediato e os que poderiam aguardar pelo atendimento com segurança. O objetivo era devolver o maior número de soldados possíveis para frente de batalha (GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2010). No cinema, o filme Pearl Harbor (BAY, 2001) elucida a forma como eram triados os soldados feridos nas zonas de confronto. Sendo assim, a primeira versão de classificação de risco surgiu como um protocolo de exclusão de atendimento, por isso, várias adaptações ocorreram para que algo semelhante chegasse até os prontos atendimentos de hoje.

Data de 1898, na Inglaterra, uma visão mais próxima do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), via relatos históricos sobre centros de saúde que abriam as portas e tinham uma enfermeira classificando os pacientes para atendimento clínico ou cirúrgico. Contudo, a história mostra que a classificação de risco, assim como outras tecnologias, proveio com as formas contingenciais de ação ocorridas nas grandes guerras, e paulatinamente foi introduzida na sociedade civil por médicos e enfermeiros experientes em triagem no campo de batalha. No pós-guerra, a primeira experiência de classificação de risco se deu na cidade de Yale em 1963 (GBACR, 2010).

Alguns países iniciaram estudos para a organização do fluxograma para o atendimento das demandas. Nos Estados Unidos da América, três sistemas de triagem se destacam: (a) *Traffic Director* (fluxista), onde um funcionário administrativo carrega o paciente até a área em que vai ser atendido, o colocando em maca ou poltrona conforme sua impressão pessoal de estado do paciente; (b) *Spot-check*, implantado em pequenas emergências onde o paciente não espera, ele é registrado e logo encaminhado para um enfermeiro que classifica sua gravidade conforme abordagem breve; e, (c) *Comprehensive Triage*, onde um enfermeiro com experiência em emergências extrai o máximo de informações possíveis e classifica o paciente conforme sua gravidade (GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2010).

Distantes do modelo americano, diversas formas de classificação foram desenvolvidas, principiando pela Austrália e sua forma de classificar baseada em 5 níveis de prioridade (*Australian Triage Scale*). Após, o Canadá criou uma escala com 5 níveis de prioridade e diversos algoritmos (*Triage and Acuity Scale*), e finalmente, a Inglaterra e uma escala com 52 algoritmos e 5 níveis de prioridade (protocolo de Manchester), que classifica os pacientes conforme os algoritmos de questionamentos do entrevistador. Enquanto isso, nos Estados Unidos se formula a *Emergency Severity Index* (ESI) que se baseia na quantidade de recursos que um paciente irá utilizar conforme suas alterações de sinais vitais e queixas (KENNETH; ISERSON; MOSKOP, 2007).

No contexto brasileiro, as instituições hospitalares dotadas de serviço de emergência têm adotado diversos protocolos de atendimento para a classificação de risco e adaptado alguns a sua própria realidade. Contudo, para o contexto desse trabalho é prudente destacarmos que o MS, no ano de 2013 lança dois cadernos de AB orientando o cuidado ao usuário atendido nas UBS's conforme o acolhimento da demanda espontânea. Isso implica no reconhecimento de que a UBS possui dinâmicas de atendimento diferentes das emergências dos hospitais. Ela possui demandas programadas de atividades e atendimentos e ainda necessita estar preparada para o atendimento de casos agudos e situações clínicas assistenciais que mereçam atenção do profissional.

Segundo o MS (BRASIL, 2013), a unidade de saúde precisa acolher e classificar a demanda espontânea com o intuito de tornar viável o acesso ao serviço de saúde. Entre outros motivos para a adoção do acolhimento com classificação de risco pelas unidades de saúde estão: (a) o reconhecimento do usuário como definidor de sua necessidade em saúde; (b) a criação de um vínculo no momento agudo do caso clínico do usuário; (c) o respeito pelo indivíduo que não escolhe o momento de adoecer e não pode agendar para ser atendido; e, (d) a oportunidade de entrar em contato com alguém que potencialmente irá desenvolver riscos e que não estará presente nas atividades programadas da unidade.

Diante disso, o acolhimento com classificação de risco é visto como um dispositivo de reorganização do processo de trabalho.

No próprio Caderno de Atenção Básica (BRASIL, 2012), intitulado “Acolhimento à Demanda Espontânea”, é proposto um fluxograma para os pacientes. Esse algoritmo, diferente do proposto para um hospital, engloba todas as atividades desenvolvidas pela UBS, perfazendo um “mapa de acesso” aos serviços. As pessoas com atividades agendadas (consultas, vacinação, coleta de exames, procedimentos ambulatoriais, inalações, retirada de medicamentos) são encaminhados para esses serviços. Enquanto isso, os pacientes que chegam sem agendamento prévio são recepcionados e orientados sobre o acolhimento.

Os pacientes podem ser classificados como agudos ou não agudos. Entre os agudos estão situadas às cores vermelho: paciente com alto risco de vida, que necessita atendimento imediatamente. Amarelo: que necessita de intervenções em breve período de tempo, sendo estas prestadas primeiramente pela enfermagem, realizando após avaliação pelo médico. E verde: situação de baixo risco ou com vulnerabilidade que precisa ser manejada pela equipe no mesmo dia. Por fim, existe o paciente não agudo que é classificado como azul e pode receber orientações e agendamento de atividades programadas conforme oportunidade de tempo e avaliação da necessidade (BRASIL, 2012).

Mesmo com todos os protocolos de atendimento envolvidos numa rede de AB e hospitalar, ainda é apontada a necessidade de se ouvir os usuários da rede, pois eles é que usufruem (ou não) desses espaços de proteção e promoção da saúde. Torna-se imperativo melhorar o vínculo profissional usuário e melhorar os acessos funcionais dos serviços (RAMOS; LIMA, 2003).

MÉTODOS

Realizou-se uma revisão de artigos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), quanto ao tema: “satisfação do usuário com a aplicação do acolhimento como ferramenta de gestão do acesso a atenção

primária”, publicados entre 2004 e 2014. Como objetivos específicos, se buscou: a) sistematizar a produção científica selecionada segundo autor, resultado e satisfação registrados quanto ao usuário; b) identificar os tipos de protocolos empregados nos processos de acolhimento com classificação de risco; e, c) identificar os fatores que influenciaram na satisfação e insatisfação do usuário.

Foram concentrados os estudos publicados entre os anos de 2004 e 2014 nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), quais sejam: Literatura Latino-Americana em Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) e Scientific Electronic Library Online (SciELO); no catálogo de teses e dissertações da Capes/CNPq e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Para a coleta de dados utilizaram-se os seguintes descritores: “Atenção Primária à Saúde” conjugada com “Acolhimento”, conjugado com “Classificação de Risco” ou “Protocolo de Classificação de Risco”. Como filtro, estudos que se referissem ao Brasil.

O período 2004-2014 levou em conta que o acolhimento e o acesso passaram a fazer parte da agenda de políticas do SUS em 2004, quando da adoção da Política Nacional de Humanização.

Excluíram-se os trabalhos que utilizaram revisão de literatura, dando primazia para os estudos com dados primários, ou seja, aqueles que coletaram dados com os usuários ou equipes do sistema de saúde.

Os estudos encontrados foram sistematizados segundo as categorias ano de publicação, autor, resultados e satisfação do usuário. Foram também descritos os locais de realização do estudo, os métodos de aplicação do acolhimento (protocolo) e a implantação/realização pela equipe de saúde. Para a apresentação dos dados foram utilizados quadros e tabelas. A satisfação do usuário foi mensurada através da classificação nas categorias Satisfeita, Parcialmente Satisfeita, Insatisfeita e Não Avaliada. A maioria dos estudos seguiu a metodologia qualitativa, sendo preponderante para a classificação acima descrita a avaliação dos discursos dos sujeitos que foram abordados em grupos focais, entrevistas semiestru-

turadas, questionários e em entrevistas abertas nas observações participantes. Sendo assim, foram avaliadas as falas dos sujeitos e as conclusões dos autores sobre o processo de acolhimento existente nas unidades e a receptividade dos usuários descritos nos artigos selecionados.

Optou-se por manter na coleta os estudos que descrevessem todos os tipos de acolhimento na atenção primária, mesmo os que não mencionassem a classificação de risco e desde que viessem ao encontro dos objetivos dessa revisão.

Por se tratar de uma revisão da literatura presente em bases de referências de acesso público não houve a necessidade de envio a Comitê de Ética.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Com os descritores “Atenção Primária à Saúde” conjugado com “Acolhimento”, conjugado com “Classificação de Risco” ou “Protocolo de Classificação de Risco”, foram encontrados 1.236 estudos, dos quais foram selecionados 119 resumos, permanecendo 39 artigos para a leitura integral. Desses, 38 tiveram como amostra cidades, regiões ou estados da federação, enquanto um deles (ALVES et al., 2014) foi realizado na região Sudeste e contou com dados secundários de todas as outras regiões do País.

Dos 39 artigos incluídos no estudo, 32 seguiram delineamento qualitativo, 5 artigos seguiram metodologia quantitativa com análise estatística (GARCIA et al., 2014; ALVES et al., 2014; ALBUQUERQUE et al., 2014; RODRIGUES et al., 2010; SILVA, PONTES, SILVEIRA, 2012) e 2 artigos seguiram metodologia quanti-qualitativa (VIEIRA DA SILVA, 2010; ROSA, 2006).

A distribuição por local de realização dos estudos encontrados, 15 (38,5%) eram proveniente da região Sudeste, 13 (33,3%) da região Sul, 10 (25,6% do Nordeste e um (2,5%) do Norte. Como destacado por Calixto (2011), em pesquisa da Fundação de Amparo a Pesquisa do

Estado de São Paulo (FAPESP), 74,5% das pesquisas realizadas no país concentram-se na Região Sudeste e apesar do volume de pesquisas, na mesma pesquisa, denotou-se queda na qualidade dos estudos no país e tendência a não transformar o conhecimento adquirido na pesquisa em tecnologia aplicável.

No Quadro 1 encontram-se os autores, resultados e avaliação de satisfação dos usuários. Em 17 (43,6%) estudos a satisfação do usuário não foi mencionada ou esclarecida; entre os 22 onde a satisfação foi mencionada, em 8 (20,5%) os usuários se encontravam satisfeitos, em 6 (15,4%) parcialmente satisfeitos e em 8 (20,5%) insatisfeitos. Os fatores que influenciaram na satisfação e na insatisfação dos usuários conforme sua frequência de aparecimento nos estudos e enunciados estão na Tabela 3.

Nos 8 artigos que apresentaram usuários satisfeitos o fator mais citado para a satisfação foi a organização do serviço para o acolhimento das demandas espontâneas e para o acesso dos usuários ao serviço. Nesses casos, o estigma da fila do SUS que se iniciava pela madrugada é sobrepujado pela reorganização do processo de trabalho utilizando o acolhimento como ferramenta de gestão (com ou sem classificação de risco e em diversas apresentações) vinculando o usuário à sua UBS. Tendo a certeza de que será escutado a qualquer momento que necessitar da unidade de saúde, terá resolutividade de seus problemas, contará com profissional que já o conhece, o usuário fará da atenção primária o seu ponto de contato preferencial com o sistema de saúde.

Franco-Júnior et al. (2008) apontam que o vínculo entre equipe e usuários na AB é ponto crucial para o bom andamento do trabalho, da mesma forma melhora o ambiente e produz saúde tanto para os trabalhadores quanto para os usuários. Contudo, exige mudança pessoal e profissional para o trabalho multiprofissional. Da mesma forma, crê-se que o fortalecimento desse vínculo exija o reconhecimento de que o acolhimento não pertence a uma determinada classe trabalhadora, mas é uma política de toda equipe, que ocorre a qualquer tempo, no tempo necessário para o usuário e é realizada por todos os profissionais.

Destaca-se também, que a participação da comunidade é importante para instituir novas formas de trabalho. O trabalhador é o agente que convive e resolve (ou não) os diversos problemas que surgem no cotidiano, atendendo a demanda espontânea ou programada da unidade, mas isso não o legitima a iniciar ou mudar um processo de trabalho sem consultar o principal interessado no seu serviço, ou seja, o usuário.

Os 17 estudos que não mencionam a satisfação do usuário partem de visões distintas de diversos trabalhadores e demonstram a via de mão única com que as políticas sociais são implantadas no país. Supõe-se que esse fenômeno ocorra pelo desinteresse pelo que é público, que vem atrelado a percepção do usuário sobre o SUS, que converge para o julgamento de que o SUS é para os pobres, que o sistema é desinformado e essa é uma característica nata dele, e por fim, que os profissionais são desinteressados e não capacitados para atuarem na atenção em saúde (BAKCES, 2009).

Quadro 1 – Autores, resultados e satisfação do usuário

| Ano | Autor | Resultados | Satisfação do usuário |
|------|---------------|--|-----------------------|
| 2014 | Lima et al. | Foco nas queixas biológicas, a recepção fica a cargo do téc./aux de enfermagem, que nem sempre repassa todas as informações aos supervisores médicos e enfermeiros e tão pouco recebe o retorno necessário em sua solicitação de supervisão. Necessidade de capacitar a equipe de enfermagem para a escuta e percepção das queixas não biológicas. | Não avaliada. |
| 2014 | Garcia et al. | 260 (81% da amostra) equipes realizam acolhimento. Formatos de acolhimento experimentados por profissionais e usuários a serem repensados. Condutas limitadas a uma atitude profissional de bondade e favor; ou ainda se traduz em recepção administrativa, ambiente confortável e ação de triagem. | Não avaliada. |

| | | | |
|------|----------------------|---|--|
| 2014 | Tesser, e Norman. | Considera o acolhimento com caráter transversal nas políticas de saúde, revela o conflito entre agenda programada versus demanda espontânea e sinaliza uma confusão com a troca de “acesso por acolhimento”. Expõe a angústia e a carga extenuante de trabalho e estresse emocional influenciando na satisfação dos usuários. | Parcialmente satisfeitos. Relaciona a satisfação dos usuários ao processo de acolhimento e ao acesso aos serviços de saúde. Apontando a necessidade de diminuir o volume de usuários adscritos por equipe de Saúde da Família para 2500, e continuar expandindo as equipes da ESF para cobrir pelo menos 80% da população. |
| 2008 | Souza et al. | Destaque para a cultura do pronto-atendimento versus a demanda agendada. | Usuários insatisfeitos. Descontentamento com a forma de agendamento na unidade. Reclamações com a acolhida na recepção – insatisfação por não ser atendido imediatamente pelo médico. Melhor organização de filas. Modos diferentes de trato por diferentes profissionais – alguns mal-educados. Boa acolhida pelos profissionais. Expor suas queixas para mais de um profissional em ambientes nem sempre com privacidade. Não há protocolo para priorização. |
| 2009 | Cavalcante Fº et al. | A necessidade de saúde que deve definir/instituir as ofertas de um serviço. | Usuários satisfeitos. Visualizaram melhora no acesso devido ao acolhimento, fim do estigma da “fila e da ficha” para obter atendimento em saúde. |
| 2012 | Junges et al. | Acolhimento traz problemas que não se referem somente à área da saúde. A triagem é identificada pelos profissionais com o acolhimento. O objetivo da triagem é selecionar e encaminhar, direcionar ou passar adiante, verbos repetidamente usados pelos téc/aux de Enfermagem da entrada da unidade. O efeito que se quer provocar em quem escuta é dizer que no momento que se passou adiante, a responsabilidade agora toca a outro, acolhimento visto pelos usuários como empecilho para chegar ao médico. | Não avaliada. |
| 2013 | Kawata et al. | Acolhimento com classificação de risco realizado exclusivamente pelo enfermeiro, protocolo do Ministério da Saúde. Observação e cuidado voltado para queixas biológicas sem a percepção do potencial de promoção da saúde da Atenção Primária em Saúde. | Não avaliada. |

| | | | |
|------|-------------------------------|---|---|
| 2010 | Ribeiro; Rocha e Ramos-Jorge. | Cobertura de 77,6% das crianças cadastradas na área de abrangência e Postura profissional satisfatória em mais de 70% dos resultados da amostra. Usuários satisfeitos. | Usuários satisfeitos. Amostra voltada para a avaliação da postura profissional: 61% responderam que procuram a UBS independente de quem vai atender a criança (médico, enfermeiro, téc/aux de enfermagem etc.) o que demonstra engajamento da equipe no acolhimento e conhecimento na comunidade. |
| 2014 | Alves et al. | 80% das 17.202 unidades pesquisadas realizam acolhimento, apenas 46% dessas unidades tiveram capacitação para o acolhimento, 28 % utilizam protocolo para acolhimento, 73,4% não possuem sala para acolhimento, 79,1% dos acolhimentos não resultam em orientação, agendamentos, medidas terapêuticas medicamentosas ou não medicamentosas e requisições de exames sem necessidade de agendamento de consultas. | Não avaliada. |
| 2014 | Albuquerque et al. | 62,4% 603 de 109 equipes de saúde implantaram o acolhimento, das quais 85,1% realizaram acolhimento durante os cinco dias da semana, envolvendo 91,1% dos profissionais. Dos 3.617 usuários, 65,7% foram atendidos no acolhimento e 91,1% esperam em média 30 minutos. O maior envolvimento foi dos enfermeiros (93,3%), seguido dos agentes comunitários de saúde (73,2%), médicos (69,8%), dentista (58,6). O acolhimento não impactou a reorganização das ações programadas. | Não avaliada. |
| 2013 | Guerrero et al. | Os dados analisados demonstram que o vínculo entre profissionais e usuários favorece o diálogo, reforça as relações de confiança, agiliza o atendimento, facilita a adesão ao tratamento e melhora o desfecho clínico dos pacientes/usuários. Todos os grupos entrevistados enfatizam o acolhimento-reorganização dos serviços como resposta à demanda com resolubilidade. | Usuários insatisfeitos. Falta de preparo dos profissionais, além de gerar um mau atendimento, desencadeia, muitas vezes, atitudes intolerantes, e até mesmo agressivas, entre trabalhadores e usuários. Acolhimento fonte de tensão. |

| | | | |
|------|--------------------------------------|---|--|
| 2014 | Campos et al. | O acolhimento é apontado como um espaço de escuta aos seus problemas e de orientação, mas o criticam por constituir-se em uma forma de controlar o acesso àquilo que é mais esperado: a consulta com o médico. | Usuários insatisfeitos. Acolhimento, inicialmente pensado para humanizar o primeiro contato com os usuários e para qualificar a avaliação de risco, transformou-se em mais uma barreira para os usuários. Acolhimento fonte de tensão. |
| 2009 | Matumoto et al. | Falta de privacidade para falar sobre as queixas, trabalhador da saúde não reconhece o seu processo de trabalho e tão pouco se questiona sobre possibilidades de modificações neles, prejudicando assim sua relação com o usuário. | Não avaliada. |
| 2013 | Tedesco e Junges. | Se o acolhimento compreende ao mesmo tempo ferramentas adequadas de comunicação e postura ética de escuta qualificada, os resultados da pesquisa demonstram que existem deficiências no acolhimento. Os profissionais sentem-se despreparados. | Não avaliada. |
| 2012 | Nonnenmacher; Weiller e Oliveira. | Acolhimento visto como aumento de tempo de espera e situação de conflito entre os envolvidos. | Usuários insatisfeitos. A maioria dos entrevistados apresentou-se em desacordo com a proposta de implantação do acolhimento com classificação de risco. |
| 2009 | Coelho e Jorge. | Não se observou qualquer tipo de acolhimento com vínculo entre usuários e trabalhadores da saúde. Percebeu-se a partir da fala dos usuários, a necessidade do estabelecimento de contato entre profissional e usuário, no sentido de conhecer o paciente, manter vínculo e ter uma sequência no acompanhamento desse usuário. | Usuários insatisfeitos. Desorientados no acesso ao serviço, por falta de sinalizações nas unidades e profissionais para realmente acolhe-los. |
| 2007 | Santos et al. | Acesso modulado pela ordem de chegada, com cartazes informativos sobre o número de vagas, dias específicos para determinado grupo, presença do trabalhador na unidade, tipo de demanda, triagem ou seleção prévia de alguns casos, dentre outras formas de regular o acesso ao serviço. | Usuários insatisfeitos. Sistema baseado na demanda espontânea que não dá garantia de atendimento médico ao usuário. |
| 2006 | Esperança; Cavalcante R e Marcolino. | Encaminhamento para o profissional médico (67,7%), seguidos do enfermeiro (17,8%) e auxiliar de enfermagem (13,3%). | Não avaliada. |

| | | | |
|------|-------------------------------------|--|---|
| 2012 | Martins. | Os protocolos organizam a demanda, como é o caso do protocolo de Manchester para classificação de risco nas Unidades Básica de Saúde, pois antes da classificação de risco as pessoas passavam a madrugada nas filas em busca de atendimento e, se terminassem as fichas, mesmo estando em situação de certa urgência, o usuário não era atendido. | Não avaliada. |
| 2011 | Macedo; Teixeira e Daher. | A maioria dos usuários não relatou deficiência no trabalho dos profissionais, mas apontou dificuldades no acesso aos atendimentos e nas formas como os serviços são organizados. A tênue flexibilidade e as limitações dos horários oferecidos no acesso às consultas foram apontadas como causas das maiores insatisfações. | Usuários parcialmente satisfeitos. A maioria dos usuários se expressou satisfeita com as condutas profissionais, mas não com o acesso ao serviço. |
| 2009 | De Carvalho Torres e Batista Lelis. | Os resultados obtidos com essas oficinas possibilitaram um aprendizado significativo em relação a conteúdos teóricos de semiologia e primeiros socorros importantes para o exame e atendimento adequados ao usuário durante o acolhimento. Além disso, os participantes mostraram-se satisfeitos com o aprendizado. As oficinas revelaram-se uma estratégia importante para a capacitação dos profissionais de saúde em relação à classificação de risco no acolhimento. | Não avaliada. |
| 2013 | Chagas e Vasconcelos. | Ficou evidente que a atividade laboral das equipes é centrada no médico e no atendimento curativo e que alguns profissionais organizam seu processo de trabalho de forma individual e fragmentada, dificultando o trabalho em equipe. O serviço se estrutura e se organiza para atender suas próprias necessidades e prioridades, sem nenhuma preocupação com as necessidades e satisfações dos usuários. | Não avaliada. |
| 2005 | Solla. | Cada equipe organiza o acolhimento conforme suas particularidades, na maior parte dos casos os trabalhadores da saúde realizam o acolhimento. O acolhimento é realizado em todos os órgãos de saúde pública vinculados a SMS local. | Não avaliada. |

| | | | |
|------|--------------------------|--|---|
| 2007 | Brehmer e Verdi. | A ação mecânica reduz um processo com diferentes e complexas interfaces a simplesmente mais uma atividade da unidade para o atendimento daqueles que não foram, por critérios de classificação e seleção, elencados para a atenção. O acolhimento se torna uma opção para responder pontualmente às necessidades de atenção médica, curativa e de medicalização. O acolhimento não existe no conhecimento prático, tampouco na interpretação do atendimento prestado. Os usuários se sentem completamente desprotegidos. | Usuários Insatisfeitos. Os usuários evidenciaram mais que a percepção do melhor modo de acolher, o próprio desejo de se sentir acolhido. As experiências vivenciadas no cotidiano das UBS se configuram em relatos denunciativos de exclusão e de negação do direito à saúde. |
| 2008 | Oliveira; Tunin e Silva. | Em que pese às divergências/conflitos, as ponderações tecidas pelos entrevistados sugerem que o acolhimento tem contribuído para a humanização do atendimento, para o estreitamento das relações profissionais-usuários e dentro das equipes, para uma maior visibilidade às ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais e para a ampliação da autonomia dos usuários. | Não avaliada. |
| 2010 | Vieira-Da-Silva et al. | A variabilidade na implantação dos diversos componentes do projeto, entre os distritos sanitários, está relacionada principalmente à diversidade das características das equipes gestoras dos distritos e unidades, a mudanças no quadro dirigente da Secretaria Municipal de Saúde bem como os problemas relacionados à gestão da atenção primária, incluindo dificuldades no abastecimento da rede básica e contratação de pessoal. | Usuários satisfeitos. Satisfação maior entre usuários de unidades que tiveram o acolhimento implantado em relação às unidades em que ele não foi operacionalizado. |
| 2009 | Coelho; Jorge e Araújo. | O estudo possibilitou perceber que existe uma grande demanda de atendimento clínico nos serviços de saúde e que é reduzido o número de profissionais da saúde para prestar esse atendimento. Os usuários que buscam os serviços de saúde relatam suas percepções relacionadas ao acesso por meio do acolhimento, com a elaboração subjetiva do atendimento a suas necessidades reais e simbólicas, apresentando aspectos de caráter emocional atrelados ao sofrimento físico. | Usuários insatisfeitos. Avaliação subjetiva, com predomínio da insatisfação e do (não) acolhimento. |

| | | | |
|------|---------------------------|---|---|
| 2004 | Silveira et al. | O acolhimento no Programa Saúde da Família de Campina Grande ainda é uma cultura em construção, uma vez que o Programa é relativamente novo e pressupõe toda a reorientação do modelo assistencial vigente. Emergiram depoimentos sobre “receber bem”, “ouvir o usuário”, “estar atento”, “compreender e solidarizar-se”. | Não avaliada. |
| 2009 | Rodrigues et al. | Significado do acolhimento para os usuários foram à atenção (30%), seguido da rapidez ou agilidade no atendimento (27,3%), resolutividade (10%), encaminhamento e orientações (ambos com 8,2%), individualidade e escuta (6,4%), pré-avaliação (3,6%), medicação ou curativos (3,6%) e consultas (2,7%). | Usuários satisfeitos. Os usuários caracterizaram como fator mais importante ou indispensável no acolhimento o encaminhamento a outros profissionais (55,7%), seguidos da resolutividade (28,4%), da rapidez (11,4%) e da atenção (4,5%). |
| 2012 | Silva; Pontes e Silveira. | Por não romper com o modelo assistencial hegemônico, essa prática tornou-se mecanicista e biológica no seu fazer, contribuindo para reforçar o processo de medicalização que a sociedade vive, ao se fortalecer a prática da consulta como questão cultural. | Usuários parcialmente satisfeitos. Viu-se então que é necessário realizar uma gestão participativa; sem ampliação de ofertas, o acolhimento não terá sucesso. Percebeu-se que a participação popular é elemento para a transformação do espaço. |
| 2012 | Silva; Barros e Torres. | Organização das equipes de saúde na realização do acolhimento à demanda espontânea por meio de revezamento dos profissionais para atender os usuários sem distinguir área de abrangência, como ocorre no cenário estudado, propõe a estruturação do acolhimento voltado para as queixas agudas. | Não avaliado. |
| 2014 | Farias. | Acolhimento considerado como facilitador do acesso aos usuários no atendimento às suas demandas em saúde. A carência de materiais é compensada com uma organização do fluxo dos usuários no serviço de APS. | Usuários satisfeitos. Unanimemente satisfeitos com o acolhimento na APS melhora na fila de acesso e na organização. |

| | | | |
|------|------------|--|--|
| 2013 | Feijó. | “Acolher” não significa a resolução completa dos problemas referidos pelo usuário, mas a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta, a valorização de suas queixas, a identificação das necessidades, sejam estas do âmbito individual ou coletivo, e a sua transformação em objeto das ações de saúde. A partir do acolhimento é possível otimizar a realização de grupos, sala de espera e acionamento de outros mecanismos e do apoio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família que é essencial para reformulação de novas estratégias capazes de delinear fluxos que orientem o processo de trabalho na APS. | Não avaliado. |
| 2013 | Rezende. | Reafirma o acolhimento como estratégia relacional do fazer cotidiano em saúde, para além de seu aspecto normativo e organizador, considerado rígido e burocrático. O usuário deve ser reconhecido como central no processo de produção do cuidado, para que ele se sinta realmente acolhido e tenha a liberdade de expor aquilo de que realmente necessita, ou mesmo para que se possa apreender o que está velado em seu motivo de procura. | Usuários parcialmente satisfeitos: desacordo com o horário restrito do acolhimento. |
| 2008 | Petraglia. | Melhorou a distribuição das demandas espontâneas entre as equipes de saúde, modificou o processo de trabalho da equipe de saúde, diminuiu a demanda reprimida de usuários e aumentou a demanda diária de trabalho. | Usuários parcialmente satisfeitos. Diminuição das tensões na recepção da unidade relata aumento da satisfação. Melhora dos fluxos na unidade. Falta de privacidade para expor a queixa. |
| 2011 | Braga. | Acolhimento voltado para queixas-conduta, com melhora da satisfação do usuário com a mudança do modelo de trabalho de fichas para atendimento a demanda espontânea. Porém identificou-se descontentamento com um horário limitado para o acolhimento. | Usuários satisfeitos. Aumento da satisfação dos usuários com a possibilidade de ter uma escuta e não depender mais de “fichas” para atendimento. Melhora no fluxo de usuários na unidade. |
| 2012 | Kessler. | Os sistemas de saúde não estão constituídos, mas em constantes modificações, são processos e não estados. | Usuários parcialmente satisfeitos. Avaliação positiva do acolhimento e seus efeitos sobre o processo de trabalho, os critérios positivos e negativos são variáveis, mas aprovação não significa unanimidade. |

| | | | |
|---------|-----------------------|---|---|
| 2006 | Rosa. | A implementação do acolhimento não foi para 100% dos usuários da unidade, a consulta médica continua sendo a atividade de maior enfoque e procura pelos usuários, a resolutividade teve limitações para ser descrita uma vez que não se conheceu por completo as trajetórias dos usuários no serviço. | Usuários satisfeitos. 86% dos usuários satisfeitos com o atendimento do serviço. Melhorou o fluxo de usuários na unidade. |
| 2013 | Alves. | A implementação do acolhimento melhorou o acesso dos usuários ao serviço, sobrecarregou a equipe de saúde e não mudou o foco da consulta médica para o paciente. | Usuários satisfeitos. Melhorou o acesso e o fluxo de usuários na unidade. |
| 10 anos | 67 Autores Principais | | |

Tabela 1 – Fatores que influenciaram na satisfação e insatisfação do usuário

| Fator enunciado para satisfação | n | Fatores enunciados para a insatisfação | n |
|---|----------|---|----------|
| Melhora o acesso com organização do serviço | 11 | Educação/preparo do trabalhador | 3 |
| Profissionais que conhecem a comunidade | 1 | Falta de privacidade para acolher | 2 |
| Engajamento de toda equipe | 1 | Falta de protocolo (critério) para acolher | 2 |
| Encaminhamento para outros profissionais | 1 | Fonte de tensão entre usuário e trabalhador | 2 |
| Resolutividade | 1 | Falta de profissionais para acolher | 2 |
| Rapidez | 1 | Acolhimento Inflexível (com horário marcado) | 2 |
| Atenção dispensada | 1 | Acolhimento excludente | 2 |
| | | Agendamento irregular | 1 |
| | | Aumenta espera para o atendimento médico | 1 |
| | | Falta de padronização | 1 |
| | | Repetir a queixa para mais de um profissional | 1 |
| | | Usuários em desacordo com o acolhimento | 1 |
| | | Predominância do sistema senha/ficha | 1 |
| | | Acolhimento queixa/condução | 1 |
| | | Usuários desconhece o processo de acolhimento | 1 |

Quanto aos 8 artigos que apresentaram usuários insatisfeitos, percebeu-se que os fatores que influenciaram o descontentamento não são homogêneos. Dentre eles alguns podem ser considerados preponderantemente relacionados à própria equipe de saúde e sua postura diante dos usuários. Quando a equipe não compreende a função do acolhimento, persiste uma ferramenta de triagem e exclusão do atendimento. O acolhimento realizado em horários específicos também não serve como ferramenta de gestão do acesso, uma vez que a doença não marca dia e não marca hora (ROSA, 2006). Sendo assim, se sobressaíram relatos de exclusão e de não acolhimento com a persistência da “ficha do dia”/ senha e das filas de espera e demandas reprimidas.

O preparo do trabalhador para o acolhimento está intimamente relacionado com a capacidade de instituir políticas de educação permanente no setor público de saúde. Zavatti e Balduino (2013) pontuando a gestão de pessoas pela educação corporativa no serviço público do Tribunal de Contas do Estado de Goiás corroboram que a educação corporativa deve se aproximar do serviço público para promover educação continuada e permanente dos trabalhadores com escopo na atenção as demandas estratégicas das organizações. Desta maneira, pretende-se revolucionar técnicas obsoletas de treinamentos e influenciar positivamente na gestão de pessoas.

Suscita-se, portanto, que a gestão por competências/talentos pode exercer a ligação entre os objetivos individuais e organizacionais tão preponderantes para a educação continuada e permanente dos trabalhadores. São as pessoas que possuem competências e não as organizações, para tal esta última precisa favorecer o desenvolvimento de seus membros. Numa relação de causa e efeito, a complexa tarefa de pensar estrategicamente a mobilização de agentes por competências pode resultar no progresso dos processos de trabalho das organizações (LANA, FERREIRA, 2007).

A falta de privacidade para acolher e o fato de expor sua queixa mais de uma vez a mais de um profissional apresenta-se como fator

inibitório da inserção do usuário no próprio acolhimento. O desconhecimento do usuário sobre o processo de acolhimento se relaciona a esse achado. A divulgação do processo de atendimento a demanda espontânea na comunidade deve ser maciça e envolver agentes de capilaridade social como agentes de saúde, líderes de comunidade e representantes de bairros. Em contrapartida, o serviço deve se organizar para que esse fluxograma de atendimento esteja disponível na unidade de saúde e não se encontrem usuários desorientados a espera de um trabalhador que possa recepcioná-lo e orientá-lo sobre o funcionamento do serviço como evidenciado por Coelho e Jorge (2009).

Quanto ao emprego de protocolos no acolhimento, 22 dos 39 artigos não revelou qual a forma com que os usuários são acolhidos nas unidades de saúde. Quando descrito, existe uma dispersão quanto ao tipo deste (Tabela 2). Considerando a frequência de acolhimento sem protocolo, pode-se sugerir a baixa adesão aos protocolos já existentes, como o disponibilizado pelo MS para acolhimento a demanda espontânea (BRASIL, 2012). Em um dos trabalhos, Martins (2012) descreveu a utilização do protocolo de Manchester, realizando observações sobre a sua baixa adesão e a dificuldade de adaptação na AB, verbalizado pelos profissionais que o utilizam diariamente.

Tabela 2 – Método empregado no Acolhimento

| Protocolo utilizado | n | % |
|--|-----------|------------|
| Acolhimento sem protocolo descrito | 4 | 10,3 |
| Acolhimento com Classificação de Risco + Avaliação de Vulnerabilidade social | 4 | 10,3 |
| Protocolo próprio da Secretaria de Saúde Municipal ou Estadual | 4 | 10,3 |
| Acolhimento com Classificação de Risco/Ministério da Saúde | 2 | 5,1 |
| Acolhimento com Classificação de Risco/Protocolo Manchester | 2 | 5,1 |
| Sem protocolo | 1 | 2,5 |
| Não descrito | 22 | 56,4 |
| Total | 39 | 100 |

Os resultados apontam o desuso de protocolos e algoritmos para o acolhimento dos usuários na atenção primária. Infere-se que, na maioria dos casos, o acolhimento é realizado pela percepção e pela construção do julgamento dos profissionais que acolhem aos usuários, muitas vezes de forma empírica, sem evidências científicas para a prática diária. Da mesma forma, a reorientação do modelo biomédico, almejada com a assunção da Política Nacional de Humanização do MS permanece distante, uma vez que a prática de acolhimento ainda se mantém centrada na queixa/conduita e na regulação do acesso ao atendimento médico (NONNENMACHER, WEILLER, OLIVEIRA, 2013; LIMA et al., 2014). Na contramão dessa tendência, o acolhimento com classificação de risco tem destaque em Minas Gerais desde o ano de 2011, quando da implantação do Protocolo de Manchester pela Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (COSTA, 2012).

Mesmo o Protocolo de Manchester teve suas limitações relatadas nos discursos dos trabalhadores da saúde. Nem sempre as queixas estão enunciadas e se encaixam em um padrão, nem sempre o usuário tem apenas um problema biológico (MARTINS, 2012). Às vezes as comunidades trazem para as unidades de saúde todos os problemas de seu contexto de doenças e sua história de vida, bem como queixas que fogem da alçada da Atenção Primária. O uso dos protocolos também pode enrijecer ao invés de flexibilizar a atenção em saúde, revogando as chances de um contato que promova a promoção da saúde na comunidade (KAWATTA et al., 2013).

Isso aponta a necessidade de gestão estratégica para constituir mudanças no modelo vigente. O acolhimento deve ter a função de servir de canal de comunicação entre os usuários e os serviços, impactando na agilidade na oferta de ações de saúde e num “forte compromisso profissional” com a comunidade (GUERREIRO et al., 2013). Do contrário, o acolhimento permanecerá sendo percebido pelo usuário como um “empedimento” para o atendimento médico, uma ferramenta sem sentido na prática dos profissionais da APS. Aliás, percebeu-se a permanência do

modelo biomédico de cuidado mesmo nas unidades em que se inseriu o acolhimento com ou sem classificação de risco. O atendimento médico-centrado, ou centrado no modelo queixa/condução foi percebido tanto no discurso dos usuários quanto dos trabalhadores. Segundo Souza et al. (2009) os usuários por vezes projetavam no profissional que faz o acolhimento um terceiro agente, com poder de decisão sobre seu atendimento médico ou não. Para modificação dessa percepção, sugere-se que o acolhimento seja desarticulado da prática de atendimento por conta da inexistência de vagas para atendimento médico e instituir-se como política organizacional que abranja qualquer usuário que adentre ao serviço em qualquer tempo.

Encontrou-se nesse estudo a vulnerabilidade social fazendo parte do acolhimento nas unidades de saúde. Nota-se, que a UBS se envolve com os problemas das famílias e comunidades, e mesmo não podendo resolver muitas das queixas que ali chegam, serve como gatilho/ “start” para encaminhamentos e medidas de proteção social, como acionamento de órgãos e orientações para medidas protetivas de violência de gênero por exemplo. Gomes e Pereira (2005) pontuam que vivemos num país com grandes diferenças sociais, onde os cidadãos são envolvidos pela carência de proteção social, pela desassistência que vem acompanhada por condições de vida pouco ou nada descentes. Assinalam ainda que não há como falar em políticas públicas sem pensar em parceria com a família. Acredita-se que a avaliação da vulnerabilidade social dos indivíduos pelos trabalhadores de saúde permita uma aproximação, haja vista que é necessário conhecer a história de vida do indivíduo para que se possam avaliar seus riscos sociais. Sendo assim, essa interação é um ponto positivo para o processo de trabalho na equipe de saúde e consequentemente para o atendimento do usuário.

Quanto ao método de trabalho, buscou-se identificar quais os profissionais participavam do acolhimento, observando assim a participação dos membros da equipe na prática do acolhimento. Os enfermeiros foram os profissionais mais citados como praticantes do acolhimento (n=24),

seguido dos técnicos e auxiliares de enfermagem (n=20), agentes comunitários de saúde (=8) e médicos (n=6). Ou seja, das 72 referências a profissionais obtidas, 44 (61%) envolviam profissionais de enfermagem.

Na efetivação do acolhimento não se encontrou um consenso sobre quem esteja mais capacitado, deva ou não fazer o acolhimento. Portanto, o acolhimento em si não carece apenas de uma categoria profissional e nem pertença a ela, embora o acolhimento com classificação de risco seja, por convenção, realizado por médicos e enfermeiros. Os estudos não evidenciaram relação entre nível de escolaridade dos profissionais e eficiência/deficiência do acolhimento, nem influência sobre a satisfação do usuário. O que consta relatado foi a relação de carga de trabalho extenuante e o acolhimento centralizado apenas na equipe de enfermagem (KESSLER, 2012; KAWATTA et al., 2013).

Um processo de valorização pessoal e profissional foi experimentado nos estudos em que o acolhimento é realizado de forma coletiva, com a participação de mais membros da equipe. Contudo, notou-se que no acolhimento coletivo, a (falta de) privacidade do usuário gerava desconforto no momento da acolhida (PETRAGLIA, 2008).

Independente das metodologias utilizadas, dos profissionais que promoveram o primeiro contato do usuário com a UBS, dos discursos negativos, positivos ou indiferentes que se apresentaram nessa pesquisa, notou-se um movimento progressivo ao longo dos dez anos abarcados por essa revisão no sentido de promover uma organização da porta de entrada nas unidades pesquisadas. Contudo, isso não foi significativo para reformular o conceito de trabalho da AB, que permanece centrado na resolução dos problemas pontuais por meio do atendimento médico centrado.

Dessa maneira, da forma como foi instituído, o acolhimento com ou sem classificação de risco na APS possui limitações que influenciam negativamente na satisfação dos usuários. Haja vista as observações dos fatores preponderantes para a insatisfação e da semelhança entre o número de estudos que expressam a satisfação e insatisfação dos usu-

ários, pode-se inferir que as metodologias de aplicação do acolhimento carecem de maiores estudos e o envolvimento de toda a equipe de saúde e comunidade.

CONCLUSÕES

Na sistematização da produção científica relativa ao acolhimento nas UBS's observou-se a dispersão de estudos por quatro regiões do país, com resultados e satisfação heterogêneos. Foram alocados 39 artigos que possibilitaram analisar como o acolhimento é utilizado diariamente pelas equipes de saúde. Na aplicação dessa sistemática, satisfação e insatisfação tiveram resultados semelhantes. Não se pode afirmar com segurança quanto o acolhimento influenciou na satisfação dos usuários com o atendimento prestado pelas unidades de saúde. Acredita-se que para tal, um instrumento de coleta, que leve em consideração as particularidades do processo de humanização das unidades de saúde, necessite ser testado e validado.

Durante a busca de protocolos/métodos utilizados no acolhimento observou-se que na maioria dos estudos pesquisados não houve a descrição da metodologia utilizada. O acolhimento realizado por meio de classificação de risco e com vulnerabilidade social foi citado e, em alguns casos, associado a protocolos próprios das secretarias de saúde dos estados e municípios. Na observação de alguns processos de trabalho descritos, o acolhimento foi identificado como fator que impossibilitava o atendimento do usuário enquanto que, em outros momentos, foi identificado como facilitador do acesso aos serviços das unidades.

A identificação de fatores que influenciaram na satisfação dos usuários diante do acolhimento nas UBS's demonstrou que o acolhimento como ferramenta de gestão permite melhorias no acesso. O fator mais citado para a satisfação foi à organização da porta de entrada das unidades. Com certeza este achado está contraposto ao antigo sistema de distribuição de fichas e senhas para atendimentos nas unidades, que acabava por excluir do atendimento uma grande parcela dos usuários.

Os fatores que influenciaram a insatisfação dos usuários foram maiores e se encontravam mais dispersos em relação aos que promoviam a satisfação. Destaca-se a falta de preparo dos profissionais para o acolhimento. Relativamente, a satisfação do usuário está condicionada à atenção dispensada pelos profissionais e o acesso ao atendimento médico.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. G. M. et al. Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 34-51 out. 2014.

ALVES. R. T. Acolhimento humanizado: o acesso de usuários aos serviços de saúde influenciando na reorganização das equipes de saúde da família no município de Sapucaia do Sul. 36 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão em Saúde). Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.

ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 182-194, set/out. 2014.

ATALLAH A. N, CASTRO A.A. Revisão sistemática e metanálise. In: ATALLAH A.N., Castro A.A. Evidências para melhores decisões clínicas. São Paulo: Lemos-Editorial; 1998.

BACKES, Dirce Stein et al. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 903-910, jun. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília (DF): Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização; 2004.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. A implantação da Unidade de Saúde da Família: caderno 1. Brasília (DF): Departamento de Atenção Básica; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 out 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica/Brasília, Ministério da Saúde, 2012. 290 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Busca: Histórico de cobertura. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização: Formação e intervenção Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRAGA F. S. Percepção do usuário da atenção primária sobre o acolhimento em unidade de saúde da família. 43 f. Trabalho de Conclusão de Curso. Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

BREHMER, L. C. F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3569-3578, nov. 2010.

CALIXTO, B. Brasil não transforma conhecimento científico em tecnologia. Rev. Época, Patentes. Versão online. 18 Outubro, 2011.

CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, 252-264, set/out. 2014.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p.693-705, abr. 2010.

CAVALCANTE FILHO, J. B. et al. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 13, n. 31, p. 315-328, dez. 2009 .

CHAGAS, H.M.A.; VASCONCELOS M.P.C. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco, Acre. Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.2, p.377-388, 2013.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1523-1531, out. 2009.

COELHO, M. O.; JORGE M. S. B.; ARAÚJO M. E. O Acesso Por Meio Do Acolhimento Na Atenção Básica À Saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador v.33, n.3, p 100-110, jul. 2009.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p.7-27, jun. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos e privados. Resolução 358/2009. Brasília, DF, 15 de outubro de 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Normatiza no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do Enfermeiro na atividade de classificação de riscos. Resolução 423/2012, Brasília, DF, 9 de abril de 2012.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM- DISTRITO FEDERAL. Dispõe sobre a atribuição da enfermagem na triagem com classificação de risco nas urgências. Parecer 005/2010, Brasília, 22 de março de 2010.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA – PARANÁ. Serviços de Urgência e Emergência – Pronto Socorro – Classificação de riscos. Parecer consulta nº 2136/2010, Curitiba, 08 de janeiro de 2010.

COSTA, J.M.B. Relato de Experiência da Classificação de Risco em UBS – Centro de Saúde Marivanda Baleeiro. 35f. Trabalho de Conclusão. (Especialização em Atenção Básica). Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, GASTÃO W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, dez. 2011.

DE CARVALHO TORRES, H.; BATISTA LELIS, R. Oficinas de formação de profissionais da equipe saúde da família para a gestão do acolhimento com classificação de risco. *Cienc. Enferm. Concepción*, v. 16, n. 2, p. 107-113, ago. 2010.

ESPERANÇA A. C.; CAVALCANTE R. B.; MARCOLINO C. Estudo da demanda espontânea em uma unidade de saúde da família de uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais, Brasil. *Rev. Mineira de Enfermagem*. Belo Horizonte, v. 10, n.1, p. 30-36, jan./mar. 2006.

FARIAS, R. S. R. Acesso no contexto da ESF em um município do Vale Jequitinhonha - MG. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

FEIJÓ, T. “O acolhimento como estratégia para organização do processo de trabalho: uma análise em duas unidades de atenção primária em saúde do município do rio de janeiro com modelos distintos de atenção”. 119 f. Dissertação (Mestrado em Atenção Primária com ênfase em Saúde da Família). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

FEUERWERKER, L. C. M. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. 1ª Edição. Editora Rede UNIDA: Porto Alegre, 2014.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr. 1999.

GARCIA, A. C. P. et al. Análise da organização da Atenção Básica no Espírito Santo: (des) velando cenários. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 221-236, set./out. 2014.

GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. História da classificação de risco. No mundo. 2010.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H M. A Política de Atenção Primária em Saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I., Organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 575-626.

GOMES, M. A.; PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.357-363, abr. 2005.

GUERRERO, P. et al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 22, n. 1, p.132-140, jan./mar. 2013.

ISERSON, K. V.; J. C. MOSKOP. Triagem na Medicina, parte I: Conceitos, história e tipos. Emergências Médicas, Tucson, v. 49, n. 3, p. 275-281. 2007.

JUNGES, J. R. et al. O discurso dos profissionais sobre a demanda e a humanização. Saúde Soc., São Paulo, v. 21, n. 3, p. 686-997, set. 2012.

KAWATA, L. S. et al . Os desempenhos da enfermeira na saúde da família: construindo competência para o cuidado. Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis, v. 22, n. 4, p.961-970, dez. 2013.

KESSLER L. L. Saúde e democracia: discursos e práticas de acolhimento em uma unidade de atenção primária em saúde de Porto Alegre. 158 f. Dissertação (Doutorado em antropologia social). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.

LANA, M.S.; FERREIRA, V. C. P. Gestão por competências: impactos na gestão de pessoas. Estação Científica Online, Juiz de Fora, n. 04, p. 1-17, abr./mai. 2007.

LEAVELL, H. R. & CLARK, G. Medicina preventiva para o médico em sua comunidade. Uma abordagem epidemiológica. 3 ed., Nova Iorque: McGraw-Hill, 1965.

LEITE, J. C.; MAIA, C. C.; SENA, R. R. Acolhimento: perspectiva de reorganização da assistência de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 52, n. 2, p. 161-168, abr./jun. 1999.

LIMA, A. M. V. et al. Supervisão de trabalhadores de enfermagem em unidade básica de saúde. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 557-593, dez. 2014.

MACEDO, C.A.; TEIXEIRA E.R. DAHER D. V. Possibilidades e Limites do Acolhimento na Percepção de Usuários. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 457-462, jul./set. 2011.

MARTINS C. C. Análise do processo de acolhimento em Unidades Básicas de Saúde em Minas Gerais tendo por preferência o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. 162 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

MATUMOTO, S. et al. Preparando a relação de atendimento: ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.17, n.6, p. 21-29, dez. 2009.

MEDEIROS, F. A. et al. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. Rev. Salud pública, Bogotá, v. 12, n. 3, p. 402-413, jun. 2010.

NONNENMACHER, C. L.; WEILLER, T. H.; OLIVEIRA, S. G. Opiniões de usuários de saúde sobre o acolhimento com classificação de risco. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 14, n. 3, p. 541-549, set. 2012.

OLIVEIRA, L. M. L.; TUNIN A. S. M.; SILVA F. C. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. Rev. APS, v. 11, n. 4, p. 362-373, out./dez. 2008.

OMS/UNICEF Atenção Primária em Saúde – Relatório da Conferência Internacional de Atenção Primária em Saúde. União das Repúblicas Socialistas Soviéticas. ONU, Saúde para todos, Serie nº 1 (inclui a Declaração de Alma-Ata).6-12 Set.1978.

ONU. Declaração Universal Dos Direitos Humanos. 1948.

PEARL HARBOR. Direção de Michael Bay. Produção de Jerry Bruckheimer. Touchstone Pictures, 2001.

PETRAGLIA. A. P. Acolhimento e processos de trabalho em uma unidade de saúde da família do município de Porto Alegre: um relato de experiência. 41 f. Trabalho de Conclusão de Curso. (Curso de Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, fev. 2003.

REZENDE, V. A. (Im) possibilidades de acesso à atenção à saúde no cotidiano da estratégia saúde da família. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

RIBEIRO, L. C. C.; ROCHA, R. L.; RAMOS-JORGE, M. L. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2316-2322, dez. 2010.

RODRIGUES, M. L.; WERNER, J.; OLIVEIRA, F. A.; MOTTA, M. S. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. *Rev. APS*; v.13, n. 1, p. 3-9, jan./mar. 2010.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 164-176, dez. 2005.

ROSA, R. B. “A doença não marca dia, não marca hora” Acolhimento e resolutividade em uma equipe de saúde da família. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006.

ROSSI, F. R.; LIMA, M. A. D.S. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília , v. 58, n. 3, p. 305-310, jun. 2005.

SANTOS, A. M. et al . Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, jan. 2007.

SILVA, P. M.; BARROS, K. P.; TORRES, H. C. Acolhimento com classificação de risco na atenção primária: percepção dos profissionais de enfermagem. *Rev. Min. Enferm.*, v.16, n.2, p. 225-231, abr./jun. 2012.

SILVA, M. R. F.; PONTES, R. J. S.; SILVEIRA, L. C. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: as vozes dos sujeitos do cotidiano. *Revista Enfermagem UFRJ*, v.20 (esp.2):784-8, 2012.

SILVEIRA, M. F. A.; FELIX, L. G.; ARAÚJO, D. V.; SILVA, L. C. Acolhimento no programa saúde da família: um caminho para humanização da atenção à saúde. *Cogitare enferm.* v. 9, n. 1, p. 71-78, jan./jun. 2004.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife , v. 5, n. 4, p. 493-503, dez. 2005 .

SOUZA, E. C. F. de et al . Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 100-110, jul. 2008.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 726p. Brasília, DF, UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.


STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribuição para os Sistemas de Atenção Primária em Saúde. The Milbank Quartely, Baltimore, v. 83, 2005.

TEDESCO, J. R.; JUNGES, J. R. Desafios da prática do acolhimento de surdos na atenção primária. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1685-1689, ago. 2013.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. Saúde Soc., São Paulo, v. 23, n. 3, p. 869-883, set. 2014.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica: Salvador, 2005-2008. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife, v. 10, supl. 1, p. 131-145, nov. 2010.

ZAVATTI W. Y. Y. Balduino M. A. C. Educação corporativa no setor público: um estudo sobre o tribunal de contas do estado de Goiás. 18f. Trabalho de Conclusão do Curso (Especialização em Gestão Pública) pelo convênio Universidade Católica Dom Bosco/Portal Educação. Goiânia, 2013.



DIMENSIONAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO DA PRODUÇÃO INDEXADA NA BIBLIOTECA VIRTUAL DA SAÚDE 2005-2014

LISIANE PAULA SORDI
RONALDO BORDIN

CONTEXTO

Para Gaidzinski e Fugulin (2008), a insuficiência de pessoal de enfermagem acarreta uma sobrecarga de trabalho aos integrantes da equipe. Além de comprometer a saúde e a qualidade de vida dos trabalhadores, diretamente influencia os resultados da assistência prestada, podendo, inclusive, oferecer riscos aos pacientes, prolongar sua internação e aumentar os custos do seu tratamento.

Gadzinski (1998) ressalta que este cenário evidencia a importância do quadro de pessoal de enfermagem e as implicações éticas e legais a que estão expostos os profissionais e as instituições de saúde, quando não são providos os recursos necessários para o exercício apropriado das atividades assistenciais.

Bordin (2008) apõe que enfermeiras responsáveis pelo gerenciamento dos recursos humanos e pela coordenação da assistência de enfermagem estão frequentemente envolvidas com a necessidade de equacio-

nar problemas relacionados à carência de pessoal. Conseqüentemente, também com a identificação de métodos e parâmetros que subsidiem a realização de estimativas e de avaliações do quadro de pessoal sob sua responsabilidade.

Castilho et al. (2010) asseveram que inúmeros estudos têm sido feitos no sentido de desenvolver e propor métodos de cálculo de pessoal para dimensionamento na área de enfermagem. Dados do Brasil e dos Estados Unidos apontam que os profissionais de Enfermagem representam mais da metade da força de trabalho de um hospital e, dependendo da instituição e da sua remuneração, pode chegar a 63% dos custos com pessoal (AHA, 2001; 2003).

A determinação do número e da composição da equipe é um processo que depende, dentre outros critérios, do tipo e da complexidade do serviço prestado, das necessidades de assistência dos pacientes e do padrão de cuidado pretendido, ou seja, da qualidade do atendimento (GAIDZINSKI, 1998). Para Matos e Pires (2006), a qualidade da assistência de enfermagem pressupõe uma análise da adequação quantitativa e qualitativa de profissionais de enfermagem que, para ter seu resultado realmente satisfatório vai exigir ações bem mais efetivas. Estas ações irão envolver investimento em capacitação, bem como o oferecimento de condições de trabalho que possibilitem o exercício apropriado das funções destes profissionais.

Gaidzinski (1998) alerta que uma parte considerável dos hospitais brasileiros utiliza, para o cálculo de pessoal de enfermagem, a fórmula proposta pela Liga Nacional de Educação em Enfermagem dos Estados Unidos e pela Associação Americana de Enfermeiras. Esta considera, como horas de assistência de enfermagem, números extraídos da realidade daquele país, inadequados devido às profundas diferenças entre a situação dos hospitais americanos e brasileiros.

Na tentativa de resolver o problema de cálculo do número de horas de assistência de enfermagem, tem sido introduzido para dimensionamento de pessoal o chamado Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), que

permite considerar a gravidade do paciente internado no cálculo de pessoal de enfermagem para o setor (GAIDZINSKI, 1991).

Ribeiro (1972) foi quem primeiro apresentou o SCP como proposta a ser utilizada no cálculo de pessoal de enfermagem. Atualmente, existem várias propostas de SCP. Elas se diferenciam na forma de avaliação e no número de categorias que são avaliadas, mas todas são baseadas no cuidado progressivo ao paciente. Perroca (1996), por exemplo, utiliza um instrumento com 13 indicadores de cuidados, com pontuação de um a cinco, que indica a posição em que ele se enquadra no SCP.

A publicação da Resolução COFEN nº 189/96 oficializou o cálculo de pessoal de enfermagem por meio de parâmetros para o quantitativo mínimo dos diferentes níveis de formação dos profissionais de enfermagem, recomendando que o dimensionamento do quadro de profissionais fundamente-se nas características referentes à instituição, ao serviço de enfermagem e à clientela (COFEN, 1996). Essa regulamentação foi atualizada em 2004, por meio da resolução nº 293/2004, que define:

Para o dimensionamento de pessoal, devem ser consideradas as características da instituição e do serviço de enfermagem, assim como a fundamentação legal do exercício profissional Lei nº 7.498/86 e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, além de outras Resoluções e Decisões do Sistema COFEN/COREN. Para implementação da metodologia de cálculos, a clientela atendida deve ser qualificada segundo um Sistema de Classificação de Pacientes (SCP).

Segundo Castilho et al. (2010), no Brasil foram desenvolvidas várias propostas de SCP que consideram o grau de dependência dos pacientes em relação ao cuidado de enfermagem. Existem também outros métodos de classificação de pacientes, fundamentados na concepção de carga de trabalho, como é o caso da *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS), que considera a variável gravidade como diretamente relacionada ao número de intervenções terapêuticas e às horas que o paciente necessita de assistência.

O TISS inclui a versão mais atual denominada *Nursing Activities Score* (NAS), desenvolvido e utilizado para avaliar a carga de trabalho

de enfermagem em UTI adulto (CONISHI; GAIDIZINSKI, 2007). Ele incorpora a diferenciação dos níveis de complexidade dos doentes críticos e atrela a concepção da gestão de pessoas com a performance determinada pela medida da carga de trabalho. O escore total obtido com a pontuação do NAS representa a porcentagem de tempo gasto pela equipe de enfermagem, na assistência direta ao paciente, variando de 0% a 100% ou mais. Com todos esses atributos, o NAS pode ser considerado um instrumento capaz não só de estimar o quantitativo de pessoal, como também de auxiliar no cálculo orçamentário do serviço de enfermagem (QUEIJO; PADILHA, 2009).

O problema, no entanto, é tão denso que vem exigindo novas pesquisas no sentido de propor novos métodos de dimensionamento de pessoal. Dentre estas, pode-se destacar o estudo desenvolvido pela Estação Observatório de Recursos Humanos de São Paulo, que compõe a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Brasil e que trata do dimensionamento de pessoal para hospitais gerais públicos, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) em São Paulo, sendo, porém, aplicável às várias realidades do país.

Esta é uma rede de cooperação técnica regulamentada pelo Ministério da Saúde (MS) e apoiada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS), que já gerou excelentes frutos, como a metodologia de utilização do parâmetro “hora assistencial por paciente” e que preconiza que “os responsáveis pelo gerenciamento de recursos humanos das instituições considerem, além das diretrizes apresentadas na proposta, as peculiaridades institucionais, orientando-se pelos eixos estratégicos” (AHA, 2001).

Considerando que o Dimensionamento de Profissionais de Enfermagem (DPE) está vinculado ao tipo de cuidado necessário a cada paciente, tem sido proposto utilizar como critério, o SCP baseado no Cuidado Progressivo ao Paciente (CPP). Ribeiro (1972) alerta que o CPP, como critério para dimensionar o pessoal de Enfermagem, iniciou de forma empírica nos tempos de Florence Nightingale, que no tratamento a feri-

dos da Guerra da Crimeia, buscava alojar os pacientes que demandavam maior atenção de enfermagem em um mesmo local.

Fugulin et al. (2012) enfatizam que a quantidade e qualidade dos recursos de Enfermagem de um hospital estão associadas aos resultados na assistência que, quando insuficientes ou inadequados, podem levar a inúmeras doenças, entre elas pneumonias, infecção de trato urinário, entre outras de altos níveis de infecções e, inclusive, o aumento no tempo de permanência, problema que acarreta superlotações em hospital por falta de vaga.

Em que pese a evolução do método de cálculo, o DPE segue sendo um grande desafio para os enfermeiros que assumem atividades gerenciais, em geral por fragilidades metodológicas para a realização dos estudos necessários para ajustar os métodos à realidade dos serviços de saúde. Seja por dificuldades metodológicas ou de provimento de pessoal, os hospitais convivem com a inadequação qualitativa e quantitativa dos recursos humanos em enfermagem para o atendimento das necessidades dos pacientes de acordo com a sua complexidade assistencial.

A manutenção desta situação, afirma Perroca (1996), acarreta insatisfações tanto aos usuários dos serviços quanto ao próprio pessoal de enfermagem, pelo desgaste e estresse constantes. A partir desta perspectiva, buscaram-se, na literatura atual, estudos e propostas metodológicas para o DPE, que subsidiassem a realização do cálculo conforme o recomendado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), na Resolução nº 293/2004. Observou-se que existem vários métodos que podem ser utilizados com o intuito de se sistematizar a realidade de cada serviço, no que se refere ao perfil dos usuários atendidos, carga de trabalho da enfermagem, características do trabalho e dos trabalhadores, bem como desenhos metodológicos para o cálculo. Estes desenhos metodológicos são relevantes tendo em vista que o dimensionamento não se resume a aplicação de fórmulas, requerendo a realização de estudos que retratem a realidade de cada serviço.

Algumas variáveis condicionantes que, segundo Picchiaiai (2009), interferem no dimensionamento de pessoas e podem comprometer a to-

mada de decisão se não forem levadas em consideração: (a) política de pessoal estabelecida pela instituição; (b) tipo de clientela e dependência dos serviços prestados pelo hospital; (c) condições de trabalho oferecidas aos funcionários; (d) nível de complexidades dos serviços oferecidos; (e) grau de resolutividade do hospital; (f) grau de tecnologia incorporada pelo hospital; e, (g) planta física, instalações e conservação predial. Parâmetros como regime de trabalho no hospital, jornada de trabalho por funcionários, taxa de cobertura de absenteísmo ou de férias fazem a diferença, com certeza, na definição quanto ao número de pessoas e não podem deixar de ser considerados, assim como os condicionadores relacionados anteriormente.

São considerados Indicadores de Segurança Técnica (IST) o percentual de funcionários a ser acrescido ao quantitativo dimensionado na semana de cinco (5) dias, oito (8) horas de cumprimento diário e contrato de 40 horas semanais. Visam à correção das lacunas provenientes das ausências regulamentadas ou não dos empregados, tais como férias, feriados, faltas, folgas, licenças de saúde, licença maternidade (afinal as mulheres são o maior contingente da força de trabalho dos hospitais), entre outras. Segundo o COFEN (2001), o IST para o pessoal de enfermagem deve ser de, no mínimo, 15%.

O objetivo deste estudo é sistematizar a produção científica existente nas bibliotecas eletrônicas da SciELO, da LILACS e da MEDLINE – integrantes da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) – quanto ao tema dimensionamento de recursos humanos de enfermagem, no período de 2005 a 2014.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, método que permite a incorporação das evidências na prática clínica, com a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre determinado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada (MENDES et al., 2008).

Para sistematizar a produção científica existente e atingir os objetivos específicos de sistematizar segundo o tipo de estudo, o método, os resultados e a conclusão, definiu-se como fonte de pesquisa a biblioteca eletrônica da SciELO, da LILACS e da MEDLINE, integrantes da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), limitando-se às publicações dos últimos dez anos (de janeiro de 2005 a dezembro de 2014), considerando a expressão “dimensionamento de pessoal de enfermagem”.

Para a constituição da amostra, foram selecionados os trabalhos com textos disponíveis na íntegra que abordam a temática “dimensionamento de pessoal” (“dimension of nursing staff”). Foram identificadas 70 publicações, sendo 36 na SciELO, 24 na LILACS e 10 na MEDLINE. Para a seleção dos estudos, após a leitura dos títulos e resumos, foram excluídas 27 publicações duplicadas (23 da LILACS e 4 da MEDLINE), 10 não convergentes à finalidade desta pesquisa (2 da SciELO, 5 da LILACS e 3 da MEDLINE) e 5 não disponíveis na íntegra (todas da MEDLINE), restando um total de 28 referências.

A identificação de cada artigo foi feita utilizando-se a letra A, seguida de ordem numérica, facilitando, assim, sua alusão no texto. Os dados obtidos foram agrupados em dois quadros sinópticos: Quadro 1 – sistematizando os textos segundo título, fonte, ano de publicação, autores e descritores que constam do resumo; e Quadro 2 – sistematizando-os segundo tipo de estudo, método, resultados e conclusão.

Não foi necessário encaminhar esta revisão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), por se fundamentar no emprego de bases de referência bibliográfica de acesso público.

RESULTADOS

No Quadro 1 se encontram os artigos selecionados, sistematizados segundo título, fonte, ano de publicação, autores e descritores presentes nos resumos dos mesmos.

Quadro 1 – Distribuição dos estudos revisados segundo título, periódico e ano de publicação, autores e descritores empregados, 2005 a 2014.

| ID | Título | Fonte | Ano | Autores | Palavras-Chave (Descritores) |
|-----|--|----------------------------|------|-------------------------------|---|
| A01 | Riscos no trabalho de enfermagem em um centro municipal de saúde | Rev. Uerj | 2005 | Farias; Zeitoun; Gollner | Riscos Ocupacionais; Enfermagem do Trabalho; Centros de Saúde; Recursos Humanos de Enfermagem; Carga de Trabalho. |
| A02 | Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário | Rev. Bras. Enferm. | 2005 | Nicola; Anselmi | Recursos humanos de enfermagem; Downsizing Organizacional; Classificação; Pacientes internados. |
| A03 | Sistema de classificação de Pacientes: Identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP | Rev. Esc. Enferm. USP | 2005 | Fugulin; Gaidzinski; Kurcgant | Pesquisa em administração de enfermagem; administração de recursos humanos em hospitais; gerenciamento do tempo. |
| A04 | Carga de trabalho de enfermagem e sua relação com a gravidade dos pacientes cirúrgicos em UTI | Acta Paul. Enferm. | 2006 | Balsanelli; Zanei; Whitaker | Carga de trabalho; Tempo de permanência; Cuidados de enfermagem; Cuidados intensivos; APACHE. |
| A05 | Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital de ensino | Rev. Bras. Enferm | 2006 | Fakih; Carmagnani; Cunha | Enfermagem; Dimensionamento de pessoal; Recursos humanos de enfermagem; cuidados de enfermagem. |
| A06 | Proposta de modelo para dimensionamento do pessoal de enfermagem em assistência domiciliar | Rev. Esc. Enferm. USP | 2007 | Dal Bem; Gaidzinski | Serviços de enfermagem; Recursos humanos de enfermagem; Serviços de assistência domiciliar. |
| A07 | NAS como instrumento para medir carga de trabalho de enfermagem em UTI adulto | Rev. Esc. Enferm. USP | 2007 | Conishi; Gaidzinski | Unidades de Terapia Intensiva; Pacientes/ classificação; Recursos humanos de enfermagem no hospital; Carga de trabalho. |
| A08 | Custo de Pessoal na Assistência Direta de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva | Rev. Latino-am. Enfermagem | 2007 | Telles; Castilho | Custos e análise de custo; cuidados intensivos; enfermagem. |
| A09 | Fatores associados à carga de trabalho de enfermagem em UTI | Rev. Esc. Enferm. USP | 2007 | Gonçalves; Padilha | Carga de trabalho; Recursos humanos; enfermagem no hospital; Unidades de Terapia Intensiva. |

| | | | | | |
|-----|--|---------------------------|------|--------------------------------|--|
| A10 | Visão de coordenadores de enfermagem sobre dimensionamento de pessoal de enfermagem: conceito, finalidade e utilização | Rev. Latino-am Enfermagem | 2007 | Campos; Costa Melo | Downsizing organizacional; enfermagem; organização e administração. |
| A11 | Número de horas de cuidados de enfermagem em unidade de terapia intensiva de adultos | Rev. Esc. Enferm. USP | 2007 | Tranquitelli; Ciampone | Unidades de Terapia Intensiva. Pacientes/classificação. Recursos humanos de enfermagem no hospital. Cuidados de enfermagem/organização & administração. Carga de trabalho. |
| A12 | Carga de trabalho de enfermagem para quantificar proporção profissional de enfermagem/paciente em UTI cardiológica | Rev. Esc. Enferm. USP | 2008 | Ducci; Zanei; Whittaker | Unidades de Terapia Intensiva. Carga de trabalho. Cuidados de enfermagem. Recursos humanos de enfermagem no hospital. |
| A13 | Aplicação do nursing activities score em pacientes de alta dependência de enfermagem | Texto & Contexto Enferm. | 2008 | Lima; Tsukamoto; Fugulin | Carga de trabalho. Administração de recursos humanos. Gerenciamento do tempo. Enfermagem. Cuidados de enfermagem. |
| A14 | NAS: estudo comparativo da aplicação retrospectiva e prospectiva em unidade de terapia intensiva | Acta Paul. Enferm. | 2008 | Ducci; Padilha | UTI/recursos humanos; UTI/estatística & dados numéricos; Carga de trabalho/estatística & dados numéricos; Cuidados de enfermagem/estatística & dados numéricos. |
| A15 | Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças | Rev. Bras. Enferm. | 2009 | Magalhães; Riboldi; Dall'Agnol | Carga de trabalho; Recursos humanos de enfermagem; Cuidados de enfermagem; organização e administração. |
| A16 | Carga de trabalho de enfermagem requerida por adultos, idosos e muito idosos em Unidade de Terapia Intensiva | Rev. Esc. Enferm. USP | 2009 | Souza et al. | Carga de trabalho; Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva; Grupos etários. |
| A17 | Dimensionamento informatizado de profissionais de enfermagem: inovação tecnológica. | Esc. Enferm. USP | 2009 | Gaidzinski et al. | Administração de recursos humanos; Recursos humanos de enfermagem no hospital; Informática em enfermagem; Carga de trabalho. |

| | | | | | |
|-----|---|----------------------------|------|----------------------|---|
| A18 | Implantação de sistema informatizado para planejamento, gerenciamento e otimização das escalas de enfermagem. | Acta Paul. Enferm. | 2009 | Rossetti; Carqui | Recursos humanos de enfermagem no hospital; Sistemas de informação; Sistemas de informação para admissão; escalonamento de pessoal. |
| A19 | Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva para adultos | Acta paul. Enferm. | 2010 | Inoue; Mitsuue. | Gestão de pessoal em saúde; Unidades de terapia intensiva; Downsizing organizacional ; Cuidados críticos; Saúde dos trabalhadores |
| A20 | Reestruturação do quadro de pessoal de enfermagem e seu impacto sobre as horas de assistência | Rev. Latino-Am. Enfermagem | 2010 | Cucolo; Perroca | Recursos Humanos de Enfermagem; Administração de Recursos Humanos; Carga de Trabalho. |
| A21 | Estimativa do quadro de pessoal de enfermagem em um novo hospital | Rev. Latino-am. Enfermagem | 2011 | Rossetti; Gaidzinski | Administração de Recursos Humanos; Administração Hospitalar; Recursos Humanos de Enfermagem no Hospital. |
| A22 | Implicações do dimensionamento do pessoal de enfermagem no desempenho das competências do profissional enfermeiro | Rev. Bras. Enferm. | 2011 | Maya; Simões | Enfermagem; Recursos humanos de enfermagem; Dimensionamento de pessoal; Cuidados de enfermagem. |
| A23 | Influência do dimensionamento da equipe de enfermagem na qualidade do cuidado ao paciente crítico | Texto contexto - enferm. | 2011 | Versa et al. | Downsizing organizacional.; Enfermagem; Qualidade da assistência à saúde; Unidades de terapia intensiva. |
| A24 | Carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de ensino | Acta Paul. Enferm. | 2012 | Panunto; Guirardello | Carga de trabalho; Unidades de Terapia Intensiva; Recursos humanos de enfermagem; Hospitais de ensino; Avaliação em enfermagem. |
| A25 | Tempo de assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação dos parâmetros propostos pela Resolução COFEN nº 293/04 | Rev. Bras. Enferm. | 2012 | Fuginin et al. | Administração de pessoal; Recursos humanos de enfermagem no hospital; Carga de trabalho. |

| | | | | | |
|-----|--|-------------------------------------|------|----------------------|--|
| A26 | Dimensionamento de pessoal: avaliação da enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva obstétrica e pediátrica mista | Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online) | 2013 | Coelho Mendes et al. | Avaliação em enfermagem; Dimensionamento de pessoal; Enfermagem; Carga de trabalho; Unidades de terapia intensiva. |
| A27 | Dimensionamento de pessoal de enfermagem nos serviços hospitalares: revisão integrativa da literatura | Rev. Eletr. Enf. | 2013 | Meneguetti et al. | Downsizing Organizacional; Enfermagem; Recursos Humanos de Enfermagem no Hospital. |
| A28 | Dimensionamento de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: evidências sobre o Nursing Activities Score | Rev.Bras. Enferm. | 2014 | Ferreira et al. | Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva; Carga de Trabalho. |

No Quadro 2, os mesmos textos sistematizados segundo tipo de estudo, método, resultados encontrados e conclusão.

Quadro 2 – Tipo de estudo, método, resultados e conclusão dos artigos revisados

| ID | Tipo de Estudo | Método | Resultado | Conclusões |
|-----|--|--|--|---|
| A01 | DPE em clínicas diversas. | A pesquisa foi realizada nos anos de 2001 e 2002, em Centro Municipal de Saúde do RJ. Participaram do estudo 34 prof de enfermagem que atuam na Unidade. | Identificaram-se as cargas biológicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas como as mais citadas entre os profissionais e a precária utilização de proteção por parte dos mesmos. | Necessidade de enviaar esforços para treinamento da equipe quanto à utilização de normas de biossegurança e ampliação do espaço físico da unidade. |
| A02 | DPE em hospital universitário; downsizing como técnica para o enxugamento organizacional | Utilização de uma fórmula que considera o cuidado progressivo; cálculo do IST; adaptação e teste do SCP; aplicação de questionário. | Existe um déficit de 91 enfermeiros e 70 técnicos ou auxiliares, o que representa 161 funcionários a menos que o necessário. | O estudo permitiu alcançar o número de pessoal necessário para cada um dos setores do hospital. O IST atendeu à finalidade de cobrir as ausências, o SCP usado é adequado, exceto para dois setores, e a fórmula empregada para os setores de interação é adequada. |

| | | | | |
|-----|--|---|---|--|
| A03 | DPE em UTI de Hospital Universitário; carga de trabalho através do SCP; reconstruir o SCP proposto por Perroca | Foi utilizado o instrumento de classificação de pacientes, desenvolvido e implantado na Unidade de Clínica Médica do HU-USP | Permitiu avaliar a adequação do instrumento de classificação de pacientes utilizado, bem como forneceu informações acerca do perfil assistencial dos pacientes e da carga de trabalho existente em cada Unidade de Internação. | Subsidiou as decisões gerenciais referentes à alocação de recursos humanos, ao planejamento da assistência e à organização dos serviços frente à demanda da clientela assistida. |
| A04 | DPE em UTI | Coleta de dados realizada de setembro de 2002 a fevereiro de 2003 incluiu 143 pacientes de três UTI's de um Hospital Escola do município de São Paulo | Os pacientes não sobreviventes obtiveram médias dos escores APACHE II e TISS-28 mais elevadas quando comparadas às médias dos sobreviventes. Aqueles que permaneceram por mais tempo nas UTI's obtiveram escores TISS-28 mais elevados, mostrando maior número de horas de cuidados de enfermagem. Os pacientes com escores APACHE II mais elevados apresentaram médias de horas de CE estatisticamente superiores. | A carga de trabalho de enfermagem relacionou-se com a gravidade da doença, a sobrevida e o tempo de permanência dos pacientes cirúrgicos na UTI. |
| A05 | DPE em unidades de hospital de ensino; carga de trabalho através da Resolução COFEN n.º 293/2004 | Utilizado instrumento de classificação de paciente baseado nos modelos propostos por Fugulin e Perroca | Maior parte dos pacientes (42%) encontra-se no nível de complexidade intermediária e o tempo de assistência foi maior nos pacientes classificados como de cuidados intensivos (42%). | Há um déficit de 205 enfermeiros e um excedente de 284 profissionais de nível médio. |

| | | | | |
|-----|--|--|--|---|
| A06 | DPE em clínicas diversas; identifica critérios adotados na assistência domiciliária (AD) | Estudo com 48 profissionais de 4 instituições públicas e 20 privadas. Entrevistas semiestruturadas gravadas, no período de abril a julho de 2004 | Com base nas variáveis: identificação da carga média diária de trabalho; determinação da proporção das categorias profissionais; jornada de trabalho dos profissionais de enf e identificação do IST para cobertura de ausências previstas e de não previstas, foi proposto modelo para calcular o quadro de profissionais de enf em AD, agilizando o processo de tomada de decisão. | O modelo de AD adotado pelo serviço público difere do setor privado por não oferecer a internação domiciliária, tornando-os distintos nesse aspecto. O atendimento domiciliário e o monitoramento de doenças crônicas, em ambos os serviços são realizados por uma equipe multidisciplinar. |
| A07 | DPE em UTI adulto em hospital da rede privada; carga de trabalho através do NAS. | Classificados 33 pacientes: idade média: 70,4 anos 66,7% do sexo masc; perm média na UTI: 17 dias; SAPSII: 41,7; risco de morte: 33,5%; 63,6% transferidos para Unidades de Cuidados Semi-Intensivos, 18,2% evoluíram a óbito. | Obtiveram-se 396 medidas por turnos (134-manhã; 132-tarde; 130-noturno), média de 55,4 (+/-12,3) e 147 medidas de NAS de 24h, média de 69,6 (+/-18,2). Obtiveram-se 396 medidas por turnos (134-manhã; 132-tarde; 130-noturno), média de 55,4 (+/-12,3) e 147 medidas de NAS de 24h, média de 69,6 (+/-18,2). | O instrumento mostrou-se mais adequado à aplicação em 24 horas que por turnos, tendendo a refletir o número de profissionais efetivo, revelando-se interessante instrumento de classificação de pacientes e carga de trabalho de enfermagem em terapia intensiva. |
| A08 | DPE em UTI | Utilização de um índice de TISS-28. | O custo com pessoal é variável, pois há pacientes com complexidades bem diferentes, sendo possível, por meio da avaliação da carga de trabalho da equipe de enfermagem, estabelecer estimativas individuais do custo. | Apurar o custo por um índice de gravidade mostrou-se método lógico e relativamente simples de alocação de custos por paciente em unidade de terapia intensiva. |

| | | | | |
|-----|--|---|--|--|
| A09 | DPE em UTI em hospital privado; DPE em base a tomada de decisão; carga de trabalho através do NAS. | Realizado em abr de 2002 e out de 2004. Os dados foram extraídos de um banco de dados que reuniu informações de 5 UTI's de dois hospitais privados e a amostra foi constituída por 214 pacientes adultos que ficaram no mínimo 24 horas na UTI. | A média do escore total do NAS foi de 69,9% e mediana de 68,0%. Verificou-se, segundo a mediana, que 109 (50,9%) indivíduos tiveram alta carga de trabalho de enfermagem e 105 (49,1%) baixa carga. | O único fator preditor da elevada carga de trabalho de enfermagem na UTI foi o tempo de permanência na Unidade. Características como idade, tipo de tratamento, gravidade e demais variáveis não interferiram na demanda de trabalho de enfermagem no primeiro dia de internação do paciente na UTI. |
| A10 | DPE em unidades de internação em geral; downsizing como técnica para o engajamento organizacional. | Dados coletados em junho e julho de 2003, por meio de entrevista gravada, conduzida por roteiro contendo três questões norteadoras do estudo. | A definição apreendida vem ao encontro daquelas encontradas na literatura e, quanto à finalidade, serve à previsão dos profissionais, garante a operacionalização do trabalho de enfermagem, atende à expectativa do cliente com relação às suas necessidades, provê os setores de pessoal e garante a distribuição desses, na escala. | Este estudo permite afirmar que o enfermeiro não tem utilizado toda a instrumentalização para o uso do dimensionamento de pessoal de enfermagem. Sabe das suas necessidades, porém, não tem conseguido aplicar e desenvolver esse instrumental, para adequar o seu quantitativo de recursos humanos. |
| A11 | DPE em UTI adulto em hospital da rede privada; carga de trabalho através do SCP; compara o quadro de pessoal real com o ideal. | Procedimentos de enfermagem classificados de acordo com sua complexidade: baixa, média e alta. Cronometrado tempo médio despendido nos procedimentos, visando encontrar o tempo médio de assistência direta de enfermagem. | Metodologia utilizada mostrou-se útil para o cálculo do número de horas de cuidado direto uma vez que permite a seleção dos procedimentos, de acordo com a especificidade da assistência prestada. | Registro do tempo despendido permitiu chegar ao número médio de horas de assistência direta de enfermagem prestada na UTI. Necessidade de prosseguir estudando o assunto, desvelar suas outras variáveis como, os escores definidos em SCP por intervenção terapêutica que vêm sendo estudados e utilizados em UTI; além das ausências previstas e não previstas para se estabelecer os IST's, compatíveis com cada realidade. |

| | | | | |
|-----|---|---|---|---|
| A12 | DPE em UTI cardiológica; carga de trabalho através do NAS | Os dados foram coletados em um hospital-escola de outubro a novembro de 2004. A amostra, constituída de 55 pacientes, totalizou 283 medidas de carga de trabalho. | A carga de trabalho mensurada pelo NAS (73,7%) foi estatisticamente superior ao do TISS-28 (62,2%) e ao do NEMS (59,7%). A proporção média de profissionais de enfermagem por paciente, estimada pelo NAS, TISS-28 e NEMS foi inferior ao observado na unidade. | O NAS quantificou maior carga de trabalho de enfermagem e apresentou uma relação profissional de enfermagem por paciente mais próxima ao observado na unidade estudada. |
| A13 | DPE em unidades de internação em geral; carga de trabalho através do NAS | A coleta de ocorreu de 13/07 a 01/08 de 2007, por meio de consulta aos prontuários dos pacientes internados na enfermaria de alta dependência de uma Unidade de Clínica Médica. | O paciente classificado como alta dependência de enfermagem necessita, em média, de 12,3 horas de assistência nas 24 horas. | O instrumento demonstrou ser aplicável, sendo necessário o estabelecimento de diretrizes para a sua aplicação. |
| A14 | DPE em UTI; carga de trabalho através do NAS | NAS aplicado prospectiva e retrospectivamente. Utilizou-se o t-student, Coeficiente de Pearson e ICC. Para a concordância entre cada item utilizou-se o Kappa. | Houve diferença entre as médias do NAS prospectivo e retrospectivo. | O NAS prospectivo apresentou bom desempenho para a medida de carga de trabalho de enfermagem na UTI. |
| A15 | DPE em unidades de internação em geral | Retrospectiva da evolução das pesquisas sobre DPE no país e a incorporação de novos instrumentos para avaliação da carga de trabalho. | Reflexão e análise sobre o estágio do desenvolvimento das questões que envolvem o planejamento de recursos humanos de enfermagem em nossa realidade. | Os estudos apontam a necessidade de aprofundar o tema em questão, ampliando o foco de entendimento sobre as variáveis, considerando toda a complexidade e especificidade do trabalho nas organizações de saúde. |
| A16 | DPE em UTI's gerais de quatro hospitais; carga de trabalho através do NAS | Amostra: 600 pacientes com idade > 18 anos, admitidos de agosto de 2006 a janeiro de 2007 e que permaneceram na unidade 24 horas ou mais, em hospitais de diversos portes. | Os resultados apontaram que, independente da idade, houve similaridade da carga de trabalho de enfermagem na admissão, bem como na evolução das demandas de cuidados dos pacientes. | A idade interferiu somente em aspectos específicos da carga de trabalho de enfermagem requeridos por pacientes internados em UTI's. |

| | | | | |
|-----|---|--|---|---|
| A17 | DPE em unidades de interação em geral. Sistemas de informática e aplicativos no DPE | O método seguiu as fases de concepção, detalhamento e construção e prototipagem de Sistemas de Informática e aplicativos no DPE | O programa Dimensionamento de Profissionais de Enfermagem - DIPE é uma ferramenta que operacionaliza o dimensionamento, fundamentado na carga de trabalho da unidade, para a adequada relação profissionais/pacientes, segundo os tipos de cuidado. | A incorporação desse avanço tecnológico constitui importante estratégia gerencial para a melhoria da qualidade da atenção à saúde. |
| A18 | DPE em unidades de interação em geral; Sistemas de informática e aplicativos no DPE | Foi desenvolvido o Sistema de Gerenciamento e Otimização de Recursos na plataforma tecnológica dot.Net da Microsoft®. | Facilita e permite a elaboração e o gerenciamento das escalas mensais de trabalho, reduzindo o tempo utilizado na confecção e garantindo segurança na informação e agilidade na obtenção de dados. | É possível observar ganhos e oportunidades de melhoria tanto no sistema como no processo de planejamento e gerenciamento das escalas de enfermagem. |
| A19 | DPE em UTI adulto; carga de trabalho através do NAS; downsizing como técnica para o enxugamento organizacional. | Realizada na UTI-A de um hospital-escola do Paraná, entre novembro/2007 e maio/2008. A população constituiu-se de 107 pacientes que permaneceram mais de 24 horas nessa unidade. | A média do NAS aponta para alta carga de trabalho de enfermagem; a equipe de enfermagem do setor deve contar com 40 profissionais ao invés de 28; a proporção de 35,7% de enfermeiros não corresponde com o recomendado que é de 52,5%. | Os dois métodos utilizados contribuem para um dimensionamento do pessoal de enfermagem mais adequado às necessidades desse serviço. |
| A20 | DPE em unidades de interação em geral; | Utilizou-se o método proposto por Gaidzinski e a equação proposta pelo Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH). | Necessidade de acréscimo de 33% no quadro de pessoal, com aumento de 68,4% de enfermeiros e de 15,6% no número de téc/ aux de enf. Na situação projetada, as horas de assistência variaram de 5,7 a 7,2. | O quantitativo de enfermagem e o tempo médio dispensado aos pacientes revelaram-se inadequados às necessidades de atendimento da clientela, podendo comprometer a qualidade da assistência. |

| | | | | |
|-----|---|---|--|--|
| A21 | DPE em hospital novo; carga de trabalho através do SCP; comparar o quadro de pessoal real com o ideal | O quadro de enfermagem foi projetado segundo o método do COFEN. Os resultados foram comparados com o dimensionamento de dois hospitais semelhantes, já em funcionamento. | Diferença significativa quando se comparou a relação enfermeiro/técnico/auxiliar de enfermagem, recomendada pelo COFEN, nos três hospitais, decorrente do reduzido quadro de enfermeiros, nas UTI's. | Após um ano da inauguração, foi necessário rever o quadro de enfermagem projetado, considerando as informações reais para justificar o custo do pessoal de enfermagem e avaliar as decisões tomadas até o momento. |
| A22 | DPE em unidades de internação em geral | Classificação diária dos clientes por instrumento apropriado e aplicou-se a metodologia proposta pelo COFEN | Inadequação no quantitativo da categoria enfermeiro e a necessidade de sensibilizar a equipe multiprofissional para a adoção de uma metodologia de trabalho que proporcione qualidade à assistência. | O dimensionamento de pessoal gera implicações diretas no desempenho das competências do enfermeiro; um dimensionamento inadequado resulta em prejuízo na qualidade da assistência. |
| A23 | DPE em UTI adulto; downsizing como técnica para o enxugamento organizacional | Publicações científicas, das principais bases eletrônicas, veiculadas em periódicos de acesso livre e eletrônico, referentes à última década (janeiro de 2000 a janeiro de 2010), nos idiomas inglês, português e espanhol. | Obteve-se um total de 10 publicações, dentre as quais três avaliaram a incidência de mortalidade e extubação acidental no pós-operatório; três avaliaram os reflexos resultantes da redução no número de enfermeiros; dois avaliaram o desenvolvimento de infecções; e um, respectivamente, avaliou a incidência de quedas e de pneumonia associada à ventilação mecânica. | Relação entre o subdimensionamento de trabalhadores da enfermagem e o aumento nas taxas de infecções, mortalidade, quedas, pneumonia associada à ventilação mecânica e extubação acidental. A equipe de enfermagem deve ser dimensionada de acordo com a gravidade e a necessidade da clientela. |
| A24 | DPE em clínicas diversas; carga de trabalho através do NAS. | Uso do NAS durante 33 dias em uma UTI com capacidade para 18 leitos. | Foram 574 observações, obtidas do registro de 107 pacientes e a média da pontuação do NAS foi de 62,2%. | O NAS constitui-se em um importante instrumento para mensurar a carga de trabalho de enfermagem em UTI. |

| | | | | |
|-----|---|---|---|---|
| A25 | DPE em UTI adulto de seis hospitais públicos e privados. Carga de trabalho segundo COFEN | Cálculo do quantitativo médio diário de profissionais necessários conforme COFEN. Resultados comparados com os existentes nas unidades. | As proporções recomendadas pelo COFEN são superiores às utilizadas pelos hospitais estudados. | Evidenciaram-se as contribuições para a validação dos parâmetros indicados pelo COFEN para o DPE em UTI adulto. |
| A26 | DPE em UTI obstétrica e pediátrica mista. | Calculou-se o dimensionamento de enfermagem e foram realizadas 13 entrevistas semiestruturadas, analisadas segundo Bardin. | A UTI Pediátrica Mista possui correto quantitativo de pessoal e na Obstétrica há redução do quadro. As unidades possuem déficit de enfermeiros e uma incorreta distribuição por categoria/leito. | O dimensionamento de enfermagem sem conformidade com a legislação vigente pode comprometer a qualidade dos cuidados oferecidos, sobretudo em unidades de cuidados críticos. |
| A27 | DPE em unidades de internação em geral; downsizing como técnica para o enxugamento organizacional | Selecionados 27 artigos das bases de dados LILACS, MEDLINE e CINAHL com descritor downsizing organizacional e a palavra-chave dimensionamento de pessoal de enfermagem nos anos de 2000 a 2012. | O enfermeiro conhece os métodos de DPE e nem sempre os utiliza de forma adequada; os parâmetros e instrumentos existentes são apropriados para realizar tal dimensionamento; existe uma diversidade no nível de complexidade dos pacientes; muitos campos de trabalho apresentaram escassez de pessoal. | Necessidade de uso sistemático de instrumentos para o dimensionamento. |
| A28 | DPE em terapia intensiva UTI; carga de trabalho através do NAS | Revisão realizada nas bases de dados SCOPUS, CINAHL, PUBMED e LILACS, em junho de 2013, sendo incluídos 18 artigos publicados a partir de 2002. | A média do NAS foi maior que 50%, refletindo incoerência com o dimensionamento preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil. | Quando comparado a outros instrumentos de mensuração de carga de trabalho de enfermagem, o NAS apresentou-se como mais adequado para estimar o quantitativo de profissionais de enfermagem em UTI adulto. O NAS apresenta grande potencial de expansão em função dos resultados eficazes encontrados com seu uso até o momento. |

DISCUSSÃO

O periódico que lidera publicações com a temática é a *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, com 9 (32%) artigos. O ano de maior número de publicações foi 2007, com 6 artigos. A partir de 2006, houve um aumento do número de publicações no tema, o que pode estar relacionado com a publicação da Resolução COFEN nº 293/2004.

Os autores que mais se destacam são Gaidzinski (A03, A06, A07, A17, A21, A25) com autoria de 6 artigos, seguido por Fugulin com 4 referências (A03, A13, A17, A25) e Padilha com 3 estudos (A09, A14, A16), sendo que Gaidzinski e Fugulin compartilham a autoria de 3 artigos (A03, A17, A25).

O descritor que maior número de vezes é utilizado é “recursos humanos de enfermagem” com 16 menções (A01, A02, A05, A06, A07, A11, A12, A15, A17, A18, A20, A21, A22, A24, A25, A27), seguido de “carga de trabalho” com 14 (A01, A04, A07, A09, A11, A12, A13, A15, A16, A17, A20, A25, A26, A28) e “cuidados de enfermagem” com 7 (A04, A11, A12, A13, A14, A15, A22).

As investigações acerca da temática ocorreram na área de terapia intensiva UTI em 15 estudos (A03, A04, A07, A08, A09, A11, A12, A14, A16, A19, A23, A24, A25, A26, A28), em unidades de internação em geral, com 9 artigos (A05, A10, A13, A15, A17, A18, A20, A22, A27) e em clínicas diversas, com 4 referências (A01, A02, A06, A21). Dos quinze estudos que investigam uma UTI, cinco deles foram realizados em UTI adultos (A07, A11, A19, A23, A25), um em UTI cardiológica (A12), um em UTI obstétrica e pediátrica mista (A26) e 8 abordam o estudo em UTI gerais (A03, A04, A08, A09, A14, A16, A24, A28).

Validado no Brasil, para mensurar a carga de trabalho de enfermagem em UTI, o NAS é o instrumento mais completo, pois além de contabilizar o tempo de procedimentos e intervenções terapêuticas considera atividades administrativas e de suporte aos familiares dos pacientes. O NAS pode ser considerado um instrumento capaz não só de estimar o

quantitativo de pessoal, como também, de auxiliar no cálculo orçamentário do serviço de enfermagem (QUEIJO; PADILHA, 2009). Alguns estudos avaliam carga de trabalho através do NAS na Unidade de Terapia Intensiva (A07, A09, A12, A13, A14, A16, A19, A24, A28), enquanto que outros autores utilizam o SCP, que, segundo Gaidzinski (1991), permite considerar a gravidade do paciente internado no cálculo de pessoal de enfermagem para o setor (A02, A03, A11, A21).

Dois estudos (A21, A22) evidenciam correspondência entre o número reduzido de enfermeiros e piores resultados assistenciais, tais como infecção relacionada à assistência à saúde, pneumonia e aumento no tempo de permanência hospitalar. Há evidências de que as cargas de trabalho são responsáveis pelo desgaste dos profissionais, influenciando a ocorrência de acidentes, problemas de saúde e absenteísmo. A aplicabilidade da Resolução COFEN nº 293/2004 foi avaliada nestes estudos e mostra que o número de horas médias de assistência, preconizado pelo COFEN, possibilita atender às necessidades assistenciais dos pacientes, por meio do processo de enfermagem, e constitui importante referencial para o DPE nas instituições hospitalares, o que corrobora com Gaidzinski e Fugulin (2008), quando afirmam que a insuficiência de pessoal de enfermagem acarreta uma sobrecarga de trabalho aos integrantes da equipe e comprometem a saúde e a qualidade de vida dos trabalhadores, influenciando nos resultados da assistência prestada, podendo oferecer riscos aos pacientes.

Para Chiavenato (2003, p.225), *downsizing* é um enxugamento que se faz “por meio da redução de níveis hierárquicos ao essencial, eliminando posições do nível intermediário, a fim de aproximar o nível operacional do nível institucional e simplificar e compactar as organizações”, ou seja, é o achatamento da empresa. O *downsizing* é uma das técnicas empregadas para tornar a empresa ágil e competitiva, e normalmente é a primeira ferramenta utilizada para iniciar processos de horizontalização nas empresas e reestruturação dos recursos humanos. Esta técnica se resume no enxugamento organizacional reduzindo suposta burocracia e

consequentemente custos administrativos. Neste sentido, encontraram-se, nas referências estudadas, 5 artigos que abordam este tema (A02, A10, A19, A23, A27).

Três estudos (A02, A05, A09) envolveram um grande número de pacientes, diferentes sistemas de classificação e mensuração da carga de trabalho e análise de mais de uma unidade de internação e foram realizados em hospitais de ensino.

Segundo Castilho et al. (2010), além do SCP e do NAS, existem também outros métodos de classificação de pacientes, fundamentados na concepção de carga de trabalho, como é o caso da TISS, que considera a variável gravidade como diretamente relacionada ao número de intervenções terapêuticas e horas que o paciente necessita de assistência.

No estudo A10, verifica-se a abordagem do conhecimento e aplicabilidade do dimensionamento no cotidiano dos enfermeiros e foi realizado com coordenadores de enfermagem, analisando a visão destes sobre DPE, com o objetivo de conceituar dimensionamento de pessoal e revelar qual a finalidade e utilização da estimativa de recursos humanos em enfermagem. Os autores concluíram que o enfermeiro não tem utilizado toda a instrumentalização para o uso do DPE. Os profissionais pesquisados referiram saber das suas necessidades, porém, não terem conseguido aplicar e desenvolver esse instrumental para adequar o seu quantitativo de recursos humanos.

Fugulin et al. (2012) esclarecem que, apesar da evolução do método de cálculo, o DPE segue sendo um grande desafio para os enfermeiros que assumem atividades gerenciais, em geral por fragilidades metodológicas para a realização dos estudos necessários para ajustar os métodos à realidade dos serviços de saúde, implicando na coexistência dos hospitais com a inadequação qualitativa e quantitativa dos recursos humanos em enfermagem, para o atendimento das necessidades dos pacientes, de acordo com a sua complexidade assistencial.

Estudo publicado em 2007 (A06) objetivou identificar os critérios adotados por gerentes e enfermeiras para o dimensionamento do pesso-

al de enfermagem na assistência de enfermagem domiciliária (AD). Os critérios considerados pelos gerentes e enfermeiras, de serviços públicos e privados na AD, compreendiam a elegibilidade do paciente, o tempo despendido na assistência e o perfil de competência profissional.

Estudos que tinham por objetivo comparar o quadro de pessoal real com o ideal (A05, A11, A21, A25) mostram que há déficit no número de pessoas e que é grande a diferença entre o número de enfermeiros proposto pela Resolução COFEN 293/04 e o número encontrado nas instituições. Essa discrepância no quadro de pessoal de nível técnico e superior foi ratificada nos 4 estudos, sendo que (A05, A11, A25) utilizaram o método recomendado pelo COFEN e o (A21) a metodologia proposta pela Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde do Brasil, que Castilho *et al.* (2010) apontam tratar do dimensionamento de pessoal para hospitais gerais públicos, no contexto do SUS em São Paulo, sendo, porém, aplicável às várias realidades do país.

Destaca-se, neste contexto, o estudo (A20) que objetivou dimensionar e avaliar a adequação do quadro de profissionais de enfermagem e sua implicação no desempenho das competências do enfermeiro evidenciando que o dimensionamento de pessoal gera implicações diretas no desempenho das competências desse profissional; portanto, um dimensionamento inadequado resulta em prejuízo na qualidade da assistência.

O dimensionamento de pessoal pode embasar a tomada de decisão (A09), mantém o quadro de pessoal adequado às complexidades dos pacientes e à carga de trabalho que estes representam para a enfermagem e, além disso, pode ser utilizado como ferramenta para definir a contratação de profissionais para novos hospitais. É um desafio complexo e passível de consequências decidir o número de pessoas que devem ser contratadas para a abertura de uma nova instituição.

O artigo identificado como (A10) aponta que o enfermeiro necessita desenvolver as competências gerenciais que permitem mobilizar, articular, colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades para o excelente desempenho profissional, gerando resultados satisfatórios, com

eficiência e eficácia. Entretanto, não raro, as ferramentas necessárias para realizar o dimensionamento de pessoal não são de domínio entre a maioria dos profissionais de enfermagem. Em seu dia-a-dia é imperioso que efetue mudanças em sua prática, de forma a integrar os objetivos das organizações com as necessidades da equipe de enfermagem.

Devido, principalmente, às justificativas orçamentárias, as lideranças ainda enfrentam resistências para adequar o número de pessoal à demanda de atendimento nas instituições de saúde. O refinamento de SCP também é de fundamental importância para a geração de dados válidos e confiáveis e facilitar sua aplicabilidade para realizar o cálculo do dimensionamento. Estudo publicado em 2005 (A03) objetivou reconstruir o SCP proposto por Perroca (1996), que continha áreas de cuidado, e avaliou a validade de conteúdo de uma nova versão que passou a ser constituída por nove áreas de cuidado.

Estudos mostram que o desenvolvimento de sistemas de informática e aplicativos constitui grande avanço para o ensino e a pesquisa no que tange ao gerenciamento de pessoas (A17, A18). A não existência no mercado de produtos que atendessem às necessidades identificadas determinou a disposição de desenvolver um sistema informatizado em um serviço. Segundo estudo (A18), as relações paciente-enfermeiro e paciente-técnico/ auxiliar de enfermagem estabelecidas não consideraram o SCP baseando-se, apenas, na experiência e observação empírica das lideranças. No estudo A17 é apresentado o programa computacional denominado de Dimensionamento de Profissionais de Enfermagem – DIPE, que se constitui em inovação tecnológica e está disponível por meio de uma plataforma *Web* livre. Esse sistema disponibiliza a projeção do quadro de profissionais de enfermagem para unidades de internação de instituições hospitalares calculando: a distribuição da carga de trabalho de enfermagem quantitativa e qualitativa para a adequada relação profissionais/pacientes, o IST para cobertura das ausências previstas (folgas e férias) e não previstas (faltas e licenças) e o tempo despendido na jornada de trabalho para as pausas do trabalhador.

O artigo identificado como A19 analisa o dimensionamento do pessoal de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva de Adultos através da aplicação do NAS e da Resolução COFEN n.º 293/2004, em um hospital-escola do Paraná, entre novembro/2007 e maio/2008. A média do NAS (697,3 pontos) aponta para alta carga de trabalho de enfermagem; a equipe de enfermagem do setor tem 28 profissionais, quando deveria contar com 40, e a proporção de 35,7% de enfermeiros não corresponde ao recomendado, que é de 52,5%. Já o A07 faz uma pesquisa de campo, prospectiva, quantitativa, descritiva-exploratória, realizada na UTI geral/adulto de um hospital privado do município de São Paulo, com o objetivo de avaliar o NAS como medida de carga de trabalho de enfermagem, sua aplicabilidade por turnos e sua correspondência com o quantitativo de enfermagem efetivo. O estudo A11 considera que o adequado DPE em uma UTI tem sido uma grande preocupação para os enfermeiros que nela atuam, a despeito dos diferentes modelos de classificação dos pacientes propostos, no âmbito nacional e internacional. Trata-se de um estudo de caso, com o objetivo de estabelecer o tempo médio despendido na assistência direta de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva geral e calcular o número médio de horas de assistência direta de enfermagem prestada a esses pacientes. O estudo foi realizado em um hospital geral da rede privada do município de São Paulo.

CONCLUSÃO

Do total de 28 textos selecionados, a *Revista da Escola de Enfermagem da USP* foi a que apresentou maior número de referências (9 artigos), 2007 foi o ano com maior número de publicações (6 artigos) e o descritor mais empregado foi “recursos humanos de enfermagem”, seguido de “carga de trabalho” (mencionados 16 e 14 vezes, respectivamente).

Enquanto serviço onde foram realizados, 15 artigos abordam a UTI, 9 as unidades de internação em geral e 4 clínicas diversas. São 9 es-

tudos que avaliam carga de trabalho através do NAS, enquanto que 4 autores utilizam o SCP.

Apenas 4 referências abordam a diferença entre o número de enfermeiros proposto pela Resolução COFEN 293/04 e o número encontrado nos diversos serviços, apontando para um déficit no número de profissionais atuantes.

Os estudos efetuados apontam que o enfermeiro tem buscado instrumentos que lhe deem alguma objetividade para levantar a carga de trabalho em sua área de atuação. Observa-se que vários sistemas de verificação de carga de trabalho na enfermagem foram criados na tentativa de avaliar o tipo de paciente atendido. Embora os critérios sejam diferentes em alguns aspectos, todos eles trouxeram contribuição para a avaliação dos pacientes e de suas necessidades de cuidados pela equipe de enfermagem. Acredita-se que os sistemas de escores aplicados na UTI têm se tornado também uma importante ferramenta para medir o desempenho nestas unidades.

Os estudos evidenciam que o enfermeiro conhece os métodos de dimensionamento de pessoal, porém nem sempre os utiliza adequadamente; que os parâmetros e instrumentos existentes são apropriados para realizar tal dimensionamento; que existe uma diversidade no nível de complexidade dos pacientes e muitos campos de trabalho apresentaram escassez de pessoal.

REFERÊNCIAS

AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION, AHA. The hospital workforce shortage: immediate and future. Trendwatch, v.3, n.2, p.1-8, 2001.

AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION, AHA. Cost of caring: key drivers of growth in spending on hospital care. 2003. Disponível em: <http://www.aha.org/aha/content/2003/pdf/PwCcostsReport.pdf>. Acesso em 25 nov. 2014.

BORDIN, LC. Distribuição do tempo das enfermeiras: identificação e análise em unidade médico-cirúrgica. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, USP, 2008.

CASTILHO, V; FUGULIN, FMT; GAIDZINSKI, RR. Gerenciamento de custos nos serviços de enfermagem. In: KURCGANT, P, coord. Gerenciamento em enfermagem. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 169-80.

COFEN - Enfermagem ocupa a segunda posição em criação de postos de trabalho no país. 08/07/2013. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/enfermagem-ocupa-a-segunda-posicao-em-criacao-de-postos-de-trabalho-no-pais_20290.html. Acesso em: 27 mar. 2015.

COFEN - Conselho Regional de Enfermagem. Resolução n. 293/2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem. Disponível em: <http://www.portalcoren-rs.gov.br/index.php?categoria=profissional&pagina=resolucoes>. Acesso em 25 nov. 2014.

CONISHI RMY, GAIDZINSKI, RR. Avaliação do NAS (Nursing Activities Score) como instrumento de medida de carga de trabalho em UTI geral adulto. Rev. esc. Enferm. USP, v.41, n.3, p.346-54, 2007.

FERREIRA, H. L. Downsizing. 2004. Disponível em: [http:// amigonerd.net/trabalho/20583-downsizing](http://amigonerd.net/trabalho/20583-downsizing). Acesso em: 25 fev. 2015.

FUGULIN FMT *et al.* Tempo de assistência de Enfermagem em unidade de terapia intensiva: avaliação dos parâmetros propostos pela Resolução COFEN nº293/04. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v.20, n.2, maio/abril 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_15.pdf . Acesso em 23 nov. 2014.

GAIDZINSKI RR. Dimensionamento de pessoal de enfermagem. In: Kurcgant P, organizador. Administração em Enfermagem. São Paulo: E.P.U., 1991. p. 91-6.

GAIDZINSKI, RR. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares. Tese Livre Docência. São Paulo, SP: Universidade de São Paulo, USP, Escola de Enfermagem, 1998.

GAIDZINSKI RR, FUGULIN FMT. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em unidade de terapia intensiva. IN: Associação Brasileira de Enfermagem: Maria Madalena Leite (org.). Programa de atualização em Enfermagem: saúde do adulto (PROENF) - Ciclo 3 - Módulo 3. Porto Alegre: Artmed/Panamerican, 2008. p.65-96.

KURCGANT, P. *et al.* Subsídios para a estimativa de pessoal de enfermagem. Enfoque, v. 17, n. 3, p. 79-81, 1989.

MATOS E; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. Texto & Contexto Enfermagem, v.15, n.3, set. 2006 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000300017&script=sci_arttext. Acesso em 24 nov. 2014.

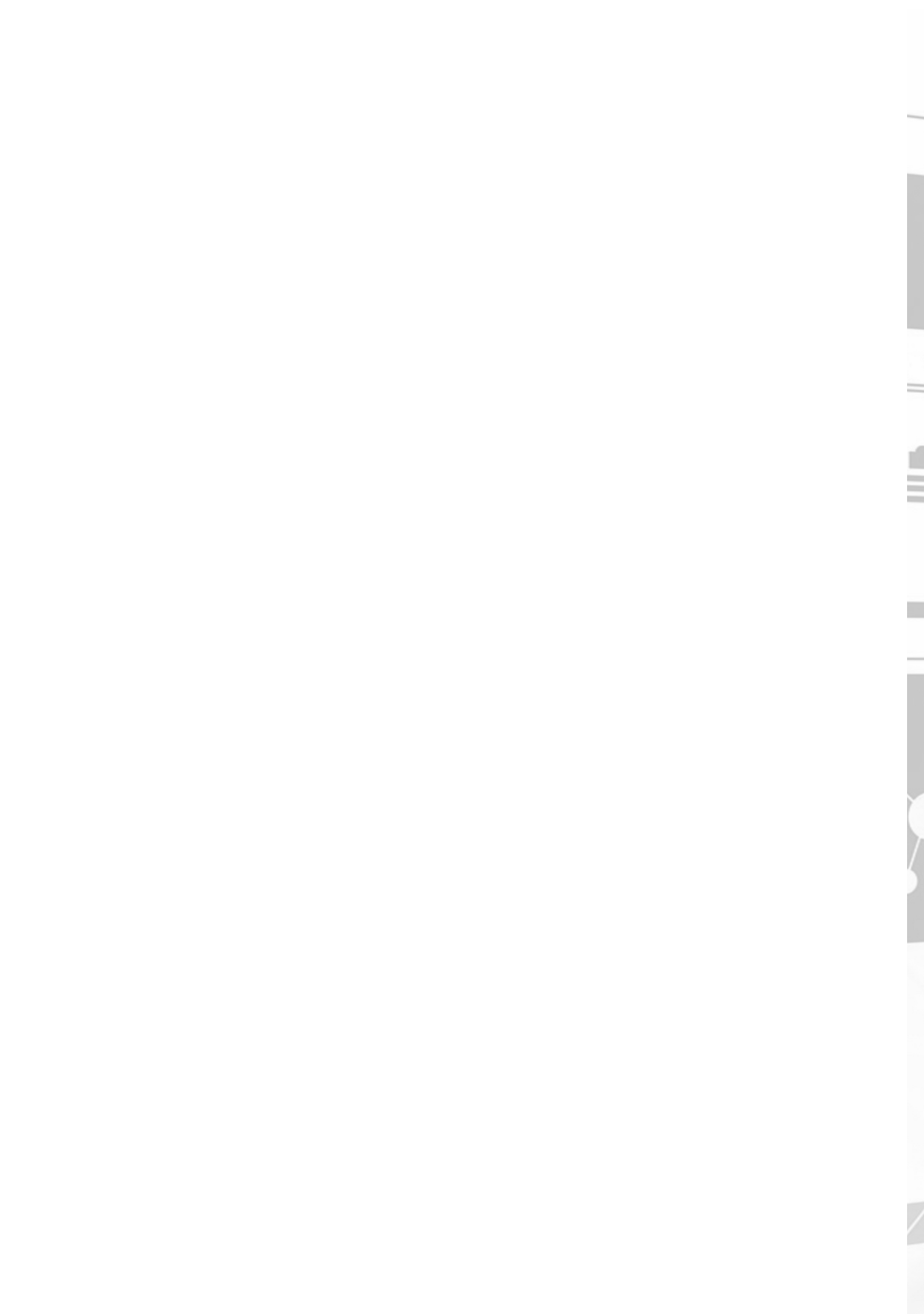
MENDES KDS; SILVEIRA RCCP; GALVÃO CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & contexto enfermagem. Florianópolis, v.17, n.4, p.758-64, Dec. 2008.

PERROCA MG. Sistema de Classificação de Pacientes: construção e validação de um instrumento. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP, 1996. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/430.pdf>. Acesso em 02 mar. 2015.

PICCHIAIAI, D. Parâmetros e indicadores de dimensionamento de pessoas em hospitais. Pesquisa Acadêmica. Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo. São Paulo, 2009. Disponível em: gvpesquisa.fgv.br/sites/...fgv.../RELATORIO1_05_11_2009%20_2_.pdf. Acesso em 23 nov. 2014.

QUEIJO, AF; PADILHA, KG. Nursing Activities Score (NAS): adaptação trans-cultural e validação para a língua portuguesa. Rev. esc. enferm. USP, v.43 n.s-pe. São Paulo Dec. 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000500004&script=sci_arttext. Acesso em: 10 mar. 2015.

RIBEIRO CM. Sistema de Classificação de Pacientes para Provimento de Pessoal de Enfermagem. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1972.





PARTE II

Custos e Financiamento





CUSTOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM NOVO XINGU - RS, 2014

ELIZANDRO SERGIO HOLZ TASSO
LUIS FERNANDO KRANZ
ROGER DOS SANTOS ROSA

JUSTIFICATIVA

O modelo de atenção à saúde no Brasil tem passado por um processo de profundas alterações, sendo por vezes necessário realizar alterações no fluxo das aplicações financeiras dos gestores de saúde municipais. As prefeituras, paulatinamente, estão incrementando o repasse de verbas para a atenção básica em detrimento de outras esferas (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008).

O Município de Novo Xingu, situado na região norte do estado do Rio Grande do Sul, tem uma população estimada em 2014, de 1.798 habitantes, abrangendo uma área territorial de 80.590 Km². O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), em 2010, era 0,767, acima da média do RS (0,746) e federal (0,744 em 2013) (IBGE, 2014).

Conforme dados disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, o município conta apenas com uma Unidade Básica de Saúde, optando-se pelo modelo da Estratégia de Saúde da Família ampliada, com gabinete odontológico e com atuação de cinco Agentes Comunitários de Saúde.

O município conta com um único estabelecimento de saúde, uma Unidade Básica de Saúde (UBS). A UBS está dividida em 6 consultórios de urgência e emergência, 10 consultórios de atendimento ambulatorial e mais 6 serviços de apoio, incluindo ambulância, central de esterilização, farmácia, lavanderia, serviço de manutenção de equipamentos e serviço social. A Equipe de saúde é composta por 19 funcionários que atendem diretamente os usuários do sistema, quais sejam: dois cirurgiões dentistas, um técnico e um auxiliar em saúde bucal; um médico da eSF e um médico gineco-obstetra; um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem; um nutricionista, um fisioterapeuta, um psicólogo clínico; um agente comunitário de saúde e um agente de saúde pública.

Além das funções técnicas, mais 9 funcionários em regime de 40h trabalham em setores estratégicos e na área administrativa: 3 motoristas, 2 auxiliares de serviço geral, diretor, secretário e chefe de departamento.

Com a ESF é possível o cadastramento e acompanhamento das famílias, bem como o agendamento de consultas médicas e odontológicas. Havendo a identificação de agravos complexos de saúde, os pacientes são encaminhados aos hospitais de referência com suporte de transporte pela prefeitura, bem como o pagamento de parte dos medicamentos necessários. Quando do retorno destes, há o acompanhamento pela equipe de saúde onde é orientada a correta aplicação da medicação, entre outras atividades.

Uma das principais dificuldades enfrentadas pelos usuários do sistema é o acesso a serviços de maior complexidade, quando é necessário o deslocamento do município até o local de referência para a prestação do serviço. Há casos complexos em que os custos dos medicamentos são elevados e o município não dispõe de condições financeiras de adquirir a integralidade da medicação necessária. Assim, conforme Lei Municipal 731/2013, de 27 de dezembro de 2013, se instituiu o programa de auxílio saúde, em que é paga parte da medicação ou intervenção médica necessária ao paciente.

Assim, o objetivo geral do estudo está em descrever os quais são os custos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Novo Xingu (RS), em 2014. Estes custos serão sistematizados segundo repasses de cada esfera de governo (federal, estadual e municipal) para manutenção do programa, ultimando demonstrar quanto custa ao Fundo Municipal de Saúde cada paciente atendido.

CUSTOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Conforme Lei Municipal nº 730, de 27 de dezembro de 2013, o orçamento previsto do município para o exercício de 2014 foi de R\$ 9.446.462,81, dos quais, segundo dados do portal de transparência municipal, executou-se de receita o montante líquido de R\$ 9.478.664,85. O município empenhou e liquidou para a manutenção das atividades relacionadas a gastos com saúde na função orçamentária saúde (Funcional Programática – Função “10”) o equivalente a R\$ 2.588.819,88, representando 27,45% das despesas totais do município, considerando que foram liquidados R\$ 9.430.264,60 no referido exercício.

Ressalta-se que, para atender a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, o cálculo realizado para fins de cumprimento aos valores gastos em saúde é outro. A referida lei determina que o município aplique em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), no mínimo, 15% dos valores recebidos a título de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais. Assim, destas fontes de recursos no exercício 2014, o município recebeu o montante de R\$ 8.272.428,43 e aplicou R\$ 1.837.699,89 em ASPS, representando 22,2%, percentual bem acima do mínimo exigido pela legislação.

A receita corrente líquida, para fins do cálculo de valores aplicados em ações e serviços públicos de saúde (ASPS), é formada pelas transferências da União e do estado ao município, as denominadas Transferências Constitucionais e Legais (Fundo de Participação dos Municípios

– FPM, Imposto sobre propriedade Territorial Rural – ITR, Lei Complementar 87/96, Imposto sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação – ICMS, Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores – IPVA e Imposto sobre Produtos Industrializados – IPI Exportação), mais as receitas de impostos municipais (Imposto sobre Propriedade Territorial Urbana - IPTU, Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis por Ato Oneroso Inter Vivos - ITBI, Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISSQN e Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF, bem como dívida ativa, multas e juros incidentes sobre estes impostos) formando a base para aplicação em ASPS, como prevê a Lei Complementar 141/2012.

As transferências constitucionais somadas aos impostos municipais formam o montante de recursos próprios do município; o restante dos recursos aplicados, são as transferências dos governos Estadual e Federal para o financiamento de políticas exclusivas em saúde. Assim, o município em 2014 gastou R\$ 1.837.699,89 de recursos próprios e R\$ 751.119,99 de recursos transferidos do RS e da União para o financiamento exclusivo de ações em saúde, totalizando um gasto de R\$ 2.588.819,88 na Funcional Programática – Saúde.

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Delimitou, também, no artigo 2º desta Portaria, que o financiamento das ações e serviços de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS. Assim, os Governos Estadual e Federal repassam os valores aos municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento e os recursos do bloco da Assistência Farmacêutica devem ser movimentados em contas específicas para cada componente relativo ao bloco (art. 5º, § 2º), devendo estes

valores ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco.

RECURSOS TRANSFERIDOS DO GOVERNO FEDERAL E ESTADUAL

Considerando que no município *apenas as ações de Atenção Básica são executadas*, a portaria acima mencionada definiu que este bloco é dividido em dois componentes, sendo uma parte Fixa e outra Variável.

Como descrito no art. 10 da referida portaria, o Componente Piso da Atenção Básica – PAB Fixo refere-se ao financiamento de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios. O valor a ser repassado aos municípios referente ao PAB Fixo, é calculado considerando o 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. Assim, a Portaria nº 1.409, de 10 de julho de 2013, definiu o valor anual de R\$ 28,00 por habitante/ano. Considerando a população estimada em 2013 de 1.744 habitantes, o valor a ser repassado anualmente ao município é de R\$ 48.831,96, ou seja, R\$ 4.069,33 mensais.

O componente Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias, realizadas no âmbito da atenção básica em saúde (Art. 11 Portaria 204/2007). Assim, a transferência destes recursos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos municípios, como previsto no § 1º do mesmo artigo, é realizada mediante adesão e implantação das ações a que se destinam e desde que constantes no respectivo Plano de Saúde.

Buscando complementar o atendimento com novos programas, bem como ampliar a receita para o financiamento das ações em saúde, o município aderiu ao Programa Nacional de Estratégia de Saúde da Família

– SF na modalidade 2, Programa de Saúde Bucal (SB) Modalidade 2, Programa Nacional de Melhoria de Acesso a Qualidade (PMAQ), além de ter em atividade cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O Componente Estratégico da Atenção Básica Variável e os valores recebidos mensalmente para estes programas foram:

- a) Agentes Comunitários de Saúde – ACS: R\$ 5.070,00
- b) Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ: R\$ 6.600,00
- c) Saúde Bucal – SB: R\$ 2.980,00
- d) Saúde da Família – SF: R\$ 7.130,00

Além dos valores a serem repassados a título de financiamento dos programas de Atenção Básica, o § 5º do art. 11 da Portaria 204/2007, determina que os recursos correspondentes às ações de assistência farmacêutica e de vigilância sanitária passam a integrar o bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica e o da Vigilância em Saúde, respectivamente. Sendo assim, o financiamento destas ações é repassado ao município em contas distintas e utilizado exclusivamente para estas atividades, bem como, os valores recebidos a título de Investimento na área da saúde, através de convênios e ou repasses Fundo a Fundo com ou através do Ministério da Saúde.

Assim, considerando as adesões aos programas de atenção básica, bem como, os valores devidos ao município pelo Governo Federal com o intuito de fomentar os programas de saúde implantados pelo mesmo, no exercício de 2014 o município recebeu os seguintes valores, conforme os blocos de financiamento (Quadro 1):

Quadro 1 - Transferências do Governo Federal para Programas em Saúde, Novo Xingu, RS – 2014

| Bloco de Financiamento | R\$ |
|---------------------------------|-------------------|
| Atenção Básica a Saúde | 292.892,28 |
| PAB Fixo | 50.615,00 |
| PAB | 48.831,96 |
| Requalificação de UBS | 1.783,04 |
| PAB Variável | 242.277,28 |
| Agentes Comunitários - ACS | 60.520,00 |
| PMAQ | 70.547,28 |
| Saúde Bucal - SB | 32.780,00 |
| Saúde da Família - SF | 78.430,00 |
| Assistência Farmacêutica | 9.822,60 |
| Assistência Farmacêutica Básica | 9.822,60 |
| Vigilância em Saúde | 39.503,09 |
| Vigilância em Saúde | 39.503,09 |
| Investimento | 36.000,00 |
| Academia da Saúde | 36.000,00 |
| Total | 378.217,97 |

Ressalta-se que os valores transferidos pela União a título de transferências Constitucionais e Legais, não são exclusivos para programas de saúde, sendo repassados ao município para uso livre, atentando-se aos limites mínimos de ASPS e Manutenção e Desenvolvimento de Ensino - MDE, exigidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar Nº 101/2000). Assim, estes valores são considerados e computados como receita do município.

O Governo Estadual também repassa valores aos municípios para a execução dos programas. Assim, para a manutenção do Programa Nacional de Estratégia de Saúde da Família, repassa uma parcela mensal no valor de R\$ 5.000,00 por eSF cadastrada no município, bem como, uma parcela única extra para o Programa de Agentes Comunitários em Saúde e para o Programa de Saúde Bucal.

Além do financiamento dos programas de saúde estabelecidos pelo Governo Federal, o estado também tem programas específicos que visam

complementar nos municípios as ações em Atenção Básica e estes também são executados mediante adesão dos municípios.

O Programa Estadual Primeira Infância Melhor – PIM, estabelecido pela Portaria nº 15/2003 da Secretaria Estadual de Saúde/RS e aderido pelo município, tem por objetivo orientar as famílias e as gestantes, a partir de sua cultura e experiências, para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças desde a gestação até os seis anos de idade. Assim, considerando o Inciso I do artigo 1º da Portaria SES nº 569/2012, o valor do incentivo repassado pelo RS fundo a fundo ao município para cada visitadora de 40 horas semanais é de R\$ 1.000,00 mensal.

Além deste programa, como forma de auxiliar no custeio das ações de Atenção Básica a saúde, o Estado promove a Política de Incentivo da Atenção Básica – PIES, a qual, conforme Resolução CIB/RS nº 119/11, prevê a distribuição de recursos aos municípios por meio de uma fórmula que utiliza critérios além do clássico coeficiente populacional. O sistema inclui coeficientes de faixas etárias (maior concentração de crianças menores de cinco anos e de idosos, maiores de 60 anos) e o inverso da receita tributária líquida per capita, que indica a capacidade produtiva e também a situação econômica dos municípios, o que incide nas condições e necessidades de saúde da população.

Também, considerando a necessidade de novos investimentos e contínua estruturação dos serviços, além das parcerias entre município e Estado, o Programa da Consulta Popular visa estimular o apoio e a participação da sociedade na eleição de propostas necessárias aos municípios, também sendo repassados fundo a fundo os valores aprovados pela sociedade em votação.

Assim, considerando os valores de contrapartida do RS bem como as políticas exclusivas para o financiamento das ações em saúde, o município de Novo Xingu recebeu os seguintes valores no exercício de 2014 (Quadro 2):

Quadro 2 - Transferências do Governo Estadual para Programas em Saúde, Novo Xingu, RS – 2014

| Bloco de Financiamento | R\$ |
|-----------------------------------|-----------------------|
| Atenção Básica a Saúde | 139.069,46 |
| Agentes Comunitários - ACS | 4.750,00 |
| ESF – Incentivo e Investimento | 56.000,00 |
| PIES - Incentivo a Atenção Básica | 46.185,32 |
| Rede Cegonha - PIM | 28.134,14 |
| Saúde Bucal - SB | 4.000,00 |
| Assistência Farmacêutica | 3.409,02 |
| Assistência Farmacêutica Básica | 3.409,02 |
| Vigilância em Saúde | 39.503,09 |
| Vigilância em Saúde | 39.503,09 |
| Investimento | 244.000,00 |
| Modernização de USB – TI do SUS | 44.000,00 |
| Universalização da Saúde | 100.000,00 |
| Consulta Popular | 100.000,00 |
| Total | R\$ 633.887,50 |

Obs.: dados discriminados por mês e rubricas podem ser encontrados em Tasso (2015).

Como apresentado, o Governo Estadual também enviou os valores devidos conforme adesão aos programas de saúde, e também se percebe que os repasses dificilmente são efetuados de forma regular, sendo pelo atraso no encaminhamento dos valores pelo Fundo Estadual de Saúde e ou por questões de impedimento de repasse por atraso na prestação de contas do município, o que justifica a diferença dos valores aprovados conforme mencionado acima.

Além dos programas aderidos pelo Município de Novo Xingu o estado do Rio Grande do Sul ainda dispõe de outras políticas de saúde que visam complementar as ações de atenção básica. Estes incentivos além de fomentar a implantação de novas ESF, buscam o melhoramento das já existentes. Entre estas políticas destacam-se:

Ressalta-se que os valores transferidos pelo estado a título de transferências Constitucionais e Legais, não são exclusivos para programas de

saúde, sendo repassados ao município para uso livre, atentando-se aos limites mínimos de ASPS e Manutenção e Desenvolvimento de Ensino - MDE, exigidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar Nº 101/2000). Assim, estes valores são considerados e computados como receita do município.

APURAÇÃO DOS CUSTOS

Além de atender as novas exigências legais estabelecidos pela Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, que exige a transparência das ações no serviço público, a implantação efetiva e contínua na esfera pública de um sistema de custeio auxilia os gestores nas tomadas de decisões.

Segundo Martins (2006), a contabilidade de custos pode ser conceituada como o ramo de função financeira que acumula, organiza, analisa e interpreta os custos dos produtos, serviços, dos componentes de organização, dos planos operacionais e das atividades de distribuição, para controlar as operações e para auxiliar o administrador no processo de tomada de decisão e de planejamento.

Assim, considerando a importância da mensuração dos gastos em saúde a fim de avaliar a eficiência destes gastos, buscou-se aplicar o sistema de custeio por absorção às atividades da Unidade de Saúde do município de Novo Xingu.

O custeio por absorção tem sido utilizado nas organizações de saúde para a apuração do desempenho ou dos custos por departamentos, que compreende o custo de cada unidade assistencial ou de serviço que integra os diferentes departamentos. Assim, para os produtos e processos são contabilizados os custos diretos, recebendo a parcela que lhes cabe, através de forma de rateio, dos custos indiretos de onde são realizados (CASTRO, 2011, p. 54).

O custeio por absorção consiste na apropriação de todos os custos de produção aos bens elaborados, e só os de produção; todos os gastos

relativos ao esforço de produção são distribuídos para todos os produtos e ou serviços feitos Martins, 2006).

Considerando a existência de uma única Unidade de Saúde no município, tendo esta se integrado ao Programa Estratégia de Saúde da Família com equipe de saúde bucal, considerou-se toda a unidade de saúde como um único Centro de Custo, pois não há controle efetivo de estoque que possibilite a mensuração do consumo de materiais de cada setor baseado nas especificidades dos profissionais. Assim, para a apuração dos custos, inicialmente realizou-se a classificação e a divisão dos custos em diretos e indiretos, além da divisão em custos fixos e variáveis.

Para a coleta dos dados, criou-se uma planilha diferenciando e classificando os gastos em saúde em custos Fixos e Variáveis e posteriormente em Diretos e Indiretos, comparando-os mensalmente a fim de poder analisar o comportamento destas despesas. Assim, com base nos dados da despesa disponível no Portal de Transparência do site oficial do município, esta planilha foi completada dividindo os gastos em grupos de despesa, conforme estabelecido pela Portaria STN nº 634/2013, que dispõe sobre as regras gerais acerca das diretrizes, normas e procedimentos contábeis aplicáveis aos entes da Federação, com vistas à consolidação das contas públicas da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios através do Plano de Contas Aplicado ao Setor Público - PCASP, disponibilizado pelo Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul.

Para melhor compreensão dos dados apresentados, faz-se necessário a definição e apresentação de alguns grupos de despesa elencados:

- Os gastos classificados nos Custos Fixos Diretos (Água e Luz) referem-se a dispêndios necessários e contínuos. Classificam-se em Direto, pois estão atrelados diretamente ao atendimento dos pacientes. Embora haja oscilação de valor entre os meses, são classificados como Custo Fixo, pois estes gastos são realizados todos os meses, independente da prestação do serviço.

- Os gastos inclusos no grupo dos Custos Fixos Indiretos (Vencimento, Subsídios e Encargos Sociais de Agentes Políticos, Telefone e Comunicação em Geral e Depreciação de Novos Equipamentos), referem-se aos dispêndios realizados e/ ou contabilizados continuamente (Custo Fixo), porém não estão diretamente vinculados à prestação do serviço (Custo Indireto). Importante destacar que o subsidio das funções de chefia são considerados como custo indireto, pois não atendem diretamente os usuários do SUS - apenas encaminham e orientam a execução dos serviços.
- Os Custos Variáveis Diretos (Vencimento Pessoal Contratado, Vencimento Pessoal Efetivo, Encargos Sociais Servidores, Material Laboratorial e Hospitalar, Material Odontológico, Medicamentos para Distribuição Gratuita, Material de Expediente e Material de Limpeza) são aqueles diretamente relacionados ao objeto da Unidade de Saúde, que é atender a população (Custo Direto). São Variáveis, pois oscilam conforme a quantidade de atendimentos realizados pela equipe, ou seja, quanto mais atendimentos e ou procedimentos realizados, maior os custos da prestação do serviço. Quanto à inclusão dos gastos com pessoal como custo variável, Martins (2006) menciona que o custo de Mão de Obra Direta varia com a produção, enquanto a folha relativa ao pessoal da própria produção é fixa.
- No Custo Variável Indireto (Gêneros Alimentícios, Outras despesas com Pessoal, Outros Materiais de Consumo, Serviços Médico Hospitalares, Serviços Técnicos Profissionais, Serviço de Coleta de Lixo Contaminado, Outros Serviços de terceiros, Gasto com Manutenção de Equipamentos, Gasto com Transporte e Viaturas e Auxílio Despesas Médicas), incluem-se os demais gastos da Unidade de Saúde que oscilam conforme a demanda (Variável) e não são atividades diretas e ou exclusivas da Equipe de Saúde da Família (Indireto).

Considerando que a Unidade de Saúde é a Porta de Entrada aos serviços de saúde, além do atendimento pela ESF, o município ainda tem outros dispêndios com o encaminhamento dos pacientes, além da terceirização de alguns serviços de saúde que visam complementar a oferta de serviços. Como demonstrado, estes estão inclusos nos Custos Variáveis Indiretos, pois não são gastos diretos da ESF, porém são gastos que buscam a complementação do atendimento à saúde, considerando-se aqui como Custos Indiretos.

Além dos gastos de manutenção da Unidade, buscando complementar e qualificar o atendimento de saúde foi realizado Investimentos, como a aquisição de veículos, aparelhos e utensílios médicos, entre outros constantes na tabela 4 abaixo. Porém, não se pode utilizar o valor total desses bens como custo de produção no período, então se utilizou de taxas de depreciação a fim de mensurar os valores correspondentes ao período. Nesse cálculo, os Aparelhos e Utensílios Médico Odontológicos, os outros Equipamentos e Materiais Permanentes e os Veículos foram considerados como tendo a vida útil de 5 anos, classificando-se, segundo Martins (2006), como Custo Fixo Indireto.

Em 2014, foram investidos na Unidade Básica de Saúde um total de R\$ 256.114,00, sendo R\$ 256.114,00 em “Aparelhos e Utensílios Médicos, Odontológicos”, em R\$ 7.604,00 de “Outros Equipamentos e Materiais Permanentes” e R\$ 239.880,00 na rubrica “veículos”.

Para a coleta dos dados de produção, como total de pacientes atendidos e total de procedimentos realizados, utilizaram-se os dados disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde e os dados informados pelo município ao Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS). Os dados de pacientes atendidos são oriundos da soma do registro de atividades de cada profissional de saúde, considerando apenas os pacientes atendidos no período em análise. Destaca-se que as visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitárias de Saúde são consideradas como procedimentos de saúde e não como pacientes atendidos, pois estes usuários não foram atendidos no espaço físico da Unidade de Saúde.

Utilizando-se dos procedimentos acima elencados, tem-se a situação média demonstrada no Quadro 3.

Quadro 3 – Custo médio mensal da Unidade de Saúde, 2014.

| | |
|--|----------------|
| Custo Médio Mensal | R\$ 196.610,59 |
| Custo Médio Mensal Direto | 122.415,71 |
| Custo Médio Mensal Indireto | 74.194,89 |
| Custo Médio Mensal Fixo | 6.947,51 |
| Custo Médio Mensal Variável | 189.663,09 |
| Média Mensal de Pacientes Atendidos | 793 |
| Média Mensal de Procedimentos Realizados | 2.869 |
| Custo Médio /Paciente | 247,85 |
| Custo Médio /Procedimento | 68,54 |

Obs.: dados discriminados por mês e rubricas podem ser encontrados em Tasso (2015).

ANÁLISE DOS DADOS

Tão importante quanto coletar os dados para mensurar o custo da prestação dos serviços em saúde, é interpretá-los para munir os gestores de informações a fim de que as decisões tomadas sejam as mais eficientes em relação ao orçamento disponível.

Assim com base nos dados apresentados, considerando a população estimada em 2014 de 1.798 habitantes e o gasto anual de R\$ 2.588.819,88, percebe-se que o gasto em saúde anual per capita foi de R\$ 1.439,83. Porém, considerando o Custo de Manutenção da Secretaria Municipal de Saúde, incluindo as ações do ESF, no montante de R\$ 2.359.327,11 e o atendimento a 9.519 pacientes, o custo por paciente atendido em 2014 foi de R\$ 247,85. Importante salientar que além dos pacientes atendidos na ESF, a Secretaria de Saúde desempenha outras funções como atividades educacionais relacionadas a saúde, campanhas e promoções de prevenção, visitas domiciliares, encaminhamentos a pacientes, vigilância sanitária e epidemiológica entre outras funções não inclusas nestes atendimentos e que beneficiam a

população em geral e não somente aos usuários que procuram atendimento na Unidade de Saúde.

O custo da ESF, objeto deste trabalho, representados pelos custos diretos (R\$ 1.468.988,47) e considerando os 9.519 pacientes atendidos em 2014 na ESF, foi de R\$ 154,32 por paciente atendido e considerando os 34.424 procedimentos realizados, o custo direto por procedimento foi de R\$ 42,68.

Considerando que a ESF atende em média 793 pacientes por mês e realiza em média 2.869 procedimentos mensais, percebe-se que cada usuário que ingressa na Unidade de Saúde realiza mais de 3 procedimentos, o que demonstra que de maneira geral são realizados diversos trabalhos em um mesmo paciente. Outro dado importante é que todo mês o equivalente a 44% da população utiliza-se de algum atendimento na Unidade de Saúde.

Mesmo considerando as ações assistenciais desenvolvidas pela equipe da ESF, não foi possível mensurar o custo destas, como trabalhos de educação em saúde, campanhas de prevenção aos agravos de saúde, visitas domiciliares, etc., pois não há controle efetivo e distinto de tais atividades.

Dos gastos totais realizados pelo município em ações e serviços de saúde no exercício de 2014, 56,7% refere-se a dispêndios realizados diretamente para a manutenção da Equipe de Saúde da Família – ESF disponível no município (Custo Direto) e 43,3% referem-se aos Custos Indiretos considerados como serviços de apoio aos usuários do SUS, como transporte de pacientes, auxílio saúde, serviços hospitalares, etc.

O financiamento das ações da ESF foi realizado pelas três esferas de governo. Considerando apenas os programas aderidos relacionados ao ESF (PACS, ESB e ESF), 11,7% foi financiado pelo Governo Federal, 4,4% pelo Governo Estadual e 83,9% pelo Município.

Importante salientar que, do total de receita líquida do município (R\$ 9.478.664,85), 84,8% (ou R\$ 8.032.970,56) são de transferências intergovernamentais e que destas transferências 6,8% (ou R\$ 549.720,75)

são para o financiamento exclusivo de ações em saúde. Tais informações demonstram que o município é dependente das transferências do Estado e da União para a manutenção das atividades. Outro dado que comprova esta dependência é que, do total de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais (R\$ 8.272.428,43), apenas 3,1% (ou R\$ 255.808,20) são impostos gerados no município. As transferências de Fundo de Participação dos Municípios - FPM e Imposto sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação – ICMS, consideradas aqui como receita própria do município por não serem exclusivas para o financiamento de saúde, são as mais significativas e representam 53,9% e 15,5% das receitas líquidas totais do município, respectivamente.

Como apresentado anteriormente, além dos programas aderidos, tanto o Governo Federal quanto o Estadual mantém Políticas de Saúde que visam o custeio da Atenção Básica. Considerando todas as transferências repassadas ao município fundo a fundo, para o custeio da atenção básica, incluindo os programas aderidos e demais blocos de financiamento, exceto o bloco de Investimento, 24,8% foram custeados com recursos exclusivos para ações de saúde repassadas pelo Governo Federal, 6,0% pelo Governo Estadual e 69,2% custeados pelo município. Esta situação é preocupante, pois, considerando que o maior custo do município é com gastos variáveis (96,5%), quanto mais atendimentos, ações assistenciais e demais serviços ofertados à população, maiores são os custos aos cofres municipais, visto que os recursos repassados ao município já estão pré-determinados em legislação específica.

Deve-se destacar que, havendo maior demanda de serviços, sem aumento no quantitativo de pessoal, embora o município tenha maiores gastos com o consumo de materiais, o custo por paciente atendido tende a diminuir. Esta situação não se reflete em caso da necessidade de maiores investimentos, como a contratação de pessoal, por exemplo.

Em relação aos gastos totais com a manutenção das atividades relacionadas à saúde, percebe-se que 56,9% referem-se a gastos com pes-

soal, incluindo os encargos e outras despesas com pessoal. Considerando apenas os Custos Diretos da ESF, esse percentual representa 84,4%.

Outro fator relevante é a indisponibilidade financeira para novos investimentos. O município é dependente das outras esferas de governo para investimentos, tanto na área da saúde como em toda a estrutura administrativa. Essa situação está evidenciada nas despesas de investimentos, em que apenas foram realizados investimentos com recursos repassados pelos Governos Estadual e Federal, com pequena contrapartida do município.

CONCLUSÃO

No exercício de 2014, o município de Novo Xingu investiu 22,2% da receita própria de Impostos e Transferências Constitucionais (DATASUS, 2014). Ultrapassou, assim, o percentual mínimo de 15% de aplicação em ações de saúde exigido pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Mesmo assim, tem dificuldades em atender às demandas exigidas pelos usuários da Equipe de Saúde da Família (eSF).

Considerando as funções previstas na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, o município atende as exigências impostas para o correto atendimento da Atenção Básica a Saúde, sendo base para o atendimento dos agravos, resolutivo na execução dos serviços, coordenando e ordenando o cuidado à saúde dos munícipes. Da mesma forma a Equipe de Saúde da Família atende as especificidades também impostas pela referida portaria, mediante o gerenciamento da Secretaria de Saúde.

REFERÊNCIAS

ALONSO, Marcos. Custos no serviço público. Revista do serviço público. Ano 50, número 1, Jan-Mar, pág. 45. 1999.

Associação Congregação Santa Catarina - ACSC. UBS TRADICIONAL / UBS PSF. Disponível em: http://www.osacsc.org.br/conteudo.asp?id_menu=148&cod_site=0. Acesso em 03/09/2014.

ÀVILA, Wanderley. CONSULTA N. 896.648. Consórcio público: Contratação de pessoal e financiamento com recursos do FNS. Revista TCEMG jul./ago./set. 2014. Disponível em: <http://revista.tce.mg.gov.br/Content/Upload/Materia/2827.pdf>, acesso em 17/03/2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Gestão financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico; Brasília: Ministério da Saúde, pág. 41. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html, acesso em 20/01/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html, acesso em 09/03/2015.

CASTRO, J. D. A utilização do sistema de custeio por absorção para avaliar custos da atenção básica de saúde: reformulações e aprimoramentos metodológicos. Tese (doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas, 2000.

CASTRO, Paula de Souza e. Aferição de custos em unidades básicas de saúde: revisão integrativa da literatura. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2011.

CONSULTAS EQUIPES. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equip.es.asp. Acesso em 08/09/2014.

CUSTEIO POR ABSORÇÃO CONTÁBIL. Disponível em: <http://www.portaldecontabilidade.com.br/tematicas/custeiorabsorcao.htm>. Acesso em 13/01/2015.

DATASUS, SIOPS. Ministério da Saúde. Indicadores Municipais. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/consdetalhereenvio2.php>. Acesso em 03/09/2014.

DRACHLER, Maria de Lourdes; CORTES, Soraya M. Vargas; CASTRO, Janice Dorneles de; LEITE, José Carlos de Carvalho. Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.8, n. 2, p. 461-470, 2003.

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE – Consulta Detalhada. Disponível em <http://www.fns.saude.gov.br/visao/consultarPagamento/filtroPesquisaDetalhada.jsf>, Acesso em 02/03/2015.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; INFORMAÇÕES COMPLETAS. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431346&search=rio-grande-do-sul|novo-xingu>. Acesso em 05/09/2014.

Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm, acesso em 26/02/2015.

MACHADO, Katia. Equipe Mínima, Dilemas e Respostas. Revista Radis Comunicação em Saúde, 51: 8, 2006.

MARTINS, Eliseu, 1945. Contabilidade de Custos. – 9 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MEGLIONI, Evandir. Custos. São Paulo: Makron Books, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PNAB, Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>, acesso em 20/01/2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Básica; Brasília – DF. Série E. Legislação em Saúde. Especificidades da Estratégia Saúde da Família, 2012.


MPRS, O Direito à Saúde Assegurado pela Atenção Básica. Disponível em <http://www.mprs.mp.br/dirhum/doutrina/id590.htm>, acesso em 26/02/2015.

SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D; PORTO, S. M. O *mix* público-privado no sistema de saúde brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, 2008.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - Relatório de Pagamentos. Disponível em http://www.saude.rs.gov.br/lista/302/Relat%C3%B3rio_de_Pagamentos, acesso em 02/03/2015.

SILVA, Roseli da et. al. Tratamento de Dados Quantitativos. Disponível em: http://meusite.mackenzie.com.br/vladimir/mono/tratamento_dados.pdf. Acesso em 05/09/14.

TEIXEIRA, Enise Barth. A Análise de Dados na Pesquisa Científica. Desenvolvimento em Questão, ano 1, n. 2, p. 177-201; 2003.



O FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA EM MARATA - RS, 2010-2013

GISELE ADRIANA SCHNEIDER
ROGER DOS SANTOS ROSA

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 (CF-88) garantiu para todos os cidadãos brasileiros o acesso universal à rede de serviços públicos de saúde quando instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988). A criação do SUS foi um marco na reorientação e democratização da assistência à saúde.

O texto constitucional também é claro quando demonstra que a definição do SUS está fundamentada na implantação de um modelo de atenção à saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado com o bem-estar social, a saúde coletiva, enfim, como um direito da cidadania.

O SUS consolidou-se com a Lei nº 8.080/90, quando lançou como princípios doutrinários do sistema: a universalidade, a integralidade e a equidade. Como princípios organizativos: a regionalização; a hierarquização; a descentralização; a resolutividade; a complementaridade do setor privado e a participação social. Em seguida, com a Lei nº 8.142/90, destacou a participação social.

A saúde obteve êxitos na ampliação da cobertura dos serviços; na qualificação; na redução da mortalidade infantil; no aumento da expectativa de vida das pessoas; na redução das doenças passíveis de prevenção e tratamento da atenção básica; na qualificação da atenção básica e na melhoria dos serviços de urgência e emergência.

Por outro lado, é importante relatar que: “sabe-se que nas condições atuais, há inúmeras limitações relevantes para a efetivação destes princípios e diretrizes” (ABRASCO, CFM e UERJ, 2011, p. 1). Podemos afirmar, também, que a conquista legal do direito ao acesso aos serviços de saúde com a CF-88 e com as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, não foi proporcionalmente acompanhada pelo financiamento do setor (ABRASCO, CFM e UERJ, 2011).

No que diz respeito ao financiamento, Castro e Machado (2010) apontam um crescimento do aporte orçamentário para o Programa de Atenção Básica, a partir de 1998, mantido nos anos seguintes. Ao mesmo tempo, as autoras complementam que, mesmo com o investimento e o crescimento da Atenção Básica, o financiamento federal e estadual continua fragmentado em “blocos” e direcionado a programas específicos, dificultando a decisão dos gestores quanto ao uso dos recursos.

O financiamento é considerado como um grande obstáculo a ser enfrentado pelos gestores do SUS, pois os recursos são insuficientes, as fontes são instáveis e a divisão de responsabilidades não são claras. Na tentativa de garantir recursos mínimos e estáveis, foi promulgada a Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC 29), regulamentada apenas em 2012, com a Lei Complementar nº 141/2012. Com ela ficaram definidos valores mínimos a serem aplicados anualmente pelos entes federais, estaduais, municipais e Distrito Federal em ações e serviços públicos de saúde, bem como os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), atento ao crescente compartilhamento do financiamento do SUS instituiu que a EC 29 seria acompanhada por meio de um sistema de informação que possibilitasse a coleta,

o processamento e a divulgação de dados referentes a receitas e despesas com saúde, nas três esferas de governo - o Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Campelli e Calvo (2007, p.3) o consideraram o SIOPS como uma referência para o acompanhamento, fiscalização e controle da aplicação dos recursos vinculados às ações e serviços em saúde. Ou seja, permite a realização da fiscalização e avaliação sobre a administração pública e do processo de descentralização do SUS.

A gestão financeira do SUS se realiza a partir da obtenção da receita pública, dispêndio da despesa pública e gestão do orçamento público (elaboração, aprovação e controle). Considerando o enfoque orçamentário e financeiro sobre os recursos destinados à área da saúde, na esfera municipal, além dos próprios recursos, somam-se também os recursos transferidos da União e do Estado, que devem ser previstos no orçamento e identificados no Fundo Municipal de Saúde para execução das ações previstas. Conforme Carvalho e Santos (2002), o Fundo de Saúde pode ser definido como uma modalidade de gestão de recursos, criado por lei, com a finalidade de ser o único receptor de todos os recursos destinados à saúde.

Posteriormente, a Portaria Ministerial nº 204/2007 criou seis blocos de financiamento, para repasse dos Fundos Nacional e Estadual de Saúde para o Fundo Municipal, quais sejam:

- a) Bloco de Atenção Básica, constituído por dois componentes do Piso de Atenção Básica (PAB): o PAB Fixo (financiamento de ações de atenção básica à saúde, transferidos mensalmente, de forma regular e automática, segundo nº de habitantes) e o PAB Variável (recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias mediante adesão e implementação das ações, como a Estratégia Saúde da Família).
- b) Bloco de Vigilância em Saúde, representa o agrupamento das ações de Vigilância e Promoção da Saúde (valor per capita esta-

- belecido conforme estratificação da população e território) e de Vigilância Sanitária (tanto estruturantes quanto estratégicas, por adesão ou indicação epidemiológica).
- c) Bloco de Assistência Farmacêutica, constituído por um Componente Básico (aquisição de medicamentos do elenco da Referência Nacional de Medicamentos e Insumos Complementares na Atenção Básica), um Componente Estratégico (financiamento de ações de programas estratégicos, como para controle de endemias) e um Componente Especializado (estratégia de acesso a medicamentos não elencados no RENAME, em nível ambulatorial).
 - d) Bloco de Gestão do SUS, composto pelo Componente para a Qualificação da Gestão do SUS e pelo Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde.
 - e) Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde, composto por recursos financeiros transferidos mediante repasse regular e automático do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o Fundo Municipal de Saúde (FMS), conforme a apresentação de projetos, encaminhados ao Ministério da Saúde.
 - f) Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar: Conforme determinação do Tribunal de Contas da União, Processo TC 041.056/2012-4 e Acórdão nº 3134/2013, os estabelecimentos tipificados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como Posto de Saúde e Centro de Saúde/Unidade Básica não recebem pagamentos neste Bloco.

Todos elementos integrados ao orçamento que, segundo Santos (2001), é um instrumento de administração das ações do governo, ou seja, identifica e mensura com exatidão tudo o que deve ser realizado pelo governo anualmente. Em suma, estima a receita e fixa a despesa da Administração Pública. No caso específico do Brasil, o processo de

elaboração do orçamento público segue um “ciclo” paralelo e integrado ao planejamento de ações/metastas, de acordo com a Constituição Federal de 1988, o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

Conforme Melamed e Costa (2003), o financiamento federal da Atenção Básica ocorre considerando-se a capacidade fiscal do município, seu porte populacional e seu território geográfico, a partir da criação de programas, como: Piso de Atenção Básica (PAB), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF).

Neste contexto, este estudo objetiva descrever as características do financiamento da saúde pública na Atenção Básica, em Maratá (RS), no período 2010 a 2013, quantificando o volume total de recursos recebidos pelo município por meio das transferências estaduais e federais, assim como o valor total de recursos próprios aplicados em saúde. Ao mesmo tempo, discriminar o gasto público em saúde por habitante e as subfunções orçamentárias da saúde na Atenção Básica no período em estudo.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, empregando dados do domínio público do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), um sistema de referência para o acompanhamento, a fiscalização e o controle da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos de saúde.

O universo de pesquisa é o Município de Maratá, emancipado em 1992 e localizado na Encosta Inferior do Nordeste do Rio Grande do Sul (RS). O município possui uma área total de 82,70 km², uma população estimada para 2013 de 2.639 habitantes, com uma expectativa de vida ao nascer de 76,74 anos e taxa de envelhecimento (percentual da população com 65 anos ou mais de idade) de 14,72%. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, segundo Mapa Social elaborado pelo

Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul, é de 0,697 (dados de 2010), enquanto que o Índice Estadual chega a 0,746.

Maratá apresentava um Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (2010), que avalia a qualidade do Sistema de Saúde Municipal referente à Atenção Básica, de 0,9645, superior ao conjunto do estado do RS, de 0,8737.

Foi realizado um levantamento dos recursos financeiros aportados na Assistência à Saúde – Atenção Básica, durante o período compreendido entre os anos 2010 e 2013, provindos das três esferas: federal, estadual e municipal. Esta quantificação permitiu verificar a expansão da Atenção Básica no município e a evolução do seu financiamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na tabela 1 se encontra a transferências de recursos para a Saúde na Subfunção Orçamentária Atenção Básica, pelas esferas Federal e Estadual, ao município de Maratá – RS, no período de 2010 a 2013.

Cabe destacar o grande incremento financeiro estadual que ocorreu na Atenção Básica, nos períodos de 2012 e 2013. Isto justifica-se pela publicação da Lei Complementar nº 141/2012, que regulamenta o § 3º do artigo 198 da Constituição Federal, dispondo sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pelas três esferas governamentais, em ações e serviços públicos de saúde; estabelecendo os critérios de rateio dos recursos, bem como as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde.

No seu art. 6º a referida Lei Complementar estabelece que:

Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o [art. 157](#), a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

A falta do cumprimento da EC 29, anterior a Lei Complementar nº 141/2012 pelo Estado contingenciava o serviço público de saúde, sobrecarregando os municípios financeiramente e reduzindo as ofertas de melhoria, ampliação e qualificação dos serviços.

Assim, a aprovação da Lei nº 141/2012 e do Decreto nº 7.508/2011, regulamentou alguns aspectos da Lei nº 8.080/90, como a definição de ações e serviços públicos de saúde e o destaque para a realização de transferências regulares e automáticas pela União para estados e municípios e dos estados para os municípios, mas está longe de estabilizar o financiamento público da saúde (PIOLA et al., 2009). Ao mesmo tempo, foi regulamentada a transferência dos estados para os municípios de 12% da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos, refletindo sensivelmente no incremento dos incentivos repassados para custeio da Atenção Básica. Neste ponto, pode-se destacar algumas Resoluções da CIB (Comissão Intergestores Bipartite), que propunham a adesão a Políticas e Programas de Saúde, principalmente na área de Saúde Mental, com a formação de Núcleos de Apoio a Atenção Básica e Oficinas Terapêuticas. Da mesma forma, a Estratégia de Saúde da Família também recebeu incentivos para aparelhamento e estruturação, assim como o Incentivo Estadual a Qualificação da Atenção Básica em Saúde (PIES), que tiveram um grande destaque a partir de 2012, com o incremento da sua receita proporcionando ao município realizar investimentos e melhorias que seriam impraticáveis com recursos próprios.

Tabela 1: Transferências de recursos para a Saúde na Subfunção Orçamentária Atenção Básica, pelas esferas Federal e Estadual, ao município de Maratá – RS, no período de 2010 a 2013

| BLOCO ATENÇÃO BÁSICA | | | | | |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-----------------------------|
| ESFERA / ANO | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | TOTAL POR ESTRATÉGIA |
| Federal | R\$ | R\$ | R\$ | R\$ | R\$ |
| Agentes Comunitários de Saúde ACS | 46.977,00 | 62.838,00 | 67.212,00 | 69.826,00 | 246.853,00 |
| Núcleo de Apoio à Saúde da Família NASF | - | - | - | - | - |
| PAB Fixo | 45.591,00 | 50.070,25 | 57.029,97 | 62.927,21 | 215.618,43 |
| Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade PMAQ | - | - | - | - | - |
| Saúde Bucal | 22.000,00 | 20.400,00 | 26.370,00 | 26.760,00 | 95.530,00 |
| Saúde da Família | 76.800,00 | 58.800,00 | 84.270,00 | 85.560,00 | 305.430,00 |
| Estadual | | | | | - |
| Incentivo aos Agentes Comunitários de Saúde | - | 7.560,00 | 5.226,00 | 5.700,00 | 18.486,00 |
| Incentivo Estadual a Qualificação da Atenção Básica em Saúde (PIES) | 22.647,38 | 20.199,33 | 101.555,72 | 204.717,35 | 349.119,78 |
| Incentivo às Equipes de Saúde da Família | | | | | - |
| - Saúde Bucal | 8.000,00 | 4.000,00 | 4.000,00 | 6.500,00 | 22.500,00 |
| - Saúde da Família | 30.000,00 | 16.000,00 | 16.000,00 | 31.000,00 | 93.000,00 |
| TOTAL NO ANO | 252.015,38 | 239.867,58 | 361.663,69 | 492.990,56 | |

Fonte: Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Obs.: os dados relacionados às Estratégias NAAB e Oficinas Terapêuticas estão contabilizados junto aos valores do Incentivo Estadual a Qualificação da Atenção Básica em Saúde (PIES).

O valor em reais de recursos próprios e transferidos anualmente oriundos das esferas estadual e federal ao município de Maratá, para aplicação em Atenção Básica, é apresentado na tabela 2. Apesar do crescimento dos incentivos financeiros à Atenção Básica, através do PAB Variável e outros recursos federais e estaduais repassados, o município foi o responsável por mais de 70% dos recursos despendidos nesta Subfunção, enquanto que o RS e a União dividem o percentual de 30%. Neste ponto cabe destacar que os “Recursos Próprios” incluem também “Transferências Constitucionais” da União e do RS.

Em 2010 o Município de Maratá arrecadou R\$ 15,247 milhões, dos quais apenas R\$ 435,4 mil (2,86%) foram receitas tributárias próprias. Assim, R\$ 12,885 milhões (84,5%) foram transferências intergovernamentais das quais R\$ 7,26 milhões da União e R\$ 4,7 milhões do RS. O município teve como arrecadação própria R\$ 2,36 milhões (15,6%) em 2010, mas aplicou o equivalente à metade deste valor na Atenção Básica. Esta perspectiva se repetiu nos anos seguintes (Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul, 2015).

Desta forma, é importante salientar que as Transferências Constitucionais são recursos que se tornam próprios do município legalmente e integram a base de cálculo dos 15% de aplicação mínima na saúde, mesmo sendo oriundos da União e do Estado.

Tabela 2: Recursos próprios e transferidos aplicados na subfunção orçamentária Atenção Básica, Município de Maratá – RS, 2010-2013, conforme SIOPS.

| Ano | Recursos próprios aplicados em AB | | Recursos transferidos para AB | | Outros | | TOTAL | |
|------|-----------------------------------|-------|-------------------------------|-------|----------|------|--------------|--------|
| | R\$ | % | R\$ | % | R\$ | % | R\$ | % |
| 2010 | 1.219.017,08 | 82,80 | 252.015,38 | 17,12 | 1.238,98 | 0,08 | 1.472.271,44 | 100,00 |
| 2011 | 104.823,34 | 30,18 | 239.867,58 | 69,05 | 2.701,01 | 0,77 | 347.391,93 | 100,00 |
| 2012 | 0,00 | 0,00 | 361.663,69 | 99,39 | 2.218,32 | 0,61 | 363.882,01 | 100,00 |
| 2013 | 1.550.204,85 | 75,73 | 492.990,56 | 24,08 | 3.939,75 | 0,19 | 2.047.135,16 | 100,00 |

Fonte: Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Normalmente é a Secretaria Municipal da Fazenda, no seu Setor Contábil, que preenche o SIOPS, sem haver a devida comunicação com a Gestão da Saúde, com o intuito de conhecer os programas de saúde e seus vínculos. Na Tabela 2, em relação ao registro na Coluna “Recursos Próprios aplicados em AB” pode-se verificar inconsistências nos apontamentos realizados em 2011 e a ausência de registro no exercício de 2012. Isto justifica-se devido a contabilização deste registro na Subfunção “Bloco de Gestão do SUS – Prestação de Serviços de Saúde”, no valor de R\$ 1.617.106,24, provavelmente por falta de conhecimento por parte da área que elaborou o Relatório. Desta forma, uma nova tabela 2 pode ser estruturada, redistribuindo os recursos próprios e transferidos aplicados na subfunção orçamentária Atenção Básica em Maratá (Tabela 3).

Tabela 3: Recursos próprios e transferidos aplicados na subfunção orçamentária Atenção Básica, Município de Maratá – RS, 2010-2013.

| Ano | Recursos próprios aplicados em AB | | Recursos transferidos para AB | | Outros | | TOTAL | |
|------|-----------------------------------|-------|-------------------------------|-------|----------|------|--------------|--------|
| | R\$ | % | R\$ | % | R\$ | % | R\$ | % |
| 2010 | 1.259.006,35 | 83,26 | 252.015,38 | 16,66 | 1.238,98 | 0,08 | 1.512.260,71 | 100,00 |
| 2011 | 1.359.743,25 | 83,35 | 268.664,03 | 16,47 | 2.945,04 | 0,18 | 1.631.352,32 | 100,00 |
| 2012 | 1.617.106,24 | 80,49 | 389.648,26 | 19,40 | 2.218,32 | 0,11 | 2.008.972,82 | 100,00 |
| 2013 | 1.609.367,85 | 68,20 | 742.990,56 | 31,49 | 7.357,71 | 0,31 | 2.359.716,12 | 100,00 |

Fonte: Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Conforme descrito na tabela 3, pode-se observar que Maratá participou em média com o custeio de 78% da Atenção Básica, com notório o incremento na receita por parte das esferas estadual e federal (média de 21% do custeio). Na sequência, a tabela 4 enumera o percentual aplicado pelo Município de Maratá em ações e serviços públicos de saúde.

Tabela 4: Despesa em Saúde e em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), no município de Maratá - RS, período de 2010 a 2013.

| Ano | Despesa em Saúde R\$ (A) | Deduções R\$ (B) | Despesa em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) (R\$) (C) = (A) - (B) |
|------|-----------------------------|---------------------|--|
| 2010 | 1.611.971,40 | 41.929,17 | 1.570.042,23 |
| 2011 | 1.741.622,50 | 51.649,10 | 1.689.973,40 |
| 2012 | 2.017.890,09 | 58.046,55 | 1.959.843,54 |
| 2013 | 2.393.156,22 | 59.163,00 | 2.352.317,46 |

Fonte: Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e Sistema de Controle Interno Municipal.

A Tabela anterior relaciona os valores efetivamente aplicados em ações e serviços públicos de saúde. As deduções referem-se a Contribuições para Manutenção de Consórcio Intermunicipal do Vale do Rio Caí (CIS/CAÍ) e Contribuição para o Atendimento à Saúde do Servidor Público (Contratação de Planos de Saúde). Estas despesas integram a Função Orçamentária “Saúde”, mas não são contabilizadas no percentual investido por não apresentarem caráter universal de atendimento à população.

O Consórcio Intermunicipal do Vale do Rio Caí (CIS/CAÍ), do qual Maratá faz parte, proporciona atendimento de caráter universal à população, possui regime jurídico de direito público desde 2008 e pode ser classificado como uma autarquia pública intermunicipal que se rege pelos princípios, normas e diretrizes do SUS (KRANZ, 2012). Maratá é o segundo município que mais comprou exames do Consórcio no período 2008-2011 e o primeiro em exames/habitante dos 22 municípios consorciados.

No entanto, as despesas realizadas referentes ao Rateio pela participação do Município em Consórcio Público são inseridas no SIOPS, em campo específico, mas o mesmo realiza a dedução deste valor do percentual de recursos próprios aplicados em saúde, conforme Manual SIOPS aplicado a Municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Por fim, o município de Maratá cumpriu a EC 29 no período, aplicando 15,7% em 2010, 15,1% em 2011, e 15,8% em 2012 e 2013.

E, comparando a Tabela 4, que apresenta o total de valores investidos efetivamente no SUS, incluindo os recursos próprios, e a Tabela 2, que traz apenas os recursos aplicados na Subfunção Atenção Básica, mais de 90% do total aplicado em Ações e Serviços de Saúde, por ano, são destinados à Atenção Básica.

O dimensionamento do gasto público total com saúde por habitante, demonstrando o montante médio de recursos públicos disponíveis *per capita*, por Unidade de Federação, utiliza dados do SIOPS, referente a “Despesa Total Liquidada no Ano”, que traz os valores municipais destinados. Através do Balancete de Despesa, emitido no Setor de Contabilidade do município, é possível visualizar os gastos liquidados com uso de recursos financeiros oriundos de outras esferas governamentais, como do RS e da União.

Tabela 5: Total de recursos aplicados em saúde por ano, segundo esfera governamental, no Município de Maratá – RS, 2010-2013.

| ANO | Gasto Público em Saúde no Período | | | |
|------|-----------------------------------|------------------------|-----------------------|--------------|
| | Recursos Municipais R\$ | Recursos Estaduais R\$ | Recursos Federais R\$ | Total R\$ |
| 2010 | 1.221.162,28 | 63.758,30 | 285.121,65 | 1.570.042,23 |
| 2011 | 1.368.527,23 | 71.328,94 | 250.117,23 | 1.689.973,40 |
| 2012 | 1.488.813,69 | 414.608,16 | 300.449,38 | 2.203.871,23 |
| 2013 | 1.629.304,04 | 411.439,10 | 293.230,99 | 2.333.974,13 |

Fonte: Balancete da Despesa Município de Maratá.

Considerando as informações da Tabela 5, pode-se calcular o gasto médio anual por habitante, realizado com recursos próprios municipais e com recursos transferidos de outras esferas de governo. Observa-se que Maratá apresentou uma crescente elevação nos valores aplicados no SUS. Em 2013, somando-se os recursos próprios e os recursos oriundos de outras esferas governamentais, houve um investimento total de R\$ 884,41 por habitante/ano (R\$ 73,70 ao mês), dos quais Maratá aplicou

R\$ 617,39 per capita (R\$ 51,45/mês), o RS investiu R\$ 155,91 per capita (R\$ 12,99/mês) e a União R\$ 111,11 por habitante (R\$ 9,26/mês).

Tabela 6: Gasto público em saúde por habitante, no ano, segundo esfera governamental, Maratá – RS, 2010-2013 (encontra-se na próxima página).

| ANO | Valor Médio em R\$ investido por habitante/Ano | | | | Total R\$ |
|------|--|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-----------|
| | População estimada | Recursos da esfera municipal R\$ | Recursos da esfera estadual R\$ | Recursos da esfera federal R\$ | |
| 2010 | 2.527 | 483,25 | 25,23 | 112,83 | 621,31 |
| 2011 | 2.537 | 539,43 | 28,12 | 98,59 | 666,14 |
| 2012 | 2.546 | 584,77 | 162,85 | 118,01 | 865,63 |
| 2013 | 2.639 | 617,39 | 155,91 | 111,11 | 884,41 |

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Considerando as tabelas acima, houve uma considerável evolução nos repasses financeiros do SUS para a Atenção Básica. Para Vasquez (2011), no período em que o governo federal busca a adesão dos municípios aos seus programas, normalmente os incentivos financeiros são melhores e cobrem uma parcela significativa dos custos, estimulando os municípios a aderirem aos programas. Porém nos anos seguintes, os valores repassados pelo governo federal não sofrem as necessárias correções, causando a redução das transferências e da participação da União no financiamento da saúde como um todo. De um lado, os municípios não podem deixar de ofertar o programa, devido à pressão social e a adesão da população. Por outro lado, os repasses ainda são importantes para o financiamento da saúde, o que obriga os municípios a continuarem vinculados ao Programa.

Diante disto, Castro e Machado (2010) complementam que mesmo sendo a execução da atenção primária à saúde atribuída a esfera municipal, o Ministério da Saúde tem papel fundamental na determinação

desta política em âmbito nacional, como órgão formulador e financiador, norteador das ações dos municípios que são responsáveis pela execução.

CONCLUSÃO

Os dados obtidos através do SIOPS revelam as contribuições das fontes de recursos oriundos das três esferas governamentais, visando a efetivação das ações e serviços públicos em saúde no Município de Maratá. No presente estudo, constatou-se que o município tem participado com mais de 70% no recurso aplicado na Atenção Primária, enquanto que os demais 30% são divididos entre Estado e União. Isto demonstra uma dependência pequena para com os recursos oriundos de outras esferas, voltados a efetivar e incrementar ações e promoções em saúde.

Verificou-se que Maratá cumpre a Emenda Constitucional nº 29/2000, aplicando um percentual superior a 15% dos recursos próprios em saúde no período de 2010 a 2013.

Em Maratá, a subfunção orçamentária “Atenção Básica” é a que mais recebe investimentos por parte das três esferas. Isto justifica-se devido à relevância desta área, que é porta de entrada do Sistema Único de Saúde e responsável pelo acolhimento e resolução de 80% dos casos que demandam atendimento em saúde.

É imprescindível reafirmar a relevância da atuação da gestão em saúde sobre o financiamento, para o aprimoramento contínuo do SUS, visto que o repasse dos recursos financeiros por si só não garantem a eficiência, eficácia e efetividade do Serviço de Saúde Municipal.

REFERÊNCIAS

ABRASCO, CFM E UERJ. Seminário Impasses e Alternativas para o Financiamento do SUS Universal. Termo de Referência, 2011. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/Files/ABRASCODIVULGA/2011/TRSeminario2.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. A Gestão Administrativa e Financeira no SUS. Brasília, 2011.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF; 2000.

_____. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF; 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc86.htm>. Acesso em: 07 abr.2015.

_____. Lei Complementar nº 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. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF; 2012.

_____. Lei nº 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. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF; 1990.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Ministerial nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF; 2007.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual SIOPS aplicado à Municípios, 2014 – 6º Bimestre. Versão 1.0. Brasília, 2014.

CAMPELLI, Magali Geovana Ramlow, CALVO, Maria Cristina M. O cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.23, n.7, p. 1613-23, 2007.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. Sistema Único de Saúde. Comentários a Lei Orgânica da Saúde. 3.ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2002.

CASTRO, Ana Luisa Barros de, MACHADO, Cristiani Vieira. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulamentação e o financiamento federal. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, 2010.

CARVALHO, Gilson. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através das normas operacionais. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.435-444, 2001.

COREDE VALE DO CAÍ. Planejamento Estratégico Regional do Vale do Caí. 1ª Ed., São Sebastião do Caí, Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 2010. Disponível em: <<http://www2.al.rs.gov.br/forumdemocratico>>.

FEDERAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES DE MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL. Dados Referentes à Municípios. Disponível em: <<http://www.famurs.com.br>>. Acesso em: 04 jul. 2014.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, Fábio de Barros Correia. Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 6-17, 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 05 jul. 2014.

KRANZ, Luís Fernando. Consórcio Intermunicipal do Vale do Rio Caí (CIS/CAÍ): serviços prestados de média e alta complexidade em saúde. UFRGS: Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/56818>>. Acesso em: 07 abr.2015.

LEVCOVITZ, E. Financiamento e relações entre esferas de governo na implementação do SUS: as Normas Operacionais Básicas de Saúde. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999.

LIMA, Claudia Risso de Araújo; CARVALHO, Marília Sá, SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade. Financiamento público em saúde e confiabilidade dos bancos de dados nacionais. Um estudo dos anos de 2001 e 2002. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, 2006.

MARATÁ, Lei nº 454/99 de 09 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a criação do Fundo Municipal de Saúde. 1999.

MARATÁ, Balancetes da Despesa 2010, 2011, 2012 e 2013. Secretaria Municipal da Administração e Fazenda, Setor de Contabilidade. 2015.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p. 403-15, 2003.

MELAMED, Clarice, COSTA, Nilson do Rosário. Inovações no financiamento federal à Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. v. 8, n.2, p. 393-401, 2003.

MONTENEGRO. Consórcio Intermunicipal do Vale do Rio Caí – CIS/CAÍ. Montenegro, 2010. Disponível em: <<http://www.ciscai.com.br/nossa-histoacuteria.html>>. Acesso em: 08 abr. 2015.

PIOLA, S. F. et al. Gasto Tributário e conflito distributivo na saúde. Políticas sociais: acompanhamento e análise, n.17 – Vinte anos da Constituição Federal, v.1, cap. 3. Brasília: Ipea, 2009.

ROESCH, Sylvia Maria Azevedo. Projetos de Estágio do Curso de Administração. São Paulo: Atlas, 1996.

SANTOS, Aristeu Jorge dos. Orçamento Público e os Municípios. Alguns conceitos de orçamento e suas repercussões na administração pública municipal. Escola de Administração. UFRGS. Ago. 2001.

SILVA, Keila Silene de Brito; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamim; SOUSA Islândia Maria Carvalho de; GONÇALVES, Rogério Fabiano. Conhecimento e uso do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) pelos gestores municipais. Pernambuco, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.373-382, 2010.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira; REIS, Ademar Arthur Chioro dos; SOTER, Ana Paula Menezes et al. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v.7, n.4, p. 495-502, 2007.

TEIXEIRA, Hugo Vocurca; TEIXEIRA, Marcelo Gouvêa. Financiamento da Saúde Pública no Brasil: a experiência do SIOPS. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.8, n. 2, p. 379-91, 2003.

VAZQUEZ, Daniel Arias. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.27, n.6, p. 1201-1212, 2011.

INCENTIVOS FINANCEIROS ESTADUAIS À SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO NAS 30 REGIÕES DE SAÚDE, RS, 2013-2014

ALINE DE SOUZA MOSCARDINI
LUIS FERNANDO KRANZ
ROGER DOS SANTOS ROSA

INTRODUÇÃO

A Lei Federal nº 8.080/90 dispõe sobre a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, assim como a organização e o funcionamento dos serviços, definindo o Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto um conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

Tal legislação prevê, no Capítulo II, a regionalização da rede de serviços de saúde como princípio e diretriz, sendo que as ações e os serviços públicos de saúde, incluindo os privados contratados ou conveniados, devem obedecer essa premissa.

Posteriormente, a Portaria nº 373/GM, de 2002, aprovou, na forma de anexo, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02, a qual ampliou as atribuições e responsabilidades dos municípios na Atenção Básica e estabeleceu o processo de regionalização como estratégia dos serviços de saúde e de busca de maior equidade.

Essa norma refere que a regionalização deveria contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde.

Em 2011, o Decreto nº 7.508, que regulamentou a Lei Federal nº 8.080/90, faz referência às regiões de saúde e as define como “um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes (...), com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”.

A Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS) elencou seus critérios para definir as regiões de saúde, considerando suas necessidades e as diversidades locorregionais, tendo como produto tal definição: população de 300.000 habitantes, com região variando entre 100.000 até 500.000 habitantes; raio de 100 Km de distância, aproximadamente, considerando a disponibilidade de acesso (estradas); critérios de ponto de corte da região (imagem-situação); e, melhor funcionamento da Comissão Intergestores Regional (CIR), tendo em vista potencializar o processo de planejamento e gestão regional (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

As premissas da regionalização foram contempladas no estado do Rio Grande do Sul. A Secretaria Estadual de Saúde definiu as 30 regiões de saúde, pactuadas junto à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e abrangidas na Resolução nº 555/12 - CIB/RS. A CIB/RS definiu cada área, conforme a infraestrutura disponível e as características locais, com a finalidade de organizar e subsidiar o planejamento e a execução das ações em saúde.

O Programa Saúde da Família (PSF) – posteriormente a Estratégia de Saúde da Família, de acordo com a Política Nacional da Atenção Básica – PNAB (2012), é considerado um projeto dinamizador do SUS, pois se caracteriza na mudança do modelo assistencial, de forma articulada e integrada, entre os gestores e os usuários do SUS e instituições nacionais e internacionais. De acordo com Costa (2004), é possível compreender que a proposta desse programa, condicionada à evolução histórica de re-

organização do SUS, visa modificar a lógica da rede de serviços básicos de saúde, com a implementação e expansão da ESF no Brasil.

A Saúde da Família (SF), junto à atenção básica, é considerada como porta de entrada no atendimento do SUS, pois constitui o eixo de aproximação dos serviços de saúde e a sociedade civil, promovendo melhoria na qualidade de vida e reorganizando o atendimento primário para ações e promoções de saúde (COSTA, 2004, p.9). O atendimento é prestado na unidade de saúde ou nos domicílios. Essa equipe de SF e a população acompanhada criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e das famílias na comunidade (FERNANDES; SOLLA, 2004, p. 12-13).

No campo teórico, a SF tem servido como objetivo de estudo e análise para novas metodologias de gestão, formação e educação dos profissionais de saúde. Nas práticas de saúde, é um desafio de superação do modelo tradicional, visto que busca os sentidos da integralidade e a compreensão dos processos de saúde e doença que estão expostos dentro da realidade local. Por fim, no campo político-administrativo, é vista como a principal estratégia de organização do SUS (SOLLA; FERNANDES, 2004, p.12).

A ESF tem demonstrado ser uma forma de reorganização do sistema público de saúde, considerando a Atenção Básica e a Saúde da Família como arranjos possíveis e viáveis na produção de saúde, por meio da contribuição do trabalho multiprofissional, do vínculo entre equipe, população e território e do estímulo à participação da comunidade (NEGRI; WERTHEIN, 2002, p. 12).

O RS aderiu ao programa, no ano de 1994, com real expansão da estratégia somente a partir de 2003, quando o estado priorizou, como estratégia de governo, investir na implantação das ESF. Em dezembro de 2003, o RS possuía 306 municípios com ESF e 615 equipes implantadas, o que significava uma cobertura populacional de 1.945.292 (18,7%), pessoas.

Em janeiro de 2014, o RS tinha 461 municípios com 1.688 ESF implantadas e cobertura populacional de 5.367.659 (49,84%) pessoas. A meta, até o final de 2015, era atingir uma cobertura de 70% da população gaúcha de ESF e fortalecer financeiramente a atenção básica dos municípios (RIO GRANDE DO SUL, 2013). Meta não atingida, já que ao iniciar 2015 a cobertura era de 52,56% (BRASIL, 2015).

O RS é pioneiro em cofinanciamento e na criação do incentivo para as ESF e equipes de Saúde Bucal (ESB), bem como do incentivo adicional para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O incentivo financeiro das equipes foi iniciado no ano de 2003, através da Portaria nº 51 SES/RS, para Saúde da Família, e da Portaria Nº 52 SES/RS – para Saúde Bucal. Esse pioneirismo conduziu à nova Portaria nº 309/13 SES/RS e às Resoluções nº 502 e 503/13 e 426/14 - CIB/RS, que potencializam as ações na AB.

O cofinanciamento em saúde é de suma importância para auxiliar os municípios e os gestores municipais a subsidiarem e a estruturarem as ações e os serviços de saúde pública na ponta, onde o atendimento inicial é primordial, assim como a manter os profissionais de saúde fixados naquela região, oferecendo boas condições de trabalho e proporcionando um atendimento digno e de qualidade ao usuário (COELHO; SCATENA, 2014, p.271-273).

De acordo com o Grupo Técnico da AB, foram pensadas algumas alternativas de cofinanciamento em saúde para potencializar e fortalecer a Atenção Básica dos municípios. Dentre elas, foram criadas três novas Resoluções:

- a) Resolução nº 502/13 – CIB/RS: cria o incentivo financeiro estadual para implantação de novas ESF. O referido incentivo tem o valor total de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais), por equipe de ESF, dividido em três parcelas de R\$ 10.000,00 (dez mil reais).
- b) Resolução nº 503/13 – CIB/RS: cria um conjunto de incentivos financeiros estaduais diferenciados para qualificação da ESF e de

ESB, composto da seguinte forma: Incentivo financeiro para inserção de um segundo Enfermeiro na ESF; Incentivo financeiro para ESF com Médicos de Família e Comunidade; Incentivo Financeiro para ESF com ESB Modalidade II, com a presença de, pelo menos, um Técnico de Saúde Bucal. Incentivo adicional mensal no valor de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais) para ESF, com dois enfermeiros, sendo que, pelo menos, um deles tenha Especialização *Latu Sensu* em Saúde da Família, Saúde da Mulher, Enfermagem Obstétrica ou Saúde Pública/Saúde Coletiva, desde que, nesse último exemplo, tenha componente clínico curricular. Os municípios com ESF que possuam médico com titulação de Médico de Família e Comunidade, cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), receberão um repasse adicional mensal no valor de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) por ESF. Os municípios com ESF, que tenham Saúde Bucal credenciada e cadastrada como Modalidade II, receberão repasse adicional mensal de R\$ 1.000,00 (um mil reais), por ESB, modalidade II.

Especificadamente, ao presente estudo, a Resolução considerou a importância da Saúde da Família na consolidação do SUS, através da reorganização do modelo de atenção e do acesso a ações integrais de saúde para indivíduos e famílias; a necessidade de ampliar e qualificar o acesso da população a ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde que contribuam para a melhoria dos indicadores de saúde; que compete aos municípios executar as ações e os serviços de saúde, com cooperação técnica e financeira da União e dos estados (Art. 30, CF/88); a importância do profissional da enfermagem e a formação diferenciada do Médico de Família e Comunidade para qualificação da Estratégia Saúde da Família, bem como a necessidade de incentivar a presença do técnico de saúde bucal para ampliar o acesso e qualificar as ações de Saúde Bucal.

- c) Resolução nº 426/14 – CIB/RS: criar incentivo financeiro para aquisição de veículos exclusivos para uso das equipes de Atenção Domiciliar (AD), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB), Composição Intersetorial de Trabalho de Redução de Danos, Composição de Equipe de Redução de Danos e Consultórios na Rua. O incentivo para compra do veículo perfaz o valor de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais). O veículo a ser adquirido pelo município pode ser composto por cinco a sete lugares. Será contemplado um veículo para cada equipe de NASF, NAAB e Consultório na Rua. No caso de veículos para Consultório na Rua, o município poderá complementar o valor para aquisição de Vans em substituição de veículos de cinco e sete lugares.
- d) Portaria nº 539/13 SES/RS, que “Estabelece Incentivo Financeiro Estadual para ESF, Estratégia de Saúde Bucal e ESF Quilombola (ESFQ)”.

Seus componentes financeiros são compostos de parcela básica e adicional de qualificação, no entanto, estão condicionados à inclusão da equipe no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ, no ano de 2013. A observância desse critério será avaliada:

§ 1º - Para ESF e ESB: por publicação pelo Ministério da Saúde referindo inclusão da equipe e devidas homologações;

§ 2º - Para ESFQ: por publicação pelo Ministério da Saúde referindo inclusão da equipe e devidas homologações;

Art. 6º - O adicional de qualificação para ESF/ESB corresponderá inicialmente a 20% de acréscimo sobre valor da parcela básica a que a equipe faz jus, conforme o artigo 2º desta portaria.

Art. 7º - O adicional de qualificação para ESFQ corresponderá inicialmente a 20% de acréscimo sobre valor da parcela básica Estratégia de Saúde da Família (ESF), conforme o artigo 2º desta portaria.

Art. 8º - O valor do incentivo adicional de qualificação para ESF/ESB e para ESFQ, sofrerá variação conforme classificação alcança-

da pela equipe no processo de certificação do Ministério da Saúde, referente ao Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), conforme os seguintes critérios:

I - DESEMPENHO INSATISFATÓRIO: suspensão do repasse dos 20% (vinte por cento) da parcela qualificação, conforme Art. 2º desta portaria;

II - DESEMPENHO REGULAR: manutenção dos 20% (vinte por cento) da parcela qualificação, conforme Art. 2º desta portaria;

III - DESEMPENHO BOM: aumento do valor do componente qualificação de 20 para 60% sobre valor da parcela básica, conforme Art. 2º desta portaria;

IV - DESEMPENHO ÓTIMO: aumento do valor do componente qualificação de 20 para 100% sobre valor da parcela básica, conforme Art. 2º desta portaria.

Os repasses financeiros gaúchos da ESF e ESB foram contemplados para que ambos fossem vinculados, deixando claro que, para receber o valor máximo, o município deverá ter ESF com ESB.

No art. 2ª, da Portaria nº 539/13 SES/RS, é possível saber como ficou essa relação financeira: “A parcela básica para ESF será de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) para os municípios que possuem ESF com ESB e será de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais) para os municípios que possuem ESF sem ESB”.

A Portaria supracitada também especifica o recurso financeiro das ESF Quilombola, no § 2º, para ESFQ: por publicação, pelo Ministério da Saúde, referindo inclusão da equipe e devidas homologações; e Art. 7º - “O adicional de qualificação para ESFQ corresponderá inicialmente a 20% de acréscimo sobre valor da parcela básica ESF, conforme o artigo 2º desta portaria”.

Neste contexto, é objetivo deste estudo descrever a distribuição das adesões aos incentivos financeiros estaduais da Resolução nº 503/13 – CIB/RS, nas 30 regiões de saúde do estado Rio Grande do Sul, no período de 2013 a 2014. Em específico: a adesão aos incentivos para Médicos de Família e Comunidade, para o segundo Enfermeiro e para Técnico em Saúde Bucal modalidade I por região de saúde.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O percurso metodológico caracteriza-se como descritivo e documental, por meio de dados coletados das adesões aos incentivos financeiros estaduais previstos na Resolução nº 503/13 – CIB/RS, nas 30 regiões de saúde do Rio Grande do Sul, durante os anos de 2013 a 2014.

Quanto aos dados de adesão dos municípios aos recursos financeiros da Resolução nº 503/13 - CIB/RS, a coleta foi obtida via sistema *online*, por meio do Formulário *Online* SUS/FORMSUS, durante o período de estudo.

Em relação à informação da população residente, esta foi coletada por meio do banco de dados do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no que se refere, especificadamente, às estimativas populacionais enviadas para o Tribunal de Contas da União (TCU), estratificadas por idade e sexo pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/DATASUS.

Por fim, é importante ressaltar que os dados coletados de fontes secundárias, por meio de bancos oficiais e públicos de informações de saúde, dispensam formas de autorização de acessos às informações necessárias para o estudo em questão.

Para a consecução do estudo, entrevistas ou questionários não foram utilizados para acesso a dados e informações, mas, sim, informações e dados não individualizáveis oriundos da SES – Departamento de Ações em Saúde (DAS) – CEAB.

O acesso foi autorizado pela Diretora do DAS, por meio do Termo de Aceite Institucional. Assim, ficou dispensado o encaminhamento e a aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, segundo a Resolução Nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, foi realizado levantamento, por região de saúde, quanto ao número de municípios, população residente e total das adesões ao incentivo, além das adesões aos incentivos e ao aumento de profissionais contemplados, conforme o previsto na Resolução nº 503/13 – CIB/RS (Tabela 1).

TABELA 1 – QUANTITATIVO DAS ADESÕES AOS INCENTIVOS ESTADUAIS DA RESOLUÇÃO Nº 503/13 – CIB/RS, POR PROFISSIONAL, REGIÕES DE SAÚDE, RS, 2014

| REGIÃO DE SAÚDE | n municípios | População | Adesões 2014 | 2º Enferm | MFC | Téc Saúde Bucal |
|-----------------------------|--------------|------------|--------------|-----------|-----|-----------------|
| R 01 Verdes Campos | 21 | 418.790 | 1 | 1 | - | - |
| R 02 Entre Rios | 11 | 123.567 | 2 | 2 | - | - |
| R 03 Fronteira Oeste | 11 | 462.011 | - | - | - | - |
| R 04 Belas Praias | 12 | 141.500 | 4 | 4 | - | - |
| R 05 Bons Ventos | 11 | 207.987 | 2 | - | 2 | - |
| R 06 V. Paranhana/C. Serra | 8 | 215.611 | 2 | 2 | - | - |
| R 07 Vale dos Sinos | 15 | 765.656 | 5 | 4 | 1 | - |
| R 08 Vale Caí/Metropolitana | 18 | 725.660 | 4 | 1 | 3 | - |
| R 09 Carbonífera/Costa Doce | 19 | 387.704 | 1 | 1 | - | - |
| R 10 Capital/Vale Gravataí | 6 | 2.241.453 | 34 | - | 9 | 25 |
| R 11 Sete Povos Missões | 24 | 283.995 | 5 | 4 | - | 1 |
| R 12 Portal das Missões | 13 | 151.442 | 1 | 1 | - | - |
| R 13 Diversidade | 20 | 223.034 | 9 | 5 | 4 | - |
| R 14 Fronteira Noroeste | 22 | 225.530 | 6 | 1 | 5 | - |
| R 15 Caminho das Águas | 26 | 185.592 | 6 | 6 | - | - |
| R 16 Alto Uruguai Gaúcho | 33 | 230.291 | 7 | 7 | - | - |
| R 17 Planalto | 28 | 386.836 | 4 | 3 | 1 | - |
| R 18 Araucárias | 20 | 128.494 | 2 | 2 | - | - |
| R 19 Botucarái | 14 | 115.495 | 3 | 1 | 2 | - |
| R 20 Rota da Produção | 26 | 161.176 | 7 | 6 | 1 | - |
| R 21 Sul | 22 | 847.689 | 4 | 4 | - | - |
| R 22 Pampa | 6 | 182.865 | - | - | - | - |
| R 23 Caxias e Hortênsias | 6 | 546.080 | 2 | - | 2 | - |
| R 24 Campos de Cima Serra | 9 | 95.435 | 1 | 1 | - | - |
| R 25 Vinhedos e Basalto | 22 | 284.822 | 1 | - | 1 | - |
| R 26 Uva Vale | 12 | 172.390 | - | - | - | - |
| R 27 Jacuí Centro | 12 | 199.922 | - | - | - | - |
| R 28 Vinte e Oito | 13 | 330.098 | 2 | 1 | 1 | - |
| R 29 Vales e Montanhas | 27 | 210.271 | 9 | 5 | 4 | - |
| R 30 Vale da Luz | 10 | 119.207 | 2 | - | 2 | - |
| TOTAL | 497 | 10.770.603 | 126 | 62 | 38 | 26 |

Fonte: SES, FormSUS. 2015. Estimativa populacional, residente 2012 – IBGE. 2015

Em 2013, ano da resolução, não há adesões em nenhuma das 30 regiões de saúde, sendo importante lembrar o pouco tempo de sua vigência, publicada em outubro/2013. Em 2014, apenas quatro regiões de saúde não tiveram nenhum de seus municípios com adesão à resolução, sendo estas: 3 – Fronteira Oeste, 22 – Pampa, 26 – Uva Vale e 27 – Jacuí Centro. O total de adesões, no ano de 2014, foi de 126, distribuídas nas demais regiões de saúde do estado. A região 10 – Capital/Vale Gravataí totalizou 34 adesões. Tal região é formada por apenas seis municípios (incluindo a capital estadual, Porto Alegre), mas possui a maior população, com 2.241.453 habitantes.

Do total das 30 regiões de saúde, 21 aderiram ao segundo enfermeiro, com 62 adesões. Em relação ao Médico de Família e Comunidade, 16 regiões aderiram, sendo que a região 10 – Capital/Vale Gravataí teve o maior número, com 9 adesões. A região 14 – Fronteira Noroeste teve cinco adesões, já as regiões 13 – Diversidades e 29 – Vales e Montanhas cada uma teve 4.

No caso do Técnico em Saúde Bucal, apenas duas regiões aderiram: a 10 – Capital/Vale Gravataí e a 11 – Sete Povo das Missões, com 25 e uma adesão, respectivamente. Quanto à discussão, um estudo que examinou a estratégia abordada pelos gestores federal e estadual do SUS, além de apontar problemas no financiamento da atenção básica e do PSF, discorre que a União focou a maior parte do montante de financiamento na AB (MARQUES; MENDES, 2003). Além disso, aqueles autores fazem referência a maior participação dos municípios no financiamento da saúde, bem como às modificações nas relações das gestões estaduais e municipais quanto ao financiamento compartilhado nas políticas de saúde.

De acordo com Marques e Mendes (2003), as Secretarias Estaduais de Saúde têm participado da implantação da Saúde da Família incluindo os incentivos financeiros, sendo que:

“a preocupação em transferir recursos, visando ao conjunto de ações e serviços de saúde, parece encontrar eco apenas no Estado

do Rio Grande do Sul. Nesse Estado os recursos do Tesouro Estadual são também transferidos fundo a fundo, porém podem ser utilizados, pelos municípios, para despesas de custeio ou investimento, desde que em ações e serviços públicos de saúde.” (p. 410)

A experiência de financiamento gaúcha é citada quando Marques e Mendes (2003) retomam, que desde 1999, a SES/RS adota uma política de financiamento na perspectiva da busca de resolutividade da AB, com a lógica que a estratificação do recurso fortaleça os municípios na gestão do SUS, considerando as particularidades e o montante das receitas próprias, onde os incentivos federais e estaduais são fundamentais para tais.

Na perspectiva de gastos em saúde, Dain (2007) relata que investir em saúde não é sinônimo de desperdício de recursos, mas que cabe aos gestores, em todos os níveis de governo, zelar pela qualidade de seus gastos e pela racionalização dos custos (p. 1863).

Em concordância com esse autor, a pesquisa realizada por Castro e Machado (2010) analisou a implementação federal da atenção primária à saúde no Brasil no período de 2003- 2008, considerando, também, aspectos governamentais e de financiamento. Tal estudo expressa que, desde a criação dos incentivos aos programas de PACS e PSF, identifica-se tendência crescente e, no ano de 2005, as transferências desses incentivos ultrapassaram as do PAB fixo, refletindo na expansão desses programas.

Em conformidade com esses achados, o estudo de Vazques (2011) notou que os recursos destinados ao campo da saúde cresceram, gradativamente, em montante real, *per capita* e porcentagem do Produto Interno Bruto (PIB), e que os estaduais tiveram sua expansão maior após a Emenda Constitucional 29, sendo que o total dobrou e teve significativa contribuição das receitas estaduais.

Outro estudo de Marques e Mendes, mas relacionado ao ano de 2002, tais autores analisaram a evolução do gasto e do financiamento da atenção em saúde, além das prioridades e estratégias de financia-

mento, redigindo que os incentivos tornaram-se uma prática comum do Ministério da Saúde, desde 1998, quando os municípios, por meio da formalização do PAB, foram motivados à adesão de programas que estejam vinculados às receitas financeiras. Na medida em que esse recurso é atrelado a um programa, os municípios ficam limitados quanto ao gerenciamento mais abrangente de sua gestão em saúde.

O presente estudo, pode-se afirmar que ainda há pouca adesão aos incentivos previstos na Resolução Nº 503/2013 – CIB/RS, diante do total de cobertura estadual de saúde da família. Tal fato perpassa por características territoriais, de gestão e burocratização dos processos de trabalho.

Diante disso, os resultados de Berretta, Lacerda e Calvo (2011), os quais apresentaram um modelo de avaliação para gestão de planejamento de saúde municipal, referem que, no nível federal e estadual, os desafios direcionam-se devido à grande diversidade dos municípios, com diferentes perfis demográficos, sanitários e epidemiológicos, além de necessidades regionais diferenciadas.

Para os municípios, especialmente os de pequeno porte (até 20 mil habitantes), as dificuldades, incluindo os aspectos de financiamento, devem-se à precariedade das organizações da área de planejamento e de deficiências na infraestrutura (BERETTA, LACERDA e CALVO, 2011). Quando se direciona essa particularidade para o estado do Rio Grande do Sul, pode-se verificar que 70% dos municípios gaúchos se enquadram como de pequeno porte e com dificuldades de gestão (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

As causas da diferenciação do quantitativo de adesões nas 30 regiões de saúde podem estar relacionadas com a cobertura de saúde da família e o número de equipes de saúde da família implantadas nas respectivas regiões, já que o fato de ter equipes implantadas e razoável cobertura predis põe que o gestor de saúde considera a importância da saúde de família e investe nessa estratégia de trabalho como orientadora e organizadora do cuidado em saúde.

As regiões de saúde com maior adesão à Resolução estudada são também aquelas que apresentam quantitativo razoável de equipes de saúde da família implantadas, todas com mais de 43 equipes. Ainda, essas regiões apresentam as maiores coberturas de saúde da família, superiores a 70%, com exceção da região 08 – Vale Caí/Metropolitana e 10 – Capital/Vale Gravataí, que apresentam cobertura de 42,92% e 35%, respectivamente. Entretanto, as duas regiões apresentam os maiores números de equipes implantadas, 92 e 228 equipes.

Considerando o papel do gestor, Noronha et al. (2008), ao analisarem a estrutura da gestão, apontam que o gestor público de saúde atua em dois campos: o político e o técnico. Esses campos são envolvidos por um conjunto de relações entre os diferentes sujeitos, o qual perpassa interesses, disputas e conflitos de ideia.

Embora sejam relevantes os inúmeros avanços do arcabouço legal do modelo de atenção à saúde e do SUS nos últimos anos, ainda há desafios para gerenciar e, assim, consolidá-lo (BARRA, 2013), como a burocratização dos processos na gestão pública da saúde, a falta de conhecimento técnico e as dificuldades orçamentárias.

Nessa perspectiva, a diferenciação das adesões aos incentivos pode ser motivada pelas características específicas de cada região e pelo modelo de gestão seguido por cada município que forma uma determinada região, mas, também, por fatores semelhantes aos informados em pesquisa do Ministério da Saúde, no ano de 2004, que entrevistou 250 prefeitos municipais, distribuídos segundo a região geográfica e o porte sobre a percepção dos gestores quanto os processos de gestão do SUS (BRASIL, 2004).

Na referida pesquisa, a maioria dos problemas da gestão citada pelos gestores, por ordem, foram: 1. Financiamento (pouco recurso para a saúde; falta de apoio financeiro do Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde); 2. Rede de Serviços (estrutura física de rede de serviços insuficiente ou inadequada; insuficiência de medicamentos e insumos); 3. Função de gestão (dificuldade na estruturação do planejamento; difi-

culdade na estruturação da programação); 4. Pessoal (insuficiência de profissionais na rede; falta de capacitação do pessoal da rede); 5. Instâncias Colegiadas de Controle Social (relação difícil com a CIB; relação difícil com a Secretaria Estadual de Saúde); 6. Legislação/Normalização (critérios muito rígidos; normatização federal e estadual em excesso).

Conquanto, são múltiplos os fatores que dificultam a gestão municipal de saúde, podendo ser diferentes em cada município, o que exige habilidade dos gestores para classificar e priorizar os que necessitam de intervenção imediata. Neste estudo, particularmente, a estratégia de saúde da família predispõe de profissionais com formação adequada à lógica do processo de trabalho desempenhado pela Saúde da Família e APS. Com base em tal contexto, a Resolução estudada está adequada a essa premissa, na medida em que incentiva a vinculação de profissionais médicos, enfermeiros e de saúde bucal com formação específica à atuação que realizam.

REFERÊNCIAS

ALMA ATA. Declaração da Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata. Disponível em:

<http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Alma-Ata.htm>. Acesso em: 10 nov. 2014.

ALMEIDA, Célia. Equidade e reforma setorial na América Latina. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, p. 23-26, 2002.

BARRA, Sabrina Alves Ribeiro. Gestão da Estratégia de Saúde da Família: o desafio de consolidar a intersectorialidade. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Faculdade de Serviço Social. Universidade Federal de Juiz de Fora. 2013.

BERRETTA, Isabel Quint; LACERDA, Josimari Telino de; CALVO, Maria Cristina Marino. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. Cad. Saúde Pública [online]. 2011, vol.27, n.11, pp. 2143-2154.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O Financiamento da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde 1. SUS (BR). 2. Financiamento. I Título. NLM WA 525.CDD – 20. ed. – 362.1068. . – Brasília: CONASS, 2011. 124 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 2). ISBN: 978-85-89545-62-4.

. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 10 set. 2014. Diário Oficial da União. Poder Legislativo, Brasília, DF, 05 out. 1988, p.1 (anexo).

. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. População residente. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=43&search=rio-grande-do-sul>>. Acesso em: 17 dez. 2014.

. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão Participativa. Levantamento sobre a percepção dos prefeitos quanto ao processo de gestão do Sistema Único de Saúde. – Versão Preliminar. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 66 p. il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

. Departamento de Ações em Saúde. Ministério da Saúde. Histórico de Saúde da Família. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php> Acesso: 13 abr. 2015.

. Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 10 set. 2014. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011, p. 1.

. Lei Nº 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>. Acesso em: 10 set. 2014. Diário Oficial da União. Poder Legislativo, Brasília, DF, 20 set. 1990, p.18055.

. Lei Complementar Nº 141, de 13 de Janeiro de 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm>. Acesso em: 01 dez. 2014. Diário Oficial da União. Poder Legislativo, Brasília, DF, 16 jan. 2012, p.1.

. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS, 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>>. Acesso em: 10 set. 2014. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 6 nov. 1996.

. Portaria Nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 - NOAS/SUS 01/2002. Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e

procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Coleção Para entender a gestão do SUS, Brasília, DF, p. 214-321. 20 ed.

. Resolução Nº 466/2012 Conselho Nacional de Saúde. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html>. Acesso em: 18 de nov. 2014. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

CASTRO, Ana Luisa Barros de; MACHADO, Cristiani Vieira. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. Cad. Saúde Pública [online]. 2010, vol.26, n.4, pp. 693-705.

CASTRO, Janice Dornelles de; MEDEIROS, José Eri de. Sementes do SUS: curso de especialização em saúde da família e da comunidade. São Leopoldo, ed. UNISINOS, 2006, 15-22.

CARNEIRO, Pedro Silveira; FORSTER, Aldaísa Cassanho; FERREIRA, Janise Braga Barros. A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação. Saúde e Debate. Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p.57-68, jan-mar 2014.

COELHO, Thereza Christina Bahia; SCATENA, João Henrique G. Financiamento do SUS. In: Saúde Coletiva: teoria e prática/ organizadores Jairnilson Silva Paim, Nao-mar de Almeida Filho. - 1. ed. - Rio de Janeiro: MedBook, 2014. 720p.

CONASS documenta, CADERNOS de informação técnica e memória de Progestores Nº 2: "Atenção Primária - Seminário do CONASS para Construção de Consensos". Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, abril de 2004.

COSTA, Humberto, et al. Experiências e desafios da atenção à saúde familiar: caso Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2004, p.9.

DAIN, Sulamis. Os impasses do financiamento fiscal do SUS. Trab. educ. saúde [online]. 2008, vol.6, n.3, p. 623-632.

. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2007, vol.12, suppl., pp. 1851-1864.

DOURADO, Daniel de Araujo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n. 1, p.204- 11, fev 2011.

FERNANDES, Afra Suassuna; SOLLA, Jorge. Introdução In: JUAN, A. Seclen-Palacin (orgs.). Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004, p.11-12.

GIL, Celia Regina Rodrigues. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Caderno de Saúde Pública. n. 21. Rio de Janeiro, 2005. p.490-498.

GUANAIS, Frederico; MACINKO, James. Primary Care and Avoidable Hospitalizations: Evidence from Brazil. *Journal of Ambulatory Care Manage*, Filadélfia, 2009, vol. 32, No. 2, pp. 115–122.

MATTOS, Ruben Araujo de; COSTA, Nilson do Rosário. Financiando o SUS: algumas questões para o debate. *Trab. educ. saúde* [online]. 2003, vol.1, n.2, pp. 315-333.

MACINKO, James; GUANAIS, Frederico; SOUZA, Maria de Fátima M. de. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002, *Journal of Epidemiology and Community Health*, Bethesda, 2007.

MARQUES, Dalvani; SILVA, Eliete Maria. A Enfermagem e o Programa de Saúde da Família: uma parceria de sucesso? *Revista Brasileira Enfermagem*, Brasília, set/out. 2004, p.545-50.

. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2003, vol.8, n.2, pp. 403-415.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cad. Saúde Pública* [online]. 2002, vol.18, suppl., pp. S163-S171.

MATTOS, Grazielle Christiane Maciel et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2):373-382, 2014.

MATTOS, Ruben Araujo de; COSTA, Nilson do Rosário. Financiando o SUS: algumas questões para o debate. *Trab. educ. saúde* [online]. 2003, vol.1, n.2, pp. 315-333.

MELAMED, Clarice, COSTA, Nilson do Rosário. Inovações no financiamento federal à Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 393-401, 2003.

NEGRI, Brajas; WERTHEIN, Jorge. Apresentação. in: STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia/Bárbara Starfield. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, p. 13-14.

NETO, Milton Menezes da Costa; SOUZA, Maria Fátima de. *Cadernos de Atenção Básica: Programa Saúde da Família*. 2. ed. cad. Brasília: Ministério da Saúde e Departamento de Atenção Básica – DAB, 2000, p.9.

NORONHA, José Carvalho de; et al. O Sistema Único de Saúde. In: GIOVANELLA, Ligia, et al. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 435-472.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). Portaria Nº 51 de 10 setembro de 2003. Estabelece Incentivo Financeiro para qualificar a Atenção Básica à Saúde prestada nos

municípios através do Programa Saúde da Família. Diário Oficial do Estado. Rio Grande do Sul, RS, 18 set. 2003. Seção Eletrônica, p.32.

. Portaria Nº 52 de 10 setembro de 2003. Estabelece Incentivo Financeiro para a reorganização da Atenção à Saúde Bucal nos municípios através do Programa da Saúde da Família. Diário Oficial do Estado, Rio Grande do Sul, RS, 18 set. 2003. Seção Eletrônica, p.33.

. Portaria Nº 309 de 26 de junho de 2013. Estabelece Incentivo Financeiro para qualificar a Atenção Básica - Estratégia de Saúde da Família (ESF), Estratégia de Saúde Bucal (ESB) e Estratégia de Saúde da Família Quilombola (ESFQ). Diário Oficial do Estado, Rio Grande do Sul, RS, 28 jul. 2013. Seção Eletrônica, p.71.

. Portaria Nº 539 de 19 de novembro de 2013. Estabelece Incentivo Financeiro Estadual para Estratégia de Saúde da Família (ESF), Estratégia de Saúde Bucal (ESB) e Estratégia de Saúde da Família Quilombola (ESFQ). Diário Oficial do Estado, Rio Grande do Sul, RS, 20 nov. 2013. Seção Eletrônica, p. 62.

. Resolução Nº 119/CIB/RS, de 23 de maio de 2011. Aprovar para o ano de 2011 a utilização dos coeficientes. Diário Oficial do Estado, Rio Grande do Sul, RS, 30 mai. 2011. Seção Eletrônica, p. 81.

. Resolução Nº 555/CIB/RS, de 19 de setembro de 2012. Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR. Diário Oficial do Estado, Rio Grande do Sul, RS, 21 set. 2012. Seção Eletrônica, p. 93.

. Resolução Nº 502/CIB/RS, de 14 de outubro de 2013. Criar incentivo financeiro estadual para implantação de novas Equipes de Saúde da Família - ESF que tiverem solicitação de credenciamento aprovadas na CIB/RS, a partir da data de aprovação desta Resolução. Diário Oficial do Estado, Rio Grande do Sul, RS, 22 out. 2013. Seção Eletrônica, p. 51.

. Resolução Nº 503/CIB/RS, de 14 de outubro de 2013. Cria um conjunto de incentivos financeiros estaduais diferenciados para qualificação da Estratégia Saúde da Família e de Saúde Bucal. Diário Oficial do Estado, Rio Grande do Sul, RS, 22 out. 2013. Seção Eletrônica, p.52.

. Resolução Nº 426/CIB/RS, de 04 agosto de 2014. Para aquisição de veículo exclusivo/equipes de AD, NASF; NAAB; CR e RD. Diário Oficial do Estado, Rio Grande do Sul, RS, 08 ago. 2014. Seção Eletrônica, p.90.

. Relatório Anual de Gestão do SUS/RS 2013. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1410980179_Anexo%20I_RAG%202013.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2015.

. Assessoria Técnica e de Planejamento – Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão. Apresentação Regiões de Saúde. 2011.

Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1338422367990CONGRESSO_ASSEDISA_REGIO_ES_SAUDE.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2015.

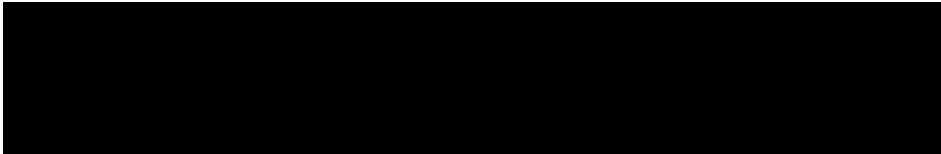
SILVA, Edson Coutinho; GOMES, Maria Helena de Andrea. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa. *Saúde Soc.* São Paulo, v.23, n.4, p.1383- 1396, 2014.

STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia/Bárbara Starfield. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

. Improving equity in health: a research agenda. *International Journal of Health Services*, Westport, v. 3, n. 3, p. 545- 566, 2001.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo da Silva. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Atlas, 2015. 175p.

VAZQUEZ, Daniel Arias. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2011, v.27, n.6, pp. 1201-1212, 2011.



GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES: IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE GESTÃO DE CUSTOS DO SUS NA FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA SÃO CAMILO DE ESTEIO/RS

TATIANE FERREIRA DELA PASE
ROGER DOS SANTOS ROSA

INTRODUÇÃO

O acesso universal, integral e gratuito às instituições integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) é uma conquista social do povo brasileiro, garantido pela Constituição Federal (CF) de 1988. No entanto, se houver falha de gestão, ocasionará uma necessidade infinita de recursos. Assim, os recursos disponíveis acabam por serem sempre insuficientes. Jericó e Castilhos (2010) ressaltam a situação de dificuldade dos hospitais em equilibrarem seus recursos limitados frente à demanda por serviços.

Portanto, para além de uma discussão do modelo de gestão de saúde pública e a necessidade de uma reorientação quanto ao modo de fazer saúde pelo conjunto de integrantes do sistema, torna-se imprescindível ao gestor hospitalar a qualificação dos seus processos de trabalho, bem como conhecer os custos efetivos dos produtos e servi-

ços de saúde disponibilizados à população, a fim de poder avaliar seus resultados.

As organizações hospitalares são ambientes complexos em que se devem considerar as divergências de objetivos das equipes que nelas atuam. Os gestores objetivam, a partir do contexto, obter equilíbrio econômico-financeiro a partir da recuperação dos custos e maximização do *superávit* (receita maior que despesa) e as equipes assistenciais (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, etc.) em prover a melhor assistência possível, independente do custo a ela relacionado.

Diante desta situação, mesmo que as vantagens da aplicação do sistema de custos sejam amplamente recomendadas, outras dificuldades ainda devem ser consideradas, entre elas o custo de sua implantação e a necessidade da manutenção de um sistema de custeio, destacando-se a dificuldade em identificar detalhadamente as atividades envolvidas em cada serviço desenvolvido.

É importante ressaltar o conceito de custos de Bruni e Famá (2002), de que são todos os gastos relativos a bens ou serviços utilizados na produção de outros bens e serviços, estando diretamente ligados aos fatores de produção. Logo, a gestão de custos trata de utilizar-se de dados fornecidos pela contabilidade de custos no processo de tomada de decisão. Segundo informações do Manual Técnico de Custos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), muitas instituições hospitalares, especialmente as públicas, ainda se encontram distantes de um modelo gerencial que permita que a tomada de decisões por parte dos gestores seja realizada com base em dados confiáveis sobre custos, o que dificulta uma orientação adequada para alocação de recursos, bem como não garante a eficiência e qualidade de uma instituição.

Segundo o que consta do Manual Técnico do Programa Nacional de Gestão de Custos (BRASIL, 2006), são algumas das finalidades da gestão de custos para instituições de saúde: realizar prestação de contas,

visando maior transparência ao controle social, subsidiar a tomada de decisão, a definição orçamentária, a política de investimentos e o planejamento das atividades operacionais, calcular os custos dos serviços prestados, relacionados à atividade produtiva, fornecer, a todos os setores da instituição, informação referente a seus recursos, independente da natureza produtiva, despertando assim a corresponsabilidade, para que todos exerçam uma efetiva gestão dos custos.

Deste modo, os sistemas contábeis devem passar a produzir informações mais relevantes para auxiliar a tomada de decisão por parte dos gestores a respeito da administração financeira. Segundo Abbas (2001), a contabilidade não pode mais apenas atender ao fisco, ela deve também fornecer informações ao usuário interno. Logo, em função da complexidade da gestão em saúde pública, que deve considerar as necessidades de saúde da população de forma prioritária no seu processo de tomada de decisões, torna-se essencial a produção de dados confiáveis sobre os custos hospitalares, a fim de que os recursos disponíveis sejam utilizados de forma eficaz, de modo a não inviabilizar um atendimento resolutivo ao usuário pela má utilização de recursos públicos.

Em Souza *et al.* (2013), é presente que a complexidade das organizações hospitalares demanda informações sobre custos que representem ao máximo e de forma precisa a realidade do ambiente hospitalar, de modo a possibilitar a compreensão e o devido gerenciamento dos custos. Portanto, é essencial que haja uma gestão eficiente e eficaz para manter os hospitais em funcionamento, já que o contexto ainda é de escassez de recursos.

A área da saúde no Brasil pode ser considerada uma das mais ricas em termos de desenvolvimento de teoria de custos, porém ainda carece da aplicação desses conhecimentos. Uma instituição na área da saúde, como um hospital, que possua uma gestão financeira eficiente, terá maior capacidade de implementar e utilizar sistemas

que auxiliem no alcance de melhores resultados assistenciais e econômicos. Com isso, poderá obter melhorias significativas de produtividade e maior credibilidade nas negociações com seus financiadores. Dentro deste quadro, a adoção do Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), instrumento condicionante para o financiamento por orçamentação pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), pode figurar como um elemento importante para a qualificação da gestão, não somente pela sua obrigatoriedade, mas principalmente se conseguir mostrar-se como uma ferramenta capaz de auxiliar na construção de uma melhor estratégia na utilização dos recursos públicos.

Portanto, este estudo buscou identificar se a utilização da metodologia proposta pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) modificou o controle de custos utilizados pelos gestores hospitalares com foco na melhoria da gestão em saúde. No caso, se o Programa Nacional de Gestão de Custos modificou o controle de custos utilizado na unidade hospitalar da Fundação de Saúde Pública São Camilo de Esteio (RS).

MÉTODO

Este estudo é uma pesquisa descritiva realizada através de levantamento documental na Fundação de Saúde Pública São Camilo de Esteio (FSPSCE), a fim de analisar o conteúdo, coletar e descrever os dados que se mostram relevantes referentes à implantação do Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) na mesma.

O foco da análise será a Fundação de Saúde Pública São Camilo, no município de Esteio, situado na Região Metropolitana de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul (RS). A delimitação do período temporal de 2014 se deu porque a instituição está em processo de implementação do PNGC.

Os dados coletados permitiram identificar os centros de custos hospitalares e os critérios de rateio utilizados para os custos indiretos, bem

como os desdobramentos da implantação do Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) em um hospital público.

O conceito de custos apresentados por Bruni e Famá (2002) é de que são todos os gastos relativos a bens ou serviços utilizados na produção de outros bens e serviços, estando diretamente ligados aos fatores de produção. Segundo o Manual Técnico de Custos (BRASIL 2006), são várias as metodologias utilizadas para apuração de custos, no entanto, as mais utilizadas em ambientes hospitalares são as de absorção, de custos diretos e variáveis e o ABC (*Activity-Based Costing*).

Para Martins (2001), o método de absorção é derivado da aplicação dos princípios de contabilidade geralmente aceitos, nascido da situação histórica mencionada, e consiste na apropriação de todos os custos de produção aos bens elaborados. A metodologia de custos diretos e variáveis tem como fundamento básico a separação dos custos variáveis e dos custos fixos, sendo apropriado aos produtos e serviços somente os custos que variam com o seu volume de produção, uma vez que os custos fixos são considerados despesas do período, tendo seus valores alocados diretamente ao resultado. O sistema de custos ABC (*Activity-Based Costing*), conforme o Manual Técnico de Custos (2006) é o que permite melhor visualização dos custos por meio da análise das atividades executadas dentro da instituição e suas respectivas relações com os objetos de custos. O princípio básico deste sistema é tornar direto o maior número possível de custos proporcionais e não proporcionais, por meio de direcionadores de custos.

DISCUSSÃO E RESULTADOS

A partir da criação do setor de gestão de custos, realizada em fevereiro de 2014 após aprovação no Conselho Diretor da Fundação de Saúde Pública São Camilo de Esteio (FSPSCE), através da Resolução nº 15/2014, foi iniciado o processo de implantação da gestão de custos,

conforme preconiza o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), com o apoio do Núcleo Nacional de Economia da Saúde. O primeiro ato foi à elaboração de diagnóstico situacional de todos os setores da instituição, envolvendo um diagnóstico inicial (março-maio/14), coleta de dados (início em junho/14) e implantação do Sistema ApuraSUS (início em novembro/14).

O diagnóstico inicial incluiu a análise dos seguintes aspectos:

- a) Espaço físico;
- b) Organização do Trabalho;
- c) Classificação do setor conforme o sistema APURASUS, de acordo a atividade, administrativos, intermediários e finais;
- d) Elaboração de “planilha-mãe” do setor, onde é determinado o centro de custos a que pertence o setor, classificação quanto ao tipo de atividade, espaço físico em m², recursos humanos, pontos de luz, tomadas, pontos de água, número de ramais e de linhas telefônicas diretas.

Após o diagnóstico situacional foram definidos os centros de custos da Fundação. A classificação do tipo de centro de custos foi realizada a partir da natureza do tipo de serviços de cada setor. Foram definidos três tipos de centros de custos, ou seja, administrativo, intermediário e final.

Os tipos reúnem os grupos de mesma natureza e seguem o modelo proposto pelo PNGC, para os serviços no âmbito do SUS e organograma da Instituição, conforme (Quadro 1).

Quadro 1 – Centro de Custos da Gestão de Custos, FSPSCE, Esteio/RS, 2014.

| Centro de Custos da Gestão de Custos - FSPSCE | | |
|---|------------------------|--------------------------|
| Administrativos | Intermediários | Finais |
| Almoxarifado | Farmácia | Emergência |
| Arquitetura | Farmácia Industrial | Saúde Mental |
| Manutenção | Higienização | Pediatria |
| Ouvidoria | SND | Posto 2 |
| Telefonista | SND Enteral | Posto 3 |
| SAME | Laboratório | Posto 4 |
| Gabinete da Direção | Raio X | Posto 5 |
| Gerência ADM | Anestesiologia | UTI Adulto |
| Direção ADM | CME | UTI Neonatal |
| Direção Técnica | Assistência Social | Traumatologia |
| Contabilidade | Psicologia Clínica | Alojamento Conjunto |
| Gestão de Custos | ECG | Fonoaudiologia |
| Departamento Pessoal | Fisioterapia | SAMU |
| CPD | Gerência de Enfermagem | Centro de Especialidades |
| Transporte | Internação | |
| Faturamento | Hemodiálise | |
| Licitação | Banco de Sangue | |
| Compras | Controle de infecção | |
| Tesouraria | Bloco Cirúrgico | |
| Consultoria Jurídica | Centro Obstétrico | ESF - Esteio |
| SESMT | | |
| Auditoria | | |
| Núcleo de Atendimento | Neonatal | |
| Patrimônio | | |
| Gestão Ambiental | | |
| Vigilância - FSPSCE | | |

A metodologia utilizada para a apuração dos custos na FSPSCE é a de custeio por absorção, e o critério para utilização deste método deve-se ao fato deste ser o método adotado pelo PNGC. No entanto, a escolha pelo método de absorção pelo PNGC considerou o fato de ser de fácil aplicação e bastante utilizado dentre as instituições vinculadas ao SUS. No método de absorção é realizada a apropriação integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos/serviços finais.

Conforme registros do setor de custos, a implantação desse sistema na instituição apresenta muitas dificuldades pelo baixo grau de comprometimen-

to dos setores envolvidos no fornecimento de dados para o sistema. A instituição não possuía controles mínimos dos seus processos, com falta de normatizações, padronizações, regulamentações, etc. Por exemplo, no relatório “Diagnóstico do Setor de Farmácia, Farmácia de Manipulação e Farmácia Industrial” (FSPSCE, 2014), chama a atenção o fato de que o setor não possuía nem ao menos controle de saída de materiais e medicamentos para os postos, um controle que não dependia de um sistema de custos implantados.

O diagnóstico situacional, elaborado pelo setor demonstrou graves problemas nos processos de trabalhos e evidenciou situações alarmantes de desorganização e desperdícios, como o acúmulo de materiais sem uso e o fato da manutenção do controle dos estoques ser realizada de modo “visual”, apesar de haver um sistema informatizado. Além disso, foram apontados armazenamento e utilização de material vencido e descarte de materiais de forma inadequada.

Nestes relatórios foi possível verificar que o processo de implantação do PNGC, já na fase de diagnóstico, passou a ser um indutor de mudanças nestes processos que se encontravam sem controle. No relatório de diagnóstico do setor almoxarifado (FSPSCE, 2014) registrou-se a dispensa irregular de material hospitalar no lixo comum, que foi verificada e corrigida pelo supervisor.

Outra situação apontada pelo diagnóstico, que merece destaque, é que através da implantação da gestão de custos foi observada a possibilidade de que pudesse haver graves erros assistenciais, pois devoluções de medicações entregues, mediante prescrição médica, gerou o apontamento de que a administração das dosagens da medicação, pela equipe de enfermagem, não era realizada de acordo com a indicação. Do contrário não haveria devolução de sobras.

A instituição não possui dados referentes a custos no período anterior ao da implantação, pois se trabalhava apenas com a peça orçamentária e demais dados contábeis. Os relatórios de custos totais foram disponibilizados a partir do mês de agosto/14, e os custos departamentalizados a partir dos meses de outubro e novembro/14.

Através dos dados coletados, foi possível verificar que, a partir da implantação da gestão de custos, conforme estabelecido pelo PNGC, houve a identificação de situações de desperdício e de mau uso de recursos públicos. Foram observados processos de trabalho equivocados e, por vezes, inadequados às necessidades e realidade dos setores, o que afetava direta e indiretamente a qualidade assistencial.

A interface dos setores finais com os setores administrativos e intermediários ocorre praticamente através do contato pessoal, com controles inadequados, pouca utilização de recursos confiáveis de avaliação de estoques. Essas características propiciam o desperdício de insumos e favorecem a possibilidade de setores finais manterem estoques paralelos. Tal situação dificulta significativamente a capacidade de controle adequado, proporciona o desperdício e, conseqüente, mau uso dos recursos públicos.

A IMPLANTAÇÃO DO PNGC – PRODUZINDO MUDANÇAS NOS PROCESSOS DE TRABALHO

Para implantação do PNGC verificou-se que, para apuração dos custos, a primeira mudança residiu no fato de ser indispensável o registro das informações, que era um problema. Evidenciou-se a evolução e a qualificação dos dados de controle e dos registros necessários em relação a todos os setores. No entanto, o setor de gestão de custos apontou que tal problema persistia apenas no setor de almoxarifado.

Portanto, de um cenário de total desconhecimento dos custos do hospital, com informações apenas de receitas e despesas, ainda que de forma incipiente e por poucos meses, a implantação passou a provocar mudanças nos processos de trabalho, a fim de que fosse possível iniciar a gestão de custos do hospital. A produção dos dados de avaliação dos custos totais e a apropriação de custos por setor pode ser descrita conforme a seguir:

- a) Custos Totais: Na avaliação dos custos totais, ainda não departamentalizados, é possível perceber um aumento percentual nos custos com recursos humanos, materiais almoxarifado hospitalar

e serviços de imagens, enquanto os custos de medicamentos e alimentos tiveram redução. Não foi possível analisar os motivos dessas variações através dos dados coletados, pois podem refletir variações sazonais do processo produtivo e a instituição não possui série histórica que permita comparação, visto que a implantação da nova metodologia é recente. Porém, há que se destacar que o fato de a instituição passar a produzir dados é relevante, uma vez que a tomada de decisões por parte da gestão, sem informações confiáveis, pode induzir a más escolhas e erros de condução gerencial.

Tabela 1. Custos Totais Mensais. FSPSCE, Esteio/RS, 2014

| Item | Agosto | | Setembro | | Outubro | | Novembro | |
|-----------------------------------|---------------------|------------|---------------------|------------|---------------------|------------|---------------------|------------|
| | Valor (R\$) | % | Valor (R\$) | % | Valor (R\$) | % | Valor (R\$) | % |
| Recursos Humanos | 3.135.678,66 | 74,21 | 3.160.353,29 | 74,20 | 3.212.328,80 | 74,38 | 3.337.093,57 | 75,22 |
| Medicamentos | 197.196,64 | 4,67 | 197.195,64 | 4,63 | 120.356,51 | 2,79 | 115.531,81 | 2,60 |
| Alimentos | 151.255,89 | 3,58 | 151.255,89 | 3,55 | 64.268,68 | 1,49 | 65.873,00 | 1,48 |
| Materiais | | | | | | | | |
| Almoxarifado Hospitalar | 142.462,88 | 3,37 | 142.462,88 | 3,34 | 168.687,99 | 3,91 | 180.944,62 | 4,08 |
| Serviços de Imagem | 114.288,91 | 2,70 | 127.809,22 | 3,00 | 137.237,13 | 3,18 | 149.155,50 | 3,36 |
| Serviços Laboratoriais | 75.167,08 | 1,78 | 86.218,57 | 2,02 | 87.327,14 | 2,02 | 84.615,45 | 1,91 |
| Serviços de Anestesiologia | 129.600,00 | 3,07 | 133.920,00 | 3,14 | 129.600,00 | 3,00 | 133.920,00 | 3,02 |
| Outros | 306.641,09 | 7,26 | 259.927,57 | 6,10 | 399.163,05 | 9,24 | 369.254,41 | 8,32 |
| TOTAL | 4.252.290,15 | 100 | 4.259.143,06 | 100 | 4.318.969,30 | 100 | 4.436.388,36 | 100 |

b) Apropriação dos Custos por Setor: A apropriação de custo é realizada pelo método de custeio por absorção, através da alocação recíproca. Este método é o padronizado pelo PNGC, pois identifica os custos reais dos produtos e serviços finais, reconhecendo que há participação recíproca entre os centros de custos não produtivos. A distribuição dos custos de cada setor se baseia nos

custos diretos e indiretos. Para o cálculo dos custos indiretos são utilizados critérios de rateio baseado em unidades de medidas que cada centro possui, baseados no Manual Técnico do PNGC.

Tabela 2. Custos Diretos e Indiretos, apropriados por setor, segundo classificação proposta e aprovada pelo PNGC, FSPSCE, Esteio/RS, 2014.

| ADMINISTRATIVOS | CUSTOS (R\$) | INTERMEDIÁRIOS | CUSTOS (R\$) | FINAIS | CUSTOS (R\$) |
|--|--------------|-----------------------|--------------|--------------------------|--------------|
| Almoxarifado | 14.296,35 | Higienização | 130.982,40 | Neonatal | 30.528,21 |
| Manutenção | 42.652,16 | Lavanderia | 35.231,10 | Emergência | 1.024.349,77 |
| Direção Administrativa (ADM, Secretaria, Ouvidoria, Arquitetura) | 27.041,87 | SND | 95.387,93 | Saúde Mental | 80.737,39 |
| Consultoria Jurídica | 18.505,25 | SND Enteral | 10.407,43 | Pediatria | 99.186,66 |
| Departamento Pessoal | 35.624,06 | SAME | 13.483,15 | Posto 2 | 141.964,68 |
| Telefonista | 7.545,79 | Laboratório | 89.420,10 | Posto 3 | 250.306,90 |
| Contabilidade | 20.862,91 | Raio X | 153.986,23 | Posto 4 | 140.664,00 |
| Tesouraria | 4.680,73 | ECG | 3.218,74 | Posto 5 | 116.584,89 |
| Compras | 4.181,22 | Endoscopia | 15.889,28 | UTI Adulto | 297.938,36 |
| Licitação | 8.028,70 | Anestesia | 133.920,00 | UTI Neonatal | 226.429,72 |
| CPD | 9.316,83 | Controle de infecção | 16.129,82 | Traumatologia | 58.423,54 |
| Transporte | 29.238,23 | Serviço Social | 13.637,40 | Alojamento Conjunto | 31.802,42 |
| Faturamento | 21.869,98 | Serviço de Psicologia | 11.118,18 | Fonoaudiologia | 3.758,75 |
| SESMT | 19.796,339 | Fisioterapia | 35.577,72 | Centro de Especialidades | 50.759,71 |
| Patrimônio | 3.238,32 | Agência Transfusional | 11.719,73 | SAMU ¹ | 31.631,09 |
| Vigilância - FSPSCE | 24.857,03 | Bloco Cirúrgico | 285.241,16 | Externos ¹ | 231.805,34 |
| Internação | 31.499,17 | Centro Obstétrico | 81.673,27 | | |
| Gerência de Enfermagem | 62.968,84 | | | | |
| Farmácia | 108.850,50 | | | | |

Além da mudança percebida pela própria produção de dados de custos, antes inexistentes, foi possível verificar outras mudanças nos processos de trabalho desencadeadas pela implantação do PNGC. São exemplos a coleta adequada de resíduos sólidos no almoxarifado, que inicialmente foi apontado como um problema setorial, porém que refletiu a necessidade de mudar os processos de trabalho com modernização do setor responsável e com a formação de um grupo de gerenciamento de resíduos. Foram implantados mecanismos de controle e começou-se a utilizar indicadores de descarte. Também se organizou a capacitação dos demais trabalhadores da instituição.

Da mesma forma que o gerenciamento de resíduos é um grande desafio, o controle adequado de estoques dos setores que envolvem demanda de insumos não é diferente. Além de modificar a rotina dos setores, necessita desenvolver ou adaptar tecnologias adequadas. Dentre as medidas adotadas de melhor controle, adotou-se a dispensação de medicamentos e outros materiais hospitalares não apenas por paciente, mas por setor demandante. Tornou-se possível avaliar o consumo de tais materiais por unidade assistencial, possibilitando observar o padrão de consumo, realizar a confecção de indicadores e relatórios de avaliação do desperdício.

A implantação do PNGC na FSPSCE tornou-se uma ferramenta gerencial muito importante para o melhor conhecimento da instituição, ao ponto de identificar falhas assistenciais até então desconhecidas, como já mencionado, o estorno diário de diversas medicações que não foram utilizadas nas unidades. Tal fato leva-se a pensar em duas possibilidades: a) que o paciente não esteja recebendo a medicação adequadamente; ou b) que a dispensação tem sido feita de forma inadequada. A primeira é mais grave e preocupante, que gera decisões em caráter de urgência.

Pensando nessa segurança assistencial foi apontado nos relatórios do setor de custos:

- Modificar o processo de trabalho de dispensação de medicamentos pela farmácia do hospital, em que ao invés da dispensação ser diária e abastecer o setor assistencial por vinte e quatro horas, adotou-se a dispensação por turno de trabalho da enfermagem, o que possibilita um melhor controle do uso de tais insumos e maior segurança aos pacientes;
- Modificar o livre acesso das equipes assistenciais às medicações de uso controlado. A situação proporcionava riscos desnecessários de uso inadequado de tais medicações. Instituiu-se o uso de armários com chave, sob controle do/a enfermeiro/a de cada unidade.

A IMPLANTAÇÃO DO PNGC– PRODUÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE RACIONALIZAÇÃO NO USO DE RECURSOS PÚBLICOS

Quanto à implantação do PNGC auxiliar na produção de estratégias de racionalização no uso de recursos públicos, foi possível identificar que a partir da avaliação dos dados levantados pelo setor de custos, houve a definição de realização de estudos específicos sobre os custos de produção do Triglicerídeos de Cadeia Média (TCM) pela instituição. Os TCM são um produto utilizado no tratamento e prevenção de feridas dos pacientes internados. Com objetivo de verificar alternativas que pudessem reduzir estes custos e verificar alternativas para redução de gastos, demonstrou-se que o custo de produção estava com valor superior à aquisição do produto no mercado.

Para melhor evidenciar a influência que a nova sistemática adotada teve sobre a produção de novas estratégias na instituição, apresenta-se a seguir a análise elaborada no relatório final do estudo “Estimativa do Custo de Produção de Triglicerídeos de Cadeia Média (TCM) em Frasco de 100 ml da Farmácia de Manipulação da FSPSCE” (FSPSCE, 2014). Para a apuração dos custos da produção do TCM utilizou-se da apropriação dos custos diretos e indiretos, conforme metodologia proposta pelo PNGC. Como custos diretos, foram mensurados custos de matéria prima, material para embalagem e mão de obra (Tabela 3).

Tabela 3. Custo da Mão de Obra na produção do TCM, FSPCE, Esteio/RS, 2014

| Custo do Funcionário/Mês | |
|----------------------------|--------------|
| Salário | R\$ 1.559,49 |
| FGTS | R\$ 124,76 |
| Provisão 13° | R\$ 129,96 |
| Provisão Férias | R\$ 129,96 |
| Provisão 1/3 Férias | R\$ 43,32 |
| Provisão FGTS (13°/Férias) | R\$ 24,26 |
| Cesta Básica | R\$ 130,00 |
| Vale alimentação | R\$ 235,20 |
| Custo Total Mensal | R\$ 2.376,95 |
| Horas/Mês | 200 |
| Custo/Hora | R\$ 11,88 |

Tabela 4. Custo da Matéria Prima na Produção do TCM, FSPCE, Esteio/RS, 2014

| Matéria prima | Qtde. (ml) | Preço de compra/ml | Custo 1 litro TCM (R\$) |
|--------------------------|---------------|-----------------------|----------------------------|
| Triglicerídeos | 500 | 0,0399816 | 19,9908 |
| Óleo de Castanha do Pará | 470 | 0,04 | 18,8 |
| Óleo de Tomate | 10 | 0,283 | 2,83 |
| Vitamina E oleosa | 10 | 0,285 | 2,85 |
| Vitamina A 1000000UI/ml | 1 | 0,38 | 0,38 |
| Óleo de Silicone 350 ctk | 10,05 | 0,029 | 0,29145 |
| Total | 1001,05 | 1,0569816 | 45,14225 |

Tabela 5. Custo da Embalagem na Produção do TCM, FSPCE, Esteio/RS, 2014

| Materiais | Qtde. (un.) | Custo por produto (R\$) |
|----------------------------|-------------|-------------------------|
| Embalagem frasco 100/200ml | 1 | 0,44 |
| Tampa frasco | 1 | 0,16299 |
| Etiqueta | 1 | 0,0872 |
| Teste | 1 | 0,023 |
| Total | | 0,71319 |

Já na avaliação dos custos indiretos, como despesas de água, luz, depreciação, higiene e manutenção, o estudo concluiu que estes não impactavam de forma significativa o custo final do produto, sendo inferior a R\$ 0,01 sobre o valor unitário, como demonstra a tabela referente à despesa com água.

Tabela 6. Custos Indiretos do TCM, FSPCE, Esteio/RS, 2014

| Despesa com Água | Valor |
|--|---------------|
| Metragem total do Hospital (m ²) | R\$ 10.585,49 |
| Metragem total do setor (m ²) | R\$ 35,41 |
| Custo total de Água em um mês | R\$ 8.115,27 |
| Custo de luz do setor | R\$ 27,15 |
| Dias de operação | 21 |
| Água/dia | R\$ 1,29 |
| Água/h | R\$ 0,05 |
| Água em 2h30 | R\$ 0,14 |
| N° de frascos em 2h30 = 60 | RS 0,0020 |

Considerando que são fabricados 6 litros de TCM a cada 2h30min, e apropriando-se os custos diretos e indiretos, chegou-se à conclusão que o custo total para a fabricação do TCM/100ml é de R\$ 5,72. O estudo demonstrou que o produto estava disponível no mercado por R\$ 4,66, ou seja, o custo de produção pela instituição estava com valor superior à aquisição do produto no mercado.

Apesar deste estudo não aprofundar outros impactos financeiros que a própria manutenção do setor de farmácia de manipulação gerava, para além do custo de produção do TCM, ressaltou-se que a baixa produção do setor não justificava a sua existência, uma vez que se tratava de atividade meio e a aquisição do produto produzido pelo mercado se constituía em uma alternativa mais barata para suprir a demanda do hospital. Além disso, a mão de obra deste setor poderia ser mais bem aproveitada no setor de farmácia central, que estava com escassez de pessoal, gerando custos de horas extras que poderiam ser diminuídas com o remanejamento deste funcionário.

A situação evidenciada reforça a posição da publicação “Financiamento dos Sistemas de Saúde - O caminho para a cobertura universal” da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010) de que o uso ineficiente de recursos públicos também se configura como um grande problema para os serviços de saúde. A extinção do setor de farmácia de manipulação e o remanejamento do funcionário, que impacta em redução de pagamento de horas extras, demonstram que o estudo produzido, à luz da implantação do PNGC, foi capaz de produzir estratégias para a racionalização do uso de recursos públicos, e que o Programa desenvolvido pelo Ministério da Saúde pode ser uma alternativa para subsidiar os gestores na tomada de decisões, com foco na busca por maior eficiência e diminuição de desperdícios como forma de qualificar dos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou identificar se a utilização da metodologia proposta pelo PNGC modifica o controle de custos utilizados pelos gestores hospitalares com foco na melhoria da gestão em saúde, verificando se a sua implantação auxilia na identificação de situações de desperdícios, se produz mudanças nos processos e se provoca a criação de novas estratégias de racionalização de recursos.

Considerando as dificuldades das instituições hospitalares em manter um financiamento adequado, ao mesmo tempo em que se identifica a existência elevada de desperdícios, verifica-se a importância da produção de informações relevantes para a tomada de decisão por parte dos gestores. Uma vez apropriados de dados confiáveis, é possível equilibrar as contas com foco no combate ao desperdício e menos na redução dos serviços. Diante das problemáticas da administração dos recursos e serviços de saúde pública, percebe-se a relevância social de estudos que busquem analisar os impactos da gestão de custos em saúde. Segundo Abbas (2001),

a intensificação nos últimos anos às referências ao custo, na área de saúde, envolve desde aspectos relacionados aos crescentes gastos públicos na área, aos problemas relacionados ao financiamento

desses gastos, à grande necessidade e ainda pequena disseminação de métodos adequados de apuração ou mensuração de custos, à importância de seu gerenciamento, de seu controle e de seu uso para decisão, análise e escolha de programas e estabelecimento de políticas para a área.

A implantação do PNGC em instituições hospitalares fornece subsídios para otimizar o desempenho e qualificar os processos e práticas, como ficou demonstrado a partir da experiência de implantação na FSPSCE. Além disso, figura como importante ferramenta na acumulação de novos conhecimentos na organização, o que de fato pode passar a ser um fator chave para uma boa gestão estratégica, produzindo informações bastante relevantes para a tomada de decisões pela gestão, anteriormente limitados a balancetes contábeis.

No entanto, percebe-se através dos dados coletados que desde a criação da equipe de gestão de custos, em agosto de 2013, a instituição levou um ano para começar a produzir dados sobre custos. A departamentalização, que utiliza o método de custeio de absorção, foi realizada apenas em outubro e novembro de 2014, o que demonstra certa dificuldade em iniciar a produção de dados de custos. Apesar de poucos meses de produção de dados, foi possível verificar que os centros de custos produtivos passaram a apropriar os custos dos centros administrativos e intermediários, sendo esta etapa essencial para que a instituição pudesse passar a ter dados sobre os custos dos serviços prestados.

Cabe ressaltar que a instituição está com o processo de implantação do PNGC em andamento, e que os dados coletados no período da pesquisa não foram suficientes para verificar se a mesma será totalmente sucedida ou até mesmo concluída, uma vez que durante o período analisado este processo ainda não havia sido finalizado. Contudo, conclui-se que, embora haja dificuldades para a implantação, vem produzindo mudanças positivas nos processos de trabalho e uma nova cultura organizacional.

O processo de diagnóstico situacional realizado na instituição, como etapa preparatória para a gestão de custos, identificou diversos proble-

mas gerenciais e registrou estes dados para que auxiliassem os gestores na correção de processos com vistas à redução de desperdícios e custos. Desta forma, evidenciou-se que o próprio processo de implantação do PNGC já é capaz de produzir dados relevantes para a qualificação da gestão, uso racional dos recursos e modificação do controle de custos da instituição, demonstrando-se como uma estratégia válida. Otimizar recursos, sem comprometer a qualidade assistencial e a diminuição de serviços deve ser um objetivo a ser perseguido permanentemente por uma instituição comprometida com a consolidação do SUS.

Outra questão pertinente, é que não houve nenhuma cobrança formal por parte da SES-RS quanto à implantação do PNGC, uma vez que esta foi desencadeada na FSPSCE no sentido de cumprir a um dos requisitos de adesão ao Incentivo de Orçamentação. No entanto, a instituição permanecia recebendo os recursos financeiros deste incentivo, o que por si só não é dado suficiente para avaliar se há algum processo de avaliação e controle sobre o atendimento ao dispositivo. A garantia de manutenção deste incentivo, pelo valor expressivo que representa, chegando a 60% do valor contratual da Instituição com o Governo Estadual, através do cumprimento do requisito de implantação do PNGC não pode ser avaliado através dos dados disponibilizados.

Portanto, a implantação do PNGC modificou o controle de custos utilizados na instituição pesquisada e desencadeou uma série de mudanças na busca pela melhor relação custo x efetividade e melhoria dos processos, produzindo informações que podem auxiliar a gestão na melhoria de controles, por evidenciar desperdícios e perdas e por estabelecer de forma sistemática um conjunto de informações que podem contribuir para a construção de uma cultura voltada para o cuidado com a utilização dos recursos públicos.

REFERÊNCIAS

ABBAS, K. Gestão de custos em organizações hospitalares. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

BEUREN, I; SCHLINDWEIN, N. Uso do custeio por absorção e do sistema RKW para gerar informações gerenciais: Um estudo de caso em hospital. Revista ABCustos Associação Brasileira de Custos, v. III, n. 2, p. 24-50, 2008.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal.

_____. Programa Nacional de Gestão de Custos: manual técnico de custos conceitos e metodologia. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Economia da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Introdução à Gestão de Custos em Saúde. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. O SUS de A a Z. Saúde. – 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009

_____. Diário Oficial da União. Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília DF, 19 de setembro de 1990.

_____. Diário Oficial da União. Lei 8142/90. 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. Brasília DF, 28 de dezembro de 1990.

BRUNI, A. L.; FAMÁ, R. Gestão de custos e formação de preços. São Paulo: Atlas, 2002.

ESTEIO. Lei nº 238, de 28 de junho de 1960.

_____. Lei nº 763, de 2 de abril de 1971.

_____. Lei nº 5115/2010, de 16 de julho de 2010.

_____. Lei nº 5586, de 21 de novembro de 2012.

FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA SÃO CAMILO DE ESTEIO. Resolução do Conselho Diretor n. 390 de 08 de agosto de 2013. Cria a equipe de gestão de custos.

_____. Resolução do Conselho Diretor n. 15 de 24 de fevereiro de 2014. Cria o setor de gestão de custos.

_____. Diagnóstico do Setor de Farmácia, Farmácia de Manipulação e Farmácia Industrial. Esteio, 2014. 6 p.

_____. Diagnóstico do Setor de Almoxarifado. Esteio, 2014. 5p.

_____. Diagnóstico do Setor Manutenção e a Inserção do Setor no APURASUS. Esteio, 2014. 3 p.

_____. Diagnóstico do Setor Higiene e a Inserção do Setor no APURASUS. Esteio, 2014. 5 p.

_____. Estimativa do Custo de Produção de TCM em Frasco de 100ml da Farmácia de Manipulação da FSPSCE em agosto de 2014. Esteio, 2014. 4 p.

_____. Relatório de Custos Outubro. Esteio, 2014. 5 p.

_____. Relatório de Custos Novembro. Esteio, 2014. 6 p.

JERICÓ MC; CASTILHO V. Gerenciamento de custos: aplicação do método de Custeio Baseado em Atividades em Centro de Material Esterilizado. Revista Escola de Enfermagem USP, São Paulo, v. 44, p. 745-52, 2010.

MARTINS, E. Contabilidade de custos. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

RIO GRANDE DO SUL. Resolução Comissão Intergestores Bipartite n. 122 de 30 de abril de 2013. Institui, no âmbito da Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Secundária e Terciária em Saúde, a modalidade de Financiamento por Orçamentação. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1368728823_cibr122_13.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2014.

SOUZA *et al.* Análise de Custos em Hospitais: Comparação entre os Custos de Procedimentos de Urologia e os Valores Repassados pelo Sistema Único de Saúde. Revista Associação Brasileira de Custos, v. VIII, n. 1, p. 53-6, 2013.



PARTE III
O Sistema Hospitalar



INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA: UMA REVISÃO, 2005-2014

FELIPE CASTELLI DOS SANTOS
RONALDO BORDIN

INTRODUÇÃO

O termo “Atenção Primária à Saúde” (APS) é sinônimo de “cuidados primários de saúde”, sendo que o primeiro é mais empregado no Brasil e o segundo, em Portugal. Outro termo, usado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), é “atenção básica”. A Política Nacional de Atenção Básica, publicada no ano de 2012 pelo Ministério da Saúde, é o documento vigente que orienta todo o processo de trabalho dos profissionais de saúde e gestores de nosso país (BRASIL, 2007).

O conceito de atenção básica, abordado nesta Política, vai muito além de uma prática tradicional. Todas as equipes são convidadas a desempenhar um processo diferente, que aproxime os profissionais da comunidade. A presença de Agentes Comunitários de Saúde facilitou, em muito, a adscrição e o cadastramento de usuários, a abordagem multidisciplinar, o diagnóstico situacional, o planejamento local e a comunicação da equipe com os usuários.

Em relação ao planejamento local e ao diagnóstico da comunidade, este deve ser construído de uma forma conjunta e ampla, priorizando

a participação dos gestores e da comunidade, pois em muitas situações ocorrem distanciamentos, o que dificulta o processo de trabalho e a formulação de políticas públicas na área que vão ao encontro da população.

Ainda em relação ao processo de planejamento, é fundamental que estes atores utilizem a epidemiologia e todos os bancos de dados existentes para facilitar o andamento de suas ações. Um indicador, muito utilizado por gestores, estudantes, profissionais da saúde entre outros, é Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), indicado para verificar a qualidade dos serviços de atenção básica. Seu uso pode ajudar a incrementar a capacidade de resolução da Atenção Básica ao identificar áreas prioritárias de intervenção, colocando, em evidência, problemas de saúde que necessitam de melhor seguimento e coordenação entre os níveis assistenciais (BRASIL, 2007).

O termo Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) representa um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção primária diminuiria o risco de internações. Esse indicador capta, assim, aquelas internações que poderiam ser evitadas na presença de uma APS de qualidade, razão pela qual tem se expandido como instrumento de avaliação do acesso à atenção oportuna e resolutiva no primeiro contato de atenção à saúde (NEDEL et al., 2008).

Tais atividades como a prevenção de doenças, o diagnóstico precoce de patologias agudas, o acompanhamento e o controle de patologias crônicas, devem ter como consequência uma redução das internações hospitalares.

Os autores relatam que altas taxas de internações por CSAP em uma população indicam sérios problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho. Os mesmos autores sustentam que esse excesso de hospitalização representa um sinal de alerta, que pode acionar mecanismos de análise e busca de explicações para a sua ocorrência (ALFRADIQUE et al., 2009).

As internações por CSAP são indicadores indiretos da efetividade do primeiro nível de atenção do sistema de saúde, pressupondo que as pessoas internadas por condições potencialmente evitáveis não receberam atenção de saúde efetiva em momento oportuno, levando a um agravamento de sua condição clínica, exigindo a hospitalização (NEDEL et al., 2010).

Altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária em uma população, ou subgrupo(s) desta, podem indicar sérios problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho. Esse excesso de hospitalizações representa um sinal de alerta, que pode acionar mecanismos de análise e busca de explicações para a sua ocorrência. (ALFRADIQUE et al., 2009). Estudos demonstram que altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária estão associadas a deficiências na cobertura dos serviços e/ou à baixa resolutividade da atenção primária para determinados problemas de saúde, (ALFRADIQUE et al., 2009). Trata-se, portanto, de um indicador valioso para monitoramento e avaliação.

Portanto, existe um grande desafio das gestões municipais, estaduais e municipais no sentido de incluir, em suas agendas, sistemas de monitoramento e avaliação da atenção primária em saúde, pois agrupar os sistemas de saúde especializados e hospitalares, a rede de atenção primária, as gestões das três esferas e o controle social é um desafio constante e contínuo que deve ser trabalhado em todos os espaços de educação permanente a estes vinculados.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão orientada pela seguinte questão: Como as internações por condições sensíveis à atenção primária em saúde são abordadas nas publicações científicas e quais as sugestões para a gestão em saúde?

A identificação das publicações que compuseram esta revisão deu-se mediante busca *online* nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), selecionando artigos que se enquadravam no tema. Foram utilizados os descritores “Hospitalização”, “Atenção Primária em Saúde” e “Gestão em Saúde”, presentes nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Foram critérios de inclusão: publicações disponíveis na íntegra que abordassem as Internações por Condições Sensíveis à atenção primária em saúde e a gestão. No caso da Medline, foi incluído o descritor “Brazil”, com a finalidade de se restringir às publicações de autores brasileiros.

Na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), foram encontrados 211 textos indexados. Destes, 183 estavam disponíveis na íntegra, 7 eram publicações duplicadas e 149 publicações que não se enquadraram no tema, restando assim, um total de 27 publicações para esta revisão.

A coleta dos dados foi realizada no mês de fevereiro de 2015, referente ao período 2005-2014. As seguintes informações, referentes às publicações selecionadas, foram compiladas em uma planilha: autor, instituição de origem, periódico, ano de publicação, resultados e conclusão. Os resultados e a discussão foram divididos em duas categorias: (a) as internações por condições sensíveis à atenção básica e (b) contribuições para a gestão em saúde.

Por empregar, exclusivamente, fontes de dados de acesso público, não houve necessidade de encaminhamento a comitê de ética.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de artigos em estudo, os três periódicos que mais publicaram neste tema foram a Revista Saúde Pública e os Cadernos de Saúde Pública, com 5 publicações cada, e Epidemiologia Serviço Saúde, com 3 publicações.

Quadro 1 – Descrição da produção indexada na Biblioteca Virtual em Saúde segundo título, autor, ano de publicação, periódico, resultados e conclusão, 2005-2014

| | | | | | |
|--|----------------------------|------|--------------------------------|---|---|
| Perfil das internações sensíveis à atenção primária em Pernambuco, 2008 a 2012 | Mendonça e Albuquerque | 2014 | Epidemiologia, Serviço e Saúde | 20% do total de internações ocorridas em Pernambuco foram por ICSAP. | Observou-se redução das ICSAP nas diferentes regiões com potencial para continuidade deste declínio. |
| ICSAP a saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010 | Ferreira et al. | 2014 | Epidemiologia, Serviço e Saúde | Os resultados apontaram que 41,5% do total de internações foram por ICSAP. | É fundamental o posicionamento dos gestores mediante ações técnicas e políticas com o objetivo de compreender as causas desse evento para que a organização da APS possa impactar na ocorrência de ICSAP. |
| Perfil das hospitalizações e fatores associados em idosos usuários do SUS | Pagotto; Silveira; Velasco | 2013 | Ciência e Saúde Coletiva | A prevalência de hospitalizações foi 24,4%, sendo as principais causas: doenças do aparelho circulatório (28,4%), respiratório (9,8%), e as infecciosas e parasitárias (9,8%). | Os achados mostraram alta prevalência de hospitalizações e que os fatores associados estão principalmente relacionados a questões socioeconômicas e de condições de saúde, o que demonstra a necessidade de um acompanhamento destes casos na atenção primária. |
| ICSAP em uma metrópole brasileira | Rehem et al. | 2013 | Escola de Enfermagem USP | Em Curitiba, as ICSAP seguem tendência de estabilização sendo as causas mais frequentes a angina e a insuficiência cardíaca. | Estudos de avaliação das ICSAP devem ser realizados, pois trata-se de um indicador que mede, indiretamente, a capacidade de resolução da APS e pode contribuir para a reflexão dos profissionais e gestores do SUS. |
| Perfil das internações por doenças crônicas não-transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos da metade sul do Brasil | Santos et al. | 2013 | Revista Gaúcha de Enfermagem | As DCNTSAP são responsáveis por 43,99% das Internações por Todas as Causas ITC, destacando-se as Doenças Pulmonares como o grupo mais prevalente (18%), seguida de Insuficiência Cardíaca (12,28%). | Conclui-se que, dada à magnitude das internações, bem como o aumento da mortalidade pelas DCNTSAP, são urgentes reflexões mais aprofundadas sobre o cuidado na APS aos idosos nesta região. |

| | | | | | |
|---|---------------------------------|-------------|---|---|--|
| <p>Impacto do Programa de Saúde da Família em crianças com gastroenterite na Bahia, Nordeste do Brasil: uma análise de condições primárias</p> | <p>Monaham et al.</p> | <p>2013</p> | <p>J Epidemiologia Global Health</p> | <p>O declínio das taxas de hospitalização por gastroenterites em crianças menores de 5 anos foi associado com o aumento da cobertura do PSF.</p> | <p>Maiores incentivos para gestores e mais investimentos em saúde podem contribuir para fortalecer o papel do PSF na melhora dos cuidados primários no Brasil.</p> |
| <p>Internações por condições sensíveis à atenção primária no hospital geral de uma microrregião de saúde do município de SP, Brasil</p> | <p>Rehem; Ciosak; Egly.</p> | <p>2012</p> | <p>Texto Contexto Enfermagem</p> | <p>As ICSAP seguem tendência de redução sendo as pneumonias bacterianas as que mais internaram no período.</p> | <p>As ICSAP permitem avaliar a organização da rede de saúde, que deve assegurar continuidade do cuidado em busca do princípio da integralidade.</p> |
| <p>Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no Distrito Federal, 2008.</p> | <p>Junqueira e Duarte.</p> | <p>2012</p> | <p>Revista de Saúde Pública</p> | <p>As causas mais frequentes foram: gastroenterites (2,4%), insuficiência cardíaca (2,3%) e infecção no rim e trato urinário (2,1%), no Distrito Federal.</p> | <p>Os resultados poderão auxiliar os gestores na implementação de ações que visem mais resolutividade da atenção primária.</p> |
| <p>Internações por condições sensíveis: possibilidade de avaliação na atenção básica.</p> | <p>Ferreira; Dias; Mishima.</p> | <p>2012</p> | <p>Revista Eletrônica de Enfermagem</p> | <p>Nota-se que, após a implantação da ESF, houve queda de 9,6% nas ocorrências de CSAP. Entretanto, grupos como doenças preveníveis por imunização e anemias apresentam acréscimos.</p> | <p>Chama atenção dos serviços de APS nos municípios que, embora traga ações de prevenção e promoção, apresenta-se limitada em seu conjunto, visto que há acréscimos no número de internações em grupos de agravos importantes para a APS e a enfermagem.</p> |
| <p>Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil.</p> | <p>Barreto; Nery; Costa.</p> | <p>2012</p> | <p>Caderno de Saúde Pública</p> | <p>Em 2010 no Piauí, 60% das internações em menores de 5 anos foram por causas sensíveis à atenção primária, em especial gastroenterites infecciosas, infecções respiratórias e asma.</p> | <p>O período de 2000 a 2010, a frequência e as taxas de internações em menores de 5 anos foram reduzidas, porém a proporção de hospitalizações nos principais grupos de causas manteve-se ou aumentou ao longo da década analisada.</p> |

| | | | | | |
|---|------------------------|-------------|---|--|--|
| <p>Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claro, Minas Gerais, Brasil.</p> | <p>Caldeira et al.</p> | <p>2011</p> | <p>Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil</p> | <p>A prevalência de internações por condições sensíveis à atenção primária foi de 41,4% do total de entrevistados.</p> | <p>A prevalência observada é semelhante a encontrada em outros estudos e salienta a necessidade de melhoria dos cuidados ambulatoriais.</p> |
| <p>O panorama das ICSAP em um distrito de São Paulo.</p> | <p>Torres et al.</p> | <p>2011</p> | <p>Revista Esc. Enferm. USP.</p> | <p>As principais causas das internações foram: pneumonias bacterianas (17,4%), infecções no rim e trato urinário (13,6%) e hipertensão arterial (11,1%).</p> | <p>É necessário ampliar os estudos para conhecer os motivos que geraram as internações para redirecionar as ações de prevenção.</p> |
| <p>Internações por condições sensíveis à atenção primária na coordenadorias de saúde no RS</p> | <p>Souza e Costa.</p> | <p>2011</p> | <p>Revista de Saúde Pública</p> | <p>As maiores taxas de ICSAP foram observadas nos municípios pequenos</p> | <p>Houve tendência de diminuição das internações em quase todos os municípios, possivelmente pela ampliação da atenção primária antes mesmo do PSF e das modificações de gestão.</p> |
| <p>Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática de literatura</p> | <p>Nedel et al.</p> | <p>2010</p> | <p>Epidemiologia, Serviço, Saúde</p> | <p>A continuidade da atenção, a equipe multidisciplinar e, em menor destaque, a população adscrita ao médico mostraram-se associadas em diferentes estudos ao menor risco de internação.</p> | <p>Os princípios fundamentais da atenção primária associaram-se a um menor risco de internar por condições sensíveis à atenção primária.</p> |
| <p>Principais causas de internações por CSAP no Brasil: uma análise por faixa etária e região</p> | <p>Moura et al</p> | <p>2010</p> | <p>Revista Brasileira Materno-Infantil</p> | <p>As três principais causas de ICSAP em menores de 20 anos no Brasil foram: as gastroenterites, asma e as pneumonias bacterianas.</p> | <p>Os achados evidenciam a necessidade de se aprofundar a análise e a reflexão sobre os determinantes do perfil das internações.</p> |

| | | | | |
|---|--------------------------|-------------|---------------------------------|--|
| <p>A expansão da atenção primária no Brasil relacionada ao declínio de hospitalizações desnecessárias.</p> | <p>Macinko et al.</p> | <p>2010</p> | <p>Health Affairs</p> | <p>Nos municípios com alta cobertura de Estratégia de Saúde da Família, as taxas de hospitalização por doenças crônicas eram 13% mais baixas do que em municípios com baixa cobertura.</p> <p>Estes resultados sugerem que a ESF tem melhorado o desempenho do sistema de saúde no Brasil, reduzindo o número de hospitalizações potencialmente evitáveis.</p> |
| <p>ICSAP: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (projeto ICSAP – Brasil)</p> | <p>Alfradique et al.</p> | <p>2009</p> | <p>Caderno de Saúde Pública</p> | <p>De 2000 a 2006, as ICSAP caíram 15,8% no país.</p> <p>A lista final é composta por vinte grupos de diagnósticos que representam 28,3% das hospitalizações realizadas pelo SUS em 2006.</p> |
| <p>Redução do número de internações hospitalares por asma após a implantação de programa multiprofissional de controle da asma na cidade de Londrina</p> | <p>Neto et al.</p> | <p>2008</p> | <p>J. Bras. Pneumol.</p> | <p>Verifica-se declínio mais acentuado em Unidades de Saúde da Família onde a capacitação dos profissionais ocorreu há mais tempo.</p> <p>Conclui-se que a intervenção realizada no sistema de saúde local foi a responsável pelos dados apresentados.</p> |

Os estudos foram agrupados em duas categorias, apresentadas a seguir.

INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

Em relação ao total de internações por condições sensíveis à Atenção Primária, alguns autores encontraram diferenças entre as publicações analisadas. Um estudo realizado no Distrito Federal, que objetivou analisar coeficientes de internações por causas sensíveis à Atenção Primária no ano de 2008, revelou, em seus resultados, que 20% do total destas internações pelo SUS estão relacionados com as condições sensíveis (JUNQUEIRA; DUARTE, 2008). Em outro estudo, realizado em São Paulo no ano de 2011, foram encontrados resultados de 15,9% do total de internações relacionado às condições sensíveis (TORRES et al., 2011).

No estudo sobre a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde, foi encontrado um total de 28,3% de hospitalizações realizadas pelo SUS no ano de 2006 (ALFRADIQUE et al., 2009).

Conforme Nedel et al., (2008), em estudo realizado no município de Bagé (RS), foi encontrado resultado de 42,6% do total das internações por condições sensíveis à Atenção Primária. Este achado corresponde a, praticamente, o dobro dos estudos abordados acima. Ressalta-se, ainda, que a internação foi recomendada em 42,8% dos casos na Estratégia da Saúde da Família, contra 61,3% nos não-ESF, ou seja, a ESF atende mais e recomenda menos a internação que os demais modelos de atenção. Chama atenção que as condições sensíveis à atenção primária (CSAP) são problemas de saúde atendidos por ações do primeiro nível de atenção, e a necessidade de hospitalização por essas causas deve ser evitada por uma atenção primária oportuna, efetiva e de qualidade (NEDEL et al., 2008).

E, em relação ao total de internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, estas foram responsáveis por 41,4% (SANTOS et al., 2013).

Do total de internações ocorridas pelo SUS, o grupo de causa, que mais internou, foi o de doenças crônicas não transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos, sendo que este grupo é um programa considerado prioritário para todas as equipes de atenção básica do Brasil, conforme protocolos apresentados pelo Ministério da Saúde. Neste sentido, é importante que as equipes continuem desenvolvendo ações relacionadas a este grupo de risco e as que ainda não realizam devem em algum momento priorizá-las.

O Quadro 2 traz a descrição detalhada das publicações que apresentaram as principais causas de internações por condições sensíveis à atenção primária.

Quadro 2 – Descrição das principais causas de internações por condições sensíveis à atenção primária em Saúde

| Autor | Objetivo do Estudo | Principais causas de internações por condições sensíveis à atenção primária |
|------------------------------------|---|--|
| Ferreira et al. | Descrever as ICSAP na região de saúde de São José do Rio Preto, no interior paulista. | As doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 41,5% das causas dessas internações, sendo os diagnósticos de insuficiência cardíaca (14,8%), angina (14,1%), doenças cerebrovasculares (9,7%) e hipertensão (2,9%) os mais encontrados. |
| Santos et al. | Delimitar em municípios da metade sul do Rio Grande do Sul, o perfil das internações por DCNTSAP entre idosos. | Doenças Pulmonares como o grupo mais prevalente (18%), seguidas de Insuficiência Cardíaca (12,28%) |
| Rehem et al. | Descrever o perfil das ICSAP no município de Curitiba no período de 2005 a 2007 | As internações por angina e insuficiência cardíaca foram as que tiveram maior frequência nos três anos estudados. |
| Pagotto; Silveira; Velasco. | Caracterizar as hospitalizações de idosos quanto aos grupos de causas, identificar a prevalência e os fatores associados. | Principais causas: doenças do aparelho circulatório (28,4%), respiratório (9,8%) e as infecciosas e parasitárias (9,8%). |
| Rehem et al. | Apresentar o panorama dessas internações em um hospital do município de São Paulo | Em 2006 e 2007, os grupos que mais internaram foram: pneumonias bacterianas (68,43% e 71,52%), asma (10% e 6,22%) e infecção no rim e trato urinário (6,86% e 9,33%). Já no ano de 2008, os grupos em que mais pessoas foram internadas foram semelhantes: pneumonias bacterianas (63,0%), infecção no rim e trato urinário (14,63%) e doenças pulmonares (7,32%). |
| Barreto; N e r y ; Costa. | Identificar mudanças no perfil de morbidade hospitalar e discutir sua relação com a expansão da ESF no estado. | As causas de internação mais frequentes em menores de 1 ano no Piauí, entre os anos de 2000 e 2010, foram as doenças do aparelho respiratório, seguidas das doenças infecciosas e parasitárias e afecções perinatais. |
| Junqueira & Duarte | Analisar coeficientes de internações por causas sensíveis à atenção primária | As causas mais frequentes foram: gastroenterites (2,4%), insuficiência cardíaca (2,3%), e infecção do rim e trato urinário (2,1%). |
| Caldeira et al. | Avaliar a prevalência e os fatores associados às internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária | Pneumonias (23,0%) foi o grupo mais prevalente, Asma (4,4%), Gastroenterites (3,6%), Infecções da pele e subcutâneo (3,6%), Infecções do rim e trato urinário (3,3%). |

| | | |
|--------------------------|--|--|
| Torres et al. | Os objetivos deste estudo foram identificar as principais ICSAP do Hospital Geral de Pedreira (HGP) e as Unidades Básicas de Saúde que demandaram maior número destas internações | As principais causas das internações por condições sensíveis foram: pneumonias bacterianas (17,4%); infecções no rim e trato urinário (13,6%) e hipertensão arterial (11,1%). |
| Moura et al. | Analisar as tendências das principais causas de internações hospitalares entre aquelas sensíveis à atenção primária no Brasil, por faixa etária e região, no período de 1999 a 2006. | As três principais causas de ICSAP, em menores de 20 anos, foram as gastroenterites, asma e as pneumonias bacterianas. |
| Alfradique et al. | Descrever as etapas que levaram à elaboração dessa lista, os diagnósticos nela incluídos e a tendência das ICSAP em comparação às internações por outras causas pelo SUS. | As internações mais frequentes foram as gastroenterites e suas complicações (23,2%), seguidas pela insuficiência cardíaca (11,2%), asma (9,7%), doenças das vias aéreas inferiores (7,4%), pneumonias bacterianas (7,4%), infecções no rim e trato urinário (7,2%), doenças cerebrovasculares (6,5%) e hipertensão (5,2%). |

O artigo de Alfradique et al. (2009) apresenta-se com uma descrição das etapas para a construção da lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. A lista final é composta por vinte grupos de diagnósticos, que representavam 28,3% das hospitalizações realizadas pelo SUS em 2006, com um total de cerca de 2,8 milhões de internações. As principais causas das internações foram: Gastroenterites e complicações, insuficiência cardíaca e asma que corresponderam a 44,1%.

Nos resultados encontrados no artigo de Moura et al. (2010), que objetivou analisar as tendências das principais causas de internações hospitalares entre aquelas sensíveis à Atenção primária no Brasil no período de 1999 a 2006, destacam-se as três principais causas de ICSAP em menores de 20 anos, isto é, gastroenterites, asma e pneumonias bacterianas, sendo que houve redução das taxas de internação por gastroenterites (-12,0%), e asma (-31,8%) e aumento de 142,5% nas taxas de internações por pneumonias bacterianas.

Rehem et al. (2011), Torres et al. (2012) e Caldeira et al. (2011), em seus artigos, também encontraram taxas de prevalência maior de pneumonias bacterianas por condições sensíveis à atenção primária

no período estudado. O artigo de Torres et al. encontrou prevalência de (17,4%) para as pneumonias bacterianas seguido de (13,6%) para infecções no rim e trato urinário, e (11,1%) para hipertensão arterial.

Caldeira (2011) avaliou a prevalência e os fatores associados às internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, entrevistando 365 famílias e a prevalência de ICSAP foi de 44% (n=151). Dentre os entrevistados prevaleceu o sexo masculino (58,1%) e a idade das crianças variou de três dias a 13,6 anos, com média de idade de 3,6 anos e mediana de 2,1 anos. As principais causas encontradas no estudo foram: pneumonias (23%), asma (4,4%) e Gastroenterites (3,6%). Interessante ressaltar que a investigação sobre quem solicitou a internação revelou que o médico do pronto-socorro foi o principal solicitante (73,4%), seguido do médico do centro de saúde (15,5%).

GESTÃO EM SAÚDE

Entre as publicações encontradas nesta revisão bibliográfica, a grande maioria delas constitui-se de pesquisas construídas através dos bancos de dados secundários, sendo que alguns deles utilizam os campos de estudo como hospitais e Unidades Básicas de Saúde. Em relação à gestão em saúde, observou-se, nos artigos, uma grande demanda de sugestões dos autores sobre modificações que podem ocorrer a partir da leitura e da decisão do gestor.

Destaca-se um estudo realizado no estado do Rio Grande do Sul sobre hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária que avaliou a qualidade dos cuidados oferecidos nos municípios em gestão plena do sistema no período de 1995 a 2005, na faixa etária de 20 a 59 anos. Foram consideradas as internações hospitalares por: diabetes mellitus, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, doença pulmonar obstrutiva crônica e doenças imunopreveníveis. Observou-se uma diminuição das taxas de internações em quase todos os municípios do estado, porém nos

municípios menores, as taxas foram mais elevadas. Contudo, os resultados não mostraram diminuição das taxas após a adesão à gestão plena (COSTA et al., 2010).

Pestana e Mendes mostraram que “o percentual de gastos com as internações por condições sensíveis à atenção primária chega a 55,3% nos hospitais de menos de 30 leitos, a 49,1% nos hospitais de 31 a 50 leitos, a 36,0% nos hospitais de 51 a 100 leitos, caindo para valores de iguais ou menores de 15,5% nos hospitais de mais de 200 leitos”. Esse achado pode estar relacionado, nos municípios pequenos, com a baixa complexidade do sistema de saúde e do pagamento por internações realizadas, evidenciando a necessidade de os hospitais utilizarem sua máxima capacidade instalada (PESTANA; MENDES, 2004).

Além disso, do ponto de vista financeiro, a diminuição de internações por condições sensíveis à atenção primária pode significar importante economia num sistema de saúde que permanentemente sofre em decorrência dos escassos recursos.

Silveira et al. realizaram uma pesquisa sobre os gastos relacionados a internação de idosos comparados aos da população de adultos (20 a 59 anos), no período de 2002 a 2011. Um importante achado para os gestores é o de que as taxas de internações dos idosos, de um modo geral, foram mais elevadas do que na população com 20 a 59 anos de idade, chegando à ordem de 9 vezes mais com doenças do aparelho circulatório. Contudo, a razão de custo por habitante é expressivamente maior na população idosa, sobretudo entre os homens, o que permite afirmar que as internações de idosos são mais onerosas do que aquelas ocorridas entre pessoas de 20 a 59 anos (SILVEIRA et al., 2013).

Em um contexto mais ampliado de promoção à saúde, destaca-se a inserção dos idosos em atividades que favoreçam suas interações sociais, hábitos de vida e outros. Iniciativas como a de um grupo de idosos, desenvolvidas pelas Equipes de Estratégia de Saúde da Família ou mesmo pela rede de atenção à saúde dos municípios, identificou melhora na qualidade de vida global dos indivíduos, relacionada ao suporte psi-

cológico e social, que o idoso recebeu dos colegas e profissionais nestes espaços (SILVEIRA et al., 2013).

Outro estudo, sobre a redução do número de internações hospitalares após a implantação de programa multiprofissional de controle da asma na cidade de Londrina no Estado do Paraná, objetivou avaliar a relação entre a redução do número de internações hospitalares por asma e as transformações ocorridas após a intervenção realizada no sistema de saúde de Londrina. Em 2003, houve intervenção no sistema de saúde local (Unidades de Saúde da Família), onde foram adotados os seguintes passos: elaboração de protocolo baseado no III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma, fornecimento gratuito de corticosteroides inalatórios aos pacientes, capacitação de profissionais de saúde e realização de ações educativas, especialmente para a comunidade. Foram analisadas as autorizações de internação hospitalar de pacientes de Londrina com diagnóstico único de asma entre 2002 e 2005 (NETO et al., 2008).

Verifica-se que, após a implantação da residência multiprofissional, bem como a decisão da gestão municipal em adotar as estratégias citadas acima, o índice de internação hospitalar por asma foi significativamente menor que o encontrado antes da intervenção.

Os estudos de Boing et al. (2012) e o de Costa et al. (2008) apresentaram redução nos índices de internações por condições sensíveis à atenção primária. Boing e colaboradores descreveram a tendência de hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária entre os anos de 1998 e 2009 no Brasil. Aconteceu uma importante redução média anual de internações por condições sensíveis à atenção primária de 3,7% entre os homens igualando-se para as mulheres, a tendência variou em cada unidade federativa, porém em nenhuma houve aumento das internações.

Outro estudo, realizado em Ribeirão Preto – SP, analisou as internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária nos anos de 2000 e 2007. Foi observado que, após a implantação da Estratégia Saúde da Família, houve queda de 9,6% nas ocorrências de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, 9.531 casos para o ano 2000 e

8.616 casos ocorridos no ano de 2007, podendo-se verificar uma diminuição de 915 casos. Entretanto, grupos como Doenças Preveníveis por Imunização e Condições Sensíveis e Anemias apresentaram significativos acréscimos. Esta análise permite inferir que a organização dos serviços de Atenção Primária em Saúde no município, embora traga ações de prevenção de doenças e promoção da saúde que parecem contribuir na redução de internações, também se faz necessário que a gestão desta área tome atitudes em relação ao grupo de doenças que obteve acréscimos, pois este deve ser totalmente eliminado através de ações desenvolvidas pelas Equipes de Estratégia de Saúde da Família e Equipes de Atenção Básica (FERREIRA; DIAS; MISHIMA, 2012).

É importante ressaltar que a estratégia de saúde da família iniciou em 1994, mas foi sensivelmente ampliada a partir de 2000, em Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, tendo mostrado resultados positivos e certamente pode ter contribuído na qualificação da atenção básica percebida pela diminuição nas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária.

Macinko et al. (2010) em seus estudos sobre a expansão da atenção primária no Brasil, conclui que, durante o período 1999-2007, as doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral e asma diminuíram quase duas vezes mais em relação às hospitalizações por outras causas. Ressalta-se a importância do Programa Saúde da Família no qual, em municípios com cobertura maior, as taxas de hospitalização por doenças crônicas foram 13% mais baixas do que em municípios com cobertura menor. Monaham et al. (2013) também encontraram reduções nas taxas de hospitalização por gastroenterites em criança menores de 5 anos devido ao aumento da cobertura do Programa Saúde da Família

CONCLUSÃO

Entre as 27 publicações encontradas nesta revisão, a Revista de Saúde Pública e os Cadernos de Saúde Pública foram os periódicos que mais apresentaram publicações, com 5 artigos cada. Em relação ao ano

de publicação, em 2012 foi encontrado o maior número, sendo 7 arquivos, e, em 2013, apresentaram-se 6 publicações.

Os artigos descritos apresentaram diversas causas de internações por condições sensíveis à atenção primária, destacando-se as causas relacionadas a infecções no rim e trato urinário, pneumonias bacterianas e insuficiência cardíaca, as que mais apareceram nos estudos analisados.

É importante ressaltar que a Estratégia de Saúde da Família pode melhorar o desempenho do Sistema Único de Saúde no Brasil e reduzir o número de hospitalizações evitáveis. Isso pode ser uma estratégia de gestão para otimizar os recursos do SUS.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M.E et al . Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(6):1337-1349, jun, 2009.

BARRETO, JOM; NERY, IS; COSTA, MSC. Estratégia de Saúde da Família e internações em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. Cad. Saúde Pública, 28 (3): 515-526, 2012.

BATISTA, SRR. et al. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em municípios goianos. Revista de Saúde Pública, 46(1), 2012.

BOING, A.F. et al. Redução das Internações por condições sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998-2009. Rev. Saúde Pública; Vol. 46(2): 359-66; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde Portaria SAS/MS nº221, de 17 de abril de 2007.

CALDEIRA, AP et al. Internações por condições sensíveis à atenção Primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Vol. 11, 2011.

CARMO, TA; ANDRADE, SM; NETO, AC. Avaliação de um programa de controle da asma em unidades de saúde da família. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(1), janeiro, 2011.

DIAS-DA-COSTA, JS et al. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26, fev,2010.

DIAS-DA-COSTA, JS et al. Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, julho de 2008.

FERREIRA, JBB et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v.23, 2014.

FERREIRA, M; DIAS, BM; MISHIMA, SM; Internações por condições sensíveis: possibilidade de avaliação na atenção básica. *Rer. Eletr. Enf.*, v. 14, 2012.

JUNQUEIRA, RMP; DUARTE, EC. Internações hospitalares por causa sensíveis à atenção primária no Distrito Federal, 2008. *Revista Saúde Pública*, 46(5):761-8; 2012.

LUCIANO, EP et al. Prospective study of 2151 patients with chronic kidney disease under conservative treatment with multidisciplinary care in the Vale do Paraíba, SP, *J. Bras. Nefrol.*, 34(3), 2012.

MACINKO, J et al. Major Expansion Of Primary Care In Brazil Linked To Decline In Unnecessary Hospitalization, *Health Affairs*, 2010.

MENDONÇA, SS; ALBUQUERQUE, EC. Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco, 2008 a 2012, *Epidemiologia, Serviço, Saúde, Brasília*, 23(3), jul/set, 2014.

MONAHAM, LJ et al. Impact of the Family Health Program on gastroenteritis in children in Bahia, Northeast Brazil: an analysis of primary care-sensitive conditions. *J. Epidemiol. Glob. Health*, 3(3), 2013.

MOURA, BLA et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. *Rev. Brasil. Mater. Saúde. Infant.*, vol 10, 2010.

NEDEL FB et al. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). *Rev Saúde Pública*; 42(6): 1041-52, 2008.

NEDEL, FB et al, Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática de literatura. *Epidemiologia, Serviço, Saúde, Brasília* 19(1), jan/mar, 2010.

NETO, ACN et al. Redução do número de internações hospitalares por asma após a implantação de programa multiprofissional de controle da asma na cidade de Londrina. *J. Bras. Pneumol.* Vol. 34., 2008.

PAGOTTO, V; SILVEIRA, EA; VELASCO, WD. Perfil das hospitalizações e fatores associados em idosos usuários do SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, 18(10), 2013.

PESTANA M.; MENDES EV. Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; Belo Horizonte: 2004.

REHEM, TCMSB et al. Internações por condições sensíveis à Atenção Primária em uma metrópole brasileira. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 47(4), 2013.

REHEM, TCMSB; CIOSAK, SI; EGRY, EY. Internações por condições sensíveis à atenção primária no hospital geral de uma microrregião de saúde do município de São Paulo, Brasil. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, vol. 21(3), 2012.


RODRIGUES-BASTOS, RM et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária em um município do sudeste do Brasil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 59(2), 2013.

SANTOS VC et al. Perfil das internações por doenças crônicas não-transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos da metade sul do RS. *Rev. Gaúcha Enfermagem*. 34 (3) Porto Alegre, Set, 2013.

SILVEIRA, RE et al. Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. *Einstein*, vol. 11, 2013.

SOUZA, LL; COSTA, JSD. Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. *Revista de Saúde Pública*, 45(4), 2011.

TORRES RL et al. O panorama das internações por condições sensíveis à Atenção Primária em um distrito de São Paulo. *Rev Esc. Enferm USP*, 45(Esp. 2):1661-6, 2011.



PERFIL DAS INTERNAÇÕES POR CAUSAS EXTERNAS NO SUS ENTRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE, 2010-2013

JULIANE CABRAL
LUÍS FERNANDO KRANZ
ROGER DOS SANTOS ROSA

INTRODUÇÃO

O conceito de violência é amplo, complexo e controverso. Para Mi-nayo (1997), pode ser entendido como o evento representado por ações realizadas por grupos, indivíduos, nações ou classes que ocasionam danos morais ou físicos a si próprios ou a outros. Segundo Brasil (2005), acidente é entendido como algo não proposital e evitável, que causa danos físicos e/ou emocionais, no ambiente doméstico, no trânsito, no trabalho, na escola, entre outros. E violência é entendida como algo que pode resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação, a partir do uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, contra um grupo ou uma comunidade.

As repercussões, as lesões, os danos e as mortes causadas por violência e acidentes significam altos custos sociais e causam elevados prejuízos econômicos, em virtude dos dias de ausência no trabalho, pelos danos emocionais e mentais incalculáveis que provocam nas vítimas e em suas

famílias e pelos anos de produtividade ou de vida perdidos (CARVALHO et.al. 2007; DESLANES & LEMOS, 2008; BARROS et al., 2001).

O Capítulo XX da Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão – CID 10 (OMS, 2000) descreve as causas externas da seguinte forma: quedas (W00-W19); acidentes de transporte (V01-V99); intoxicações (X00-X09, X40-X49); agressões (X85-Y09); lesões autoprovocadas voluntariamente (X60-X84) e demais causas externas (W20-W99, X10-X39, X50-X59, Y10-Y99). Nomenclatura esta utilizada mundialmente a fim de padronizar o entendimento sobre o que engloba “causas externas”.

Devido a violência ser um problema multifatorial com raízes biológicas, sociais, psicológicas e ambientais, ela deve ser, concomitantemente enfrentada em níveis diferentes, sendo o primário (quando a ação da prevenção ocorra antes da violência), secundário (quando o ato violento já ocorreu, as abordagens ficam centradas nas reações mais imediatas, tentando evitar episódios novos ou mais graves) ou terciário (abordagens que enfocam os cuidados prolongados após a violência, com a intenção de evitar maiores danos e melhorar a qualidade de vida) (MATOS & MARTINS, 2013).

Em estudo realizado por Yunes e Rajs (1994), entre 1979 e 1990, em 15 países, o Brasil estava entre os países que apresentavam uma tendência de crescimento nas taxas de mortalidade por causas externas, sendo os homicídios e os acidentes de trânsito as principais causas de morte violenta. Conforme Barros et al. (2001), a justificativa para esta tendência no Brasil estaria na velocidade e magnitude das desigualdades sociais geradas no processo de urbanização acelerada.

Estudos realizados em São Paulo e Rio de Janeiro (VERMELHO & MELLO JORGE, 1996) mostram que as epidemias e doenças infecciosas foram sendo progressivamente substituídas pelas causas externas, principalmente acidentes de trânsito e homicídios. Em 1980, as causas externas já eram responsáveis por 50% do total de mortes dos jovens no país. Já em 2012, a taxa se eleva drasticamente para 71,1%, equivalendo a 55.291 óbitos de jovens mortos por causas externas (WAISELFISZ, 2014).

Na maioria dos países, estas causas estão entre as principais no que se refere à mortalidade e morbidade, acarretando grandes custos, diminuição da capacidade produtiva e da qualidade de vida da população. No Brasil, no início dos anos 2000, a mortalidade por causas externas representou um percentual de 28,6% dos anos potenciais de vida perdidos (APVP) da população em geral, a primeira causa de APVP para os jovens (SOUZA et al. 2003)

Segundo Penden et al. (2004), a maioria destas mortes ocorre em países em desenvolvimento, onerando seriamente seus sistemas de saúde. Para Minayo (1997), a morbidade por violência é difícil de ser mensurada. Estima-se que para cada morte atribuível a acidente, duzentos a quatrocentos casos de lesões não-mortais gerem sequelas e incapacidades prematuras. Segundo a OMS (2008), para cada morte de menor de 18 anos, estima-se que haja 12 crianças internadas em hospital ou com invalidez permanente e 34 que necessitam de cuidados médicos ou não foram à escola ou trabalho por causa de uma lesão.

Nos Estados Unidos, a cada ano, uma em cada cinco crianças recebe atenção médica em decorrência de eventos traumáticos, constituindo o principal grupo de condições que exige atenção médica, além de gerar mais de 20% das admissões e dias de internação hospitalar (MOODY et al. 2000).

O perfil da mortalidade por causas externas no Brasil caracteriza-se por uma ocorrência maior nas regiões metropolitanas e faixas etárias mais jovens (MINAYO, 1994; PHEBO & MOURA, 2005). Enquanto na infância o ambiente doméstico é o principal local onde são gerados esses agravos, na adolescência o espaço extradomiciliar tem prioridade no perfil epidemiológico das causas externas. Para Tavares (2005), de forma geral, as crianças menores sofrem mais queimaduras, afogamentos, quedas e intoxicações; os maiores, atropelamentos e queda de bicicletas e os adolescentes estão mais propícios a afogamentos, acidentes de trânsito e lesões por armas de fogo.

Minayo et al. (2003) afirmam que os gastos hospitalares com internações decorrentes de causas violentas, no Brasil, realizados com verbas do SUS, corresponderam a 8% do total gasto com internações, sendo o

gasto-dia 60% superior ao custo médio das demais internações. As internações por causas externas tendem a ser mais caras do que a média das hospitalizações pagas pelo SUS. A média para cada internação por causa natural corresponde a R\$ 239,40, enquanto as internações por causas externas custam, em média, cerca de 37% a mais, ou seja, R\$ 328,78 (MESQUITA et al. 2009).

Em 2001, o custo total de perda de produção no Brasil, devido a violência por causas externas, girou em torno de R\$ 20,1 bilhões, sendo que os homicídios foram responsáveis por R\$ 9,1 bilhões, acidentes de transporte por cerca de R\$ 5,4 bilhões e suicídios por R\$ 1,3 bilhão. Neste mesmo ano, as mortes por causas externas ocasionaram um total de 4,96 milhões de anos perdidos, sendo que os homicídios foram responsáveis por 2,15 milhões de anos perdidos e os acidentes de transporte por 1,24 milhão de anos perdidos das vítimas no Brasil (CARVALHO et al. 2007).

Neste contexto, este estudo objetiva descrever as internações no SUS, por causas externas na faixa etária de 0–19 anos, no município de Porto Alegre – RS, no período de 2010 a 2013. Como objetivos específicos: a) Descrever o perfil demográfico, as diferentes causas (quedas, acidentes de trânsito, queimaduras e agressões), o número de internações, procedência, gastos e mortalidade; e, b) Sistematizar as internações por causas externas segundo indicadores administrativos (tempo médio de permanência, gasto médio e custo-dia).

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, com análise de dados da morbidade hospitalar por causas externas entre crianças e adolescentes de 0-19 anos, residentes de qualquer procedência e internados no município de Porto Alegre – RS no período de 2010 a 2013.

Porto Alegre possui uma população de 1.409.939 habitantes, sendo 755.017 mulheres e 654.022 homens (IBGE, 2010). A área do município é de, aproximadamente, 435 km², formado por 78 bairros, agrupados em 18 regiões do Orçamento Participativo, que constituem

10 Gerências Distritais de Saúde. A estimativa da população média de Porto Alegre na faixa etária de 0 a 19 anos, no período de 2010 a 2013, foi de 362.342 pessoas.

Os Bancos de Dados utilizados foram os do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), base de dados de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), com base nas informações de acidentes por causas externas. É o maior sistema nacional de informações referentes a hospitalizações e engloba 60 a 70% da assistência prestada (TOMIMATSU, 2009). O SIH/SUS coleta em torno de 50 variáveis relativas às internações: identificação e qualificação do paciente, atos médicos realizados, exames e procedimentos, diagnóstico, motivo da alta, valores de AIH, permanência, entre outros.

As estimativas populacionais do município de Porto Alegre foram obtidas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com base no último Censo Demográfico (2010) e estimativas.

As variáveis consideradas foram internações, sexo, faixa etária (menor de 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos, 15 a 19 anos), procedência (local de residência do paciente), local de internação, estabelecimento, grupo de causas, AIH aprovadas, valor total, valor médio da AIH, dias de permanência, média de permanência, taxa de mortalidade e óbitos.

Foram contabilizadas as AIH aprovadas no período, sendo desconsideradas as de longa permanência. O banco de dados apresenta um valor aproximado das internações, pois as transferências e reinternações são consideradas e computadas.

Para o cálculo dos indicadores administrativos foram utilizadas as seguintes fórmulas sobre gasto médio de internação, custo dia e o tempo médio de permanência:

- a) Gasto médio de internação = Valor pago pelas internações / Número de internações
- b) Custo-dia = Valor pago pelas internações / Número de dias de permanência

- c) Tempo médio de permanência = Número de dias de permanência / Número de internações

Um detalhamento maior, em forma de gráficos e tabelas, dos dados deste estudo pode ser encontrado em Cabral (2015).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período 2010 a 2013 foram realizadas 689.270 internações pelo SUS em Porto Alegre, com um coeficiente de morbidade geral de 733,28/100.000 habitantes no quadriênio. De uma forma geral:

- a) entre as 689.270 internações pelo SUS em Porto Alegre (2010-2013), os cinco principais grupos de causas foram gravidez parto e puerpério (14,35%), doenças do aparelho circulatório (12,97%), doenças do aparelho respiratório (11,01%), neoplasias (10,08%), doenças do aparelho digestivo (8,99%), totalizando 57,4% do total;
- b) na faixa etária de 0-19 anos, ocorreram 149.817 (21,7% do total) internações, principalmente por doenças do aparelho respiratório (21,14%), gravidez parto e puerpério (13,40%), algumas afecções originadas no período perinatal (9,65%), doenças do aparelho digestivo (8,93%), algumas doenças infecciosas e parasitárias (7,39%), totalizando 60,5% do total desta faixa etária (tabela 1);
- c) ocorreram 10.628 (7,1%) internações por causas externas na faixa etária e período em estudo, das quais 10.605 (99,78%) tiveram o diagnóstico principal preenchido corretamente, e 23 (0,22%) foram preenchidas apenas com a causa da lesão, ou seja, o diagnóstico secundário.

TABELA 1 - Internações pagas pelo SUS, de 0 a 19 anos, segundo capítulo CID-10, no município de Porto Alegre - RS, 2010 a 2013.

| Capítulo CID-10 | Menor 1 ano | 1 a 4 anos | 5 a 9 anos | 10 a 14 anos | 15 a 19 anos | Total | Ranking | % |
|---|-------------|------------|------------|--------------|--------------|--------|---------|-------|
| I. Algumas doenças infec e parasitária | 4660 | 2646 | 1735 | 1106 | 926 | 11073 | 5º | 7,39 |
| II. Neoplasias (tumores) | 465 | 1960 | 1847 | 1852 | 1853 | 7977 | 8º | 5,32 |
| III. Doenças sang org hemat e transt imunitár | 181 | 554 | 560 | 599 | 164 | 2058 | 15º | 1,37 |
| IV. Doenças endócrinas nutri e metabólicas | 396 | 446 | 369 | 444 | 285 | 1940 | 17º | 1,29 |
| V. Transtornos mentais e comportamentais | 6 | 8 | 54 | 446 | 1907 | 2421 | 12º | 1,62 |
| VI. Doenças do sistema nervoso | 1045 | 1765 | 1024 | 889 | 556 | 5279 | 10º | 3,52 |
| VII. Doenças do olho e anexos | 79 | 121 | 171 | 192 | 195 | 758 | 20º | 0,51 |
| VIII. Doenças ouvido e da apófise mastóide | 159 | 477 | 460 | 375 | 209 | 1680 | 18º | 1,12 |
| IX. Doenças do aparelho circulatório | 446 | 398 | 423 | 487 | 596 | 2350 | 13º | 1,57 |
| X. Doenças do aparelho respiratório | 14427 | 9394 | 4186 | 2105 | 1562 | 31674 | 1º | 21,14 |
| XI. Doenças do aparelho digestivo | 2315 | 2957 | 3344 | 2780 | 1989 | 13385 | 4º | 8,93 |
| XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo | 474 | 1277 | 984 | 770 | 603 | 4108 | 11º | 2,74 |
| XIII. Doenças sist osteomusc e tec conjuntivo | 51 | 181 | 258 | 411 | 366 | 1267 | 19º | 0,85 |
| XIV. Doenças do aparelho geniturinário | 864 | 931 | 1298 | 1357 | 1986 | 6436 | 9º | 4,30 |
| XV. Gravidez parto e puerpério | - | 1 | - | 925 | 19149 | 20075 | 2º | 13,40 |
| XVI. Algumas afec origi no perío perinatal | 14401 | 25 | 7 | 3 | 21 | 14457 | 3º | 9,65 |
| XVII. Malf cong deformid e anomal cromos | 2470 | 2375 | 1499 | 1109 | 526 | 7979 | 7º | 5,33 |
| XVIII. Sint sin e achad anorm ex clín e laborat | 374 | 526 | 418 | 462 | 499 | 2279 | 14º | 1,52 |
| XIX. Lesõe enven e alg out conseq caus exte | 737 | 2084 | 2182 | 2131 | 3471 | 10605 | 6º | 7,08 |
| XX. Causas externas de morbid e mortali | 2 | 3 | 7 | 5 | 6 | 23 | 21º | 0,02 |
| XXI. Contatos com serviços de saúde | 508 | 504 | 341 | 267 | 373 | 1993 | 16º | 1,33 |
| Total | 44060 | 28633 | 21167 | 18715 | 37242 | 149817 | - | 100 |

Fonte: DATASUS/MS

Em ambos grupos as causas externas assumiram o 6º lugar no número de internações. A faixa etária estudada correspondeu a 149.817 (21,73%) internações no período. Entre as internações por causas externas entre crianças e adolescentes - excluindo as internações por gravidez, parto e puerpério e as doenças do período perinatal (crianças com até 28 dias) - as causas externas só perdem em número de internações para as doenças comuns e esperadas na população estudada. As faixas etárias com maior impacto são de 15 a 19 anos (9,32%), ficando abaixo apenas de internações por gravidez, parto e puerpério que (51,41%).

Na tabela 1 percebe-se um erro de codificação: um registro na faixa etária de 1 a 4 anos no grupo de causas de gravidez, parto e puerpério, sendo inaceitável este diagnóstico nesta faixa etária.

Variável sexo

O sexo masculino prevaleceu em todas as faixas etárias de internações, com a seguinte razão entre os coeficientes masculino/feminino foi, para menor de 1 ano (1,44), de 1 a 4 anos (1,37), de 5 a 9 anos (1,64), de 10 a 14 anos (2,72) e de 15 a 19 anos (3,68). No total, para cada internação do sexo feminino houve 2,19 internações no sexo masculino.

O coeficiente de morbidade para o sexo masculino aumentou proporcionalmente com a idade, diferentemente do sexo feminino, em que a faixa etária de 1 a 4 anos e 5 a 9 anos apresentaram com os maiores coeficientes. Destacaram-se entre o sexo masculino as faixas etárias de 10 a 14 e 15 a 19 anos (58,8% das internações) e no sexo feminino as faixas etárias de 1 a 4 e 5 a 9 anos (51,3% das internações).

Quanto maior a faixa etária, maior foi o percentual total de internações: menor de 1 ano (6,9%), 1 a 4 anos (19,6%), 5 a 9 anos (20,7%), 10 a 14 anos (20,1%) e 15 a 19 anos (32,7%).

Riara e Grossman (2005) não consideram o sexo como fator de risco para acidentes, entretanto, consideram que o sexo masculino se expõe mais tempo na rua e com o uso de bicicletas, por exemplo. Em relação a gravidade das lesões, afirmam ser influenciadas diretamente pelo sexo, visto que os meninos se arriscam mais do que as meninas.

Os resultados deste estudo sinalizam que é a partir de 5 anos em média que a criança passa a vivenciar atividades fora de seu ambiente doméstico e com menor supervisão de um adulto. Seja no ambiente escolar, nas brincadeiras em grupo, no andar de bicicleta, jogar bola, correr, entre outros, estão assim mais expostos a acidentes, como atropelamentos e quedas.

Causa das internações

A tabela 2 apresenta os grupos de causas das lesões que motivaram as internações por causas externas, por faixa etária entre 0 a 19 anos no município de Porto Alegre - RS, no período de 2010 – 2013. Quedas, os acidentes de transporte e a exposição a forças mecânicas inanimadas foram responsáveis por 63% do total de internações.

TABELA 2 - Internações pagas pelo SUS por causas externas, de 0 a 19 anos, segundo grupo de causas e faixa etária, no município de Porto Alegre - RS, 2010 a 2013.

| Grupo de Causas | Menor 1 ano | 1 a 4 anos | 5 a 9 anos | 10 a 14 anos | 15 a 19 anos | Total |
|--|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|--------------|
| V01-V99 Acidentes de transporte | 50 | 211 | 406 | 440 | 932 | 2039 |
| W00-X59 Outras causas externas de lesões acident | 360 | 1572 | 1505 | 1282 | 1371 | 6090 |
| W00-W19 Quedas | 216 | 540 | 757 | 769 | 777 | 3059 |
| W20-W49 Exposição a forças mecânicas inanimadas | 38 | 412 | 463 | 322 | 393 | 1628 |
| W50-W64 Exposição a forças mecânicas animadas | 1 | 28 | 21 | 9 | 5 | 64 |
| W65-W74 Afogamento e submersão acidentais | 1 | 10 | - | 2 | - | 13 |
| W75-W84 Outros riscos acidentais à respiração | 2 | 20 | 12 | 2 | 7 | 43 |
| W85-W99 Expos cor. elétr., rad., temper pressão extrem | 2 | 5 | 2 | 7 | 20 | 36 |
| X00-X09 Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas | 21 | 128 | 116 | 73 | 69 | 407 |
| X10-X19 Contato fonte de calor e subst quentes | 43 | 252 | 71 | 48 | 30 | 444 |
| X20-X29 Contato animais e plantas venenosos | 4 | 10 | 10 | 12 | 15 | 51 |
| X30-X39 Exposição às forças da natureza | - | - | 1 | - | - | 1 |
| X40-X49 Enven/intox acid exposição a subst nocivas | 30 | 161 | 45 | 30 | 10 | 276 |
| X58-X59 Expos acid a outr fatores e não especific | 2 | 6 | 7 | 8 | 45 | 68 |
| X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente | - | 17 | 5 | 7 | 17 | 46 |
| X85-Y09 Agressões | 8 | 29 | 26 | 118 | 762 | 943 |
| Y10-Y34 Eventos cuja intenção é indeterminada | 7 | 20 | 27 | 22 | 26 | 102 |
| Y40-Y84 Complic assistência médica e cirúrgica | 286 | 184 | 171 | 176 | 239 | 1056 |
| Y40-Y59 Ef adv drogas medic subst biológ fin terap | 3 | 16 | 16 | 9 | 16 | 60 |
| Y60-Y69 Acid ocorr durante prest serv médic cirurg | 2 | 2 | - | 3 | - | 7 |
| Y70-Y82 Incid advers diagn/terapia assoc disp méd | 3 | 7 | 6 | 8 | 7 | 31 |
| Y83-Y84 Reaç anorm ou compl tard ou outros proced | 278 | 159 | 149 | 156 | 216 | 958 |
| Y85-Y89 Sequelas de causas externas | 2 | 18 | 11 | 16 | 14 | 61 |
| Y90-Y98 Fatores suplement relac outras causas | 26 | 28 | 30 | 53 | 58 | 195 |
| S-T Causas externas não classificadas | - | 8 | 8 | 22 | 58 | 96 |
| Total | 739 | 2087 | 2189 | 2136 | 3477 | 10628 |

Fonte: DATASUS/MS

QUEDAS

Estimativas dos Estados Unidos mostram que as quedas são a causa principal de lesões não fatais para crianças e adolescentes até 19 anos e que, anualmente, cerca de 2,8 milhões de crianças são atendidas em serviços de emergência naquele país (CDCP, 2008).

Neste estudo, as internações por queda constituíram a principal causa em todas as faixas etárias, aumentando proporcionalmente dos 5 anos aos 19 anos. Do total de 3.059 internações, 2.066 (67,5%) corresponderam a queda sem especificação o que atenta para possíveis falhas de preenchimento de AIHs ou até mesmo uma forma de omitir a causa e prejudicando a análise das causas. Abaixo desta causa aparecem as causas de quedas no mesmo nível por escorregão, tropeção, passos em falso ou outro (8,04%), queda de um nível ao outro (6,64%) e queda envolvendo equipamento de playground (4,12%), entre outras.

Estudo realizado por Malta et al. (2012), que coletou dados de 23 capitais e Distrito Federal, de setembro a novembro de 2009, apresentou na faixa etária de 0 a 9 anos, 61,75% do total de quedas entre 0 e 19 anos, sendo 12,3% acima do encontrado neste estudo.

ACIDENTES DE TRANSPORTE

Por acidentes de transporte, entendem-se acidentes com veículos terrestres (rodoviários, ferroviários e outros), veículos aéreos, pluviais e fluviais, ambos englobando passageiro, condutor e pedestre. Assim, as lesões relacionadas com o trânsito de veículos e pessoas nas vias públicas estão abarcadas neste termo, compreendidas na CID-10 entre V01 a V99.

As causas externas, em especial acidentes de trânsito, alcançaram patamares próximos ao ocupado por doenças cardiovasculares, que lideraram o principal grupo de causas de morbimortalidade no Brasil (NUNES e NASCIMENTO, 2010).

Os acidentes de transporte corresponderam a 19% das internações por causas externas entre 0 a 19 anos em Porto Alegre, no período de 2010-2013. Na tabela 3, que enumera as categorias das causas de internações das 2.039 internações por acidentes de transporte ocorridas no período, observa-se que as principais causas foram os acidentes envolvendo pedestres (38,99%) e com ocupantes de automóveis (37,42%).

Na faixa etária de 15 a 19 anos se concentraram os acidentes por ocupante de automóvel (51% dos registros), não sendo possível a discriminar o adolescente envolvido estava na posição de condutor ou passageiro. Também nesta faixa etária encontra-se o maior número de internações totais de acidentes de transporte (45,70%).

Estudo realizado na Bahia por Carvalho et al. (2005), mostrou que em 2001, no momento do acidente envolvendo adolescentes, estes estavam na posição de condutor, mesmo sem possuírem habilitação. Bergami (2007) em seu estudo afirma que acidentes de transporte na faixa etária de 15 a 19 anos podem dever-se ao fato dos adolescentes buscarem aventuras como dirigir carros, pilotar motos, mesmo sem habilitação e/ou experiência, não percebendo os riscos envolvidos. Estudo realizado em 2005, no estado de São Paulo, por Gawryszewski et al. (2009), revela que do total de internações por causas externas, os acidentes de transporte corresponderam a 11,6%. A razão total entre os sexos variou de 2,9:1 sobre o sexo feminino.

TABELA 3 - Internações pagas pelo SUS por acidentes de transporte, de 0 a 19 anos, segundo categoria das causas e faixa etária, no município de Porto Alegre - RS, 2010 a 2013.

| Categoria das Causas | Menor 1 ano | 1 a 4 anos | 5 a 9 anos | 10 a 14 anos | 15 a 19 anos | Total | % |
|---|--------------------|-------------------|-------------------|---------------------|---------------------|--------------|----------|
| V01-V09 Pedestre traumatiz acid transporte | 39 | 125 | 216 | 213 | 202 | 795 | 38,99 |
| V10-V19 Ciclista traumatizado acid transporte | - | 3 | 28 | 30 | 25 | 86 | 4,22 |
| V20-V29 Motociclista traumatiz acid transp | - | 8 | 11 | 22 | 308 | 349 | 17,12 |
| V30-V39 Ocup tricic motor traumatiz transp | - | 1 | - | - | 1 | 2 | 0,10 |
| V40-V49 Ocup automóv traumatiz transp | 11 | 73 | 135 | 155 | 389 | 763 | 37,42 |
| V60-V69 Ocup veíc transp pesado traum trans | - | - | - | - | 2 | 2 | 0,10 |
| V80-V89 Outros acid transporte terrestre | - | 1 | 15 | 18 | 5 | 39 | 1,91 |
| V90-V94 Acidentes de transporte por água | - | - | 1 | - | - | 1 | 0,05 |
| V01-V99 Acidentes de transporte | 50 | 211 | 406 | 440 | 932 | 2039 | 100,0 |

Fonte: DATASUS/MS

Em relação ao sexo, o masculino foi majoritário em todas as principais causas. Dos 2.039 registros, 1.447 ocorreram entre homens e 592 entre mulheres. A maior razão entre os coeficientes masculino/feminino pode ser encontrada na causa de acidente por ciclista, em que a razão foi de 6,2, ou seja, para cada internação do sexo feminino, houve 6,2 internações no sexo masculino. Em segundo lugar estão os acidentes com motociclista, cuja razão encontrada foi de 5,2.

QUEIMADURAS

As internações por queimaduras correspondem às internações compreendidas na CID-10 entre W85-W99 (exposição a corrente elétrica, radiação

e a temperaturas e pressões extremas do ambiente), X00 a X09 (exposição ao fuma, ao fogo e às chamas) e X10 a X19 (contato com uma fonte de calor ou com substâncias quentes). As queimaduras foram responsáveis por 8% das internações na amostra estudada, com um total de 887 registros.

Entre as causas de queimaduras, 444 (50%) ocorreram por contato com fonte de calor e substâncias quentes, 407 (46%) por exposição à fumaça, fogo e chama e 36 (4%) por exposição a corrente elétrica, radiação, temperatura e pressão extrema. Por sexo, geraram uma relação masculino/feminino de 4,14, 2,08 e 1,51, respectivamente. No total, o sexo masculino foi o mais exposto, sendo responsável por 64,37% dos casos, com uma relação de 1,8:1 sobre o sexo feminino. Dados semelhantes foram encontrados por outros autores, onde o sexo masculino sempre apresentou maior percentual de queimaduras (PAIM; SILVA; AZEVEDO, 2004; BERGAMI, 2007).

Em relação a faixa etária, a mais atingida foi de 1 a 4 anos, representando 385 (43,4%) dos casos. Se incluídos os 66 registros em menores de 1 ano, tem-se 50,84% de em 5 anos de idade. Dados semelhantes ao encontrado por outros autores (ZORI e SCHNAIDERMAN, 2000; SCHARMA et al. 2006).

AGRESSÕES

As internações por agressões correspondem às internações compreendidas na CID-10 entre X85 a Y09. Incluem as agressões por arma branca, arma de fogo, negligência, maus tratos, agressão sexual, entre outras. As agressões foram responsáveis por 9% das internações na amostra estudada.

Do total de 943 internações que ocorreram entre 0-19 de idade, 762 (80,8%) se deram entre os 15 e 19 anos, seguidas de 118 (12,5%) registros de 10 a 14 anos. Em relação a agressão sexual, a faixa etária mais atingida foi de 1 a 4 anos (53,84%), o que remete à situação indefesa da criança.

Segundo categoria de causa, as três principais foram agressão por disparo de arma de fogo (612 casos) e por objeto cortante ou perfurante (156 casos) e por força corporal (96 casos). Entre os adolescentes de 15 a 19 anos está o maior número das agressões por arma de fogo (84,7%).

Em relação ao sexo, novamente o sexo masculino representa a maior parte das internações (85,25%), sendo a relação de 5,8:1 sobre o sexo feminino. A inversão da razão ocorreu nas causas de agressão sexual por meio de força física, onde o sexo feminino apresentou 84,61% das internações.

Internações por Causas Externas e Dias de Permanência - Tempo Médio de Permanência (TMP)

Dias de permanência se referem ao total de dias de internação por causas externas, referentes às AIHs aprovadas no período. Este indicador é de extrema importância para se calcular o custo-dia das internações. Na amostra estudada, foram 60.961 dias de permanência por causas externas, sendo 42.226 (69,26%) dias de permanência do sexo masculino e 18.735 (30,74%) do sexo feminino.

O tempo médio de permanência (TMP) expressa a quantidade de dias de hospitalização média para cada tipo de internação. No conjunto geral das internações por causas externas, de 0 a 19 anos, no município de Porto Alegre – RS, de 2010 a 2013, o TMP foi de 5,7 dias. A maior média de permanência entre as causas foi observada, respectivamente, nas queimaduras por exposição à fumaça, ao fogo e às chamas (9,4 dias), queimaduras por contato com fonte de calor e substâncias quentes (7,9 dias), acidentes de transporte (6,7 dias) e agressões (6,6 dias), conforme tabela 12.

A faixa etária menor de 1 ano foi a que apresentou o maior TMP, sendo 10,6 dias, ou seja, 4,9 dias a mais do que a média de todas as internações.

Internações por Causas Externas e Óbitos – Taxa de Mortalidade Hospitalar (TMH) (%)

Segundo Brasil (2006), independente do tempo decorrido entre a internação e o óbito propriamente dito, é considerado óbito hospitalar aquele que ocorre após o registro do paciente. A taxa de mortalidade hospitalar (TMH) é medida pela razão entre o número de óbitos e o número de internações, multiplicadas por 100. Villela et al. (2012) afirmam que a causa de morte é fundamental para que seja conhecido o estado da saúde das populações, sendo uma das mais importantes informações da declaração de óbito.

No total das internações por causas externas, encontradas neste estudo, houve 122 óbitos (1,14% das internações). O número de óbitos do sexo masculino foi de 99 e o sexo feminino 23 (gráfico 4). As causas associadas ao óbito foram agressões (n=38), acidentes de transporte (n=37) e quedas (n=16), entre outras.

Estudo realizado por Villela et al. (2012), identificou que as agressões e os acidentes de transportes representaram 79% do total dos óbitos em Belo Horizonte no ano de 2008. Neste estudo, representam 61,47% do total de óbitos.

A faixa etária em que mais ocorreram óbitos foi de 15 a 19 anos, com 57,4% do total de óbitos. Discriminados por causa, segue a mesma ordem do total, agressões (n=31), acidentes de transporte (n=26) e quedas (n=7), entre outras.

O sexo masculino apresentou a maior TMH (1,36%), ficando acima do sexo feminino dos 5 aos 19 anos de idade. O sexo feminino ultrapassou o sexo masculino entre menores de 1 ano a 4 anos, sendo 2,32% e 0,91% respectivamente. A TMH foi em 1,15%. A relação entre internação e óbito foi de 87,11 crianças internadas para cada 1 óbito (10.628 internações e 122 óbitos).

Gastos Hospitalares das Internações Pagas pelo SUS Decorrentes de Causas Externas

As causas externas possuem custos imensuráveis, quando analisadas as mortes precoces e as sequelas irreversíveis. Em relação a gastos diretos para realização de atendimentos, pode-se citar: atendimento médico, internações, cirurgias, exames, reabilitação, entre outros. Além disso, cabe alertar que os dados disponibilizados no DATASUS, contemplam apenas as internações por causas externas, excluindo os gastos gerados em emergências, através de boletim de atendimento, assim como os beneficiários de saúde suplementar.

Os custos das AIHs podem estar subestimados devido aos gastos hospitalares serem maiores do que os recursos pagos, ou ainda estar superestimados, na tentativa de a instituição arrecadar um recurso maior e compensar entre os atendimentos. Mas apesar destas diferenças, sabe-se que os gastos com as causas externas, representam perda de recursos, pois poderia ser investido em prevenção ao invés de tratamento.

Jorge e Koizumi (2004) explicam que o gasto médio de internação pode ser calculado através da divisão do valor total das despesas com internações pelo número total de internações. Já o custo dia pode ser obtido através da divisão do valor total das despesas pelo número de dias de permanência.

Desta forma, os gastos hospitalares com internações por causas externas no município de Porto Alegre – RS na faixa etária de 0 – 19 anos, corresponderam durante o período de 2010 a 2013 a R\$ 13.039.829,17, com um gasto médio de R\$ 1.226,93 e um custo-dia de R\$ 213,90, conforme demonstrado na tabela 4.

TABELA 4 - Gastos hospitalares com internações pagas pelo SUS por causas externas e outras causas, de 0 a 19 anos, no município de Porto Alegre - RS, 2010 a 2013

| | Internações por causas externas | Internações por outras causas | Total |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|----------------|
| Nº de internações | 10.628 | 139.189 | 149.817 |
| % AIH pagas | 7,09 | 92,91 | 100 |
| Valor total das internações (R\$) | 13.039.829,17 | 248.040.635,82 | 261.080.464,99 |
| % gasto com a internação | 4,99 | 95,01 | 100 |
| Valor médio das internações | 1.226,93 | 1.782,04 | 1741,16 |
| Dias de permanência | 60.961 | 979.661 | 1.040.622 |
| Custo-dia (R\$) | 213,90 | 253,19 | 250,89 |

Fonte: DATASUS/MS

TABELA 5 - Gastos hospitalares com internações pagas pelo SUS por causas externas, de 0 a 19 anos, no município de Porto Alegre - RS, 2010 a 2013

| Grupo de Causas | Nº Internações | Valor total (R\$) | Valor médio (R\$) | Dias de permanência | Custo-dia (R\$) |
|-------------------------|----------------|----------------------|-------------------|---------------------|-----------------|
| Acidentes de transporte | 2039 (19%) | 3.321.236,1 (25%) | 1.628,86 | 13.964 (23%) | 238 |
| Quedas | 3059 (29%) | 2.153.654,43 (17%) | 704,04 | 12.924 (21%) | 167 |
| Queimaduras | 887 (8%) | 1.997.170,67 (15%) | 2.251,60 | 7.501 (12%) | 266 |
| Agressões | 943 (9%) | 1.542.765,20 (12%) | 1.636,02 | 6.254 (10%) | 247 |
| Outras causas | 3700 (35%) | 4.025.002,77 (31%) | 1.087,84 | 20.318 (33%) | 198 |
| Total | 10628 (100%) | 13.039.829,17 (100%) | 1.226,93 | 60.961 (100%) | 214 |

Fonte: DATASUS/MS

Em relação ao sexo, o valor médio total foi maior no sexo feminino, porém oscilou entre as faixas etárias, ficando o sexo feminino menor que o masculino de 1 a 9 anos. A maior variação ocorreu na faixa etária menor de 1 ano, em que o valor médio com o sexo feminino foi R\$ 696,02 a mais que com o sexo masculino.

Internações por Causas Externas Segundo Estabelecimento

Do total de 10.628 internações, 4.633 (43,6%) ocorreram no Hospital de Pronto Socorro - HPS e 2.992 (28,2%) no Hospital Cristo Redentor, onde na sua maioria eram do sexo masculino (n=5.460), representando 74,7% de todas as internações do sexo masculino e 65,09% de todas as internações do sexo feminino.

No Hospital de Pronto Socorro, das 4.633 internações, 1.456 se deu por exposição a forças mecânicas inanimadas, 1.002 por quedas e 668 na categoria “ocupante de automóvel traumatizado em acidente de transporte”. No Hospital Cristo Redentor, das 2.992 internações, as três principais categorias de causas foram: quedas (n=1.238), motociclista traumatizado em acidente de transporte (n=279) e pedestre traumatizado em acidente de transporte (n=241).

O HPS e o hospital Cristo Redentor prestam atendimento para todos os tipos de causas externas, confirmando sua posição de hospitais de referência em atendimentos de urgência e emergência para politraumatizados.

Internações por Causas Externas Segundo Local de Residência

Através do local de residência, identificam-se as cidades que recorrem a atendimentos na cidade de Porto Alegre – RS e a partir desta análise, embasar o planejamento e a oferta de serviços conforme necessidades das populações e seus territórios.

Este estudo se limitou a descrever o número de internações por local de residência e não aprofundou a análise das causas de internações por local de residência, visto que o tema central eram as internações no município de Porto Alegre – RS.

Do total de 10.628 internações no quadriênio 2010-2013, 10.022 (94,3%) eram residentes da macrorregião metropolitana, restando 5,7% nas demais regiões. Os cinco principais municípios de residência dos internados em Porto Alegre foram: Porto Alegre (55%), Viamão (7,2%),

Alvorada (6,9%), Gravataí (4,1%) e Guaíba (2,7%), totalizando 75,9% das internações.

CONCLUSÃO

Este trabalho teve como objetivo descrever o perfil das internações no SUS por causas externas e identificar as diferentes causas, o número de internações, procedência, gastos e mortalidade, na faixa etária de 0 – 19 anos, no município de Porto Alegre – RS.

Quatro anos de dados do SIH/SUS (2010 a 2013), disponibilizados no DATASUS, foram utilizados nesta pesquisa, permitindo identificar a amostra e descrever as notificações, totalizando o registro de 10.628 internações.

As internações por causas externas ocuparam a sexta colocação entre todas as causas de internações em Porto Alegre e também no total das internações na faixa etária estudada, correspondendo respectivamente por 7,67% e 7,08% das internações.

As internações por causas externas predominaram no sexo masculino, em aproximadamente 60,78%, representando 2,19 vezes o número de internações do sexo feminino.

Em relação à faixa etária, houve predomínio das internações de 15 a 19 anos, representando 32,71%, seguido das internações de 10 a 14 anos (20,09%).

Dentre as principais causas de internação por causas externas, estão as quedas (29%), acidentes de transporte (19%), agressões (9%), queimaduras (8%), entre outras causas.

A taxa de mortalidade hospitalar foi em 1,15% e a relação entre internação e óbito foi de 87,11 crianças internadas para cada 1 óbito. A faixa etária que mais ocorreram óbitos foi de 15 a 19 anos, representando 57,37% do total de óbitos.

O gasto médio das internações por causas externas foi de R\$ 1.226,93 e o custo-dia R\$ 213,90. Entre as causas o maior gasto mé-

dio foi nas internações por queimaduras, sendo R\$2.251,60 e o custo-dia R\$ 266,00.

O tempo médio de permanência foi de 5,7 dias. A maior média de permanência entre as causas foi observada, respectivamente, nas queimaduras por exposição à fumaça, ao fogo e às chamas (9,4 dias), queimaduras por contato com fonte de calor e substâncias quentes (7.9 dias), acidentes de transporte (6,7 dias) e agressões (6,6 dias).

Quanto à procedência, verificou-se que 94,3% das internações por causas externas, de 0 a 19 anos, encontram-se na macrorregião metropolitana e somente 5,7% nas demais regiões, sendo os principais municípios Porto Alegre (55%), Viamão (7,2%), Alvorada (6,9%), Gravataí (4,1%) e Guaíba (2,7%).

REFERÊNCIAS

BARROS, Maria Dilma et al. Mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes; Tendência de 1979 a 1995. Rev Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 142-49, 2001.

BERGAMI, C.M.C. Análise das internações por causas externas em crianças e adolescentes no Estado do Espírito Santo. 2007. 238 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória ES, 2007.

BITTENCOURT, Sonia Azevedo et al. O sistema de informação hospitalar e sua implicação na Saúde Coletiva. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p.19-30, jan. 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Declaração de óbito: documento necessário e importante / Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina. Série A. Normas e Manuais Técnicos Brasília, 2006. 40p

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Manual técnico do sistema de informação hospitalar. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Tecnologia da Informação a Serviço do SUS (DATASUS). Mortalidade por causas externas. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); IBGE: base demográfica, 2012. Disponível em http://fichas.ripsa.org.br/2011/d-30/?l=pt_BR. Acesso em 19/06/2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/SIHD/institucional> Acesso em 19/06/2014.

CARVALHO, A.; et al. Custos das Mortes por Causas Externas no Brasil. Texto para discussão Nº 1268. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Brasília, DF: 2007.

CARVALHO Rosely de et al. Acidentes de transito envolvendo adolescentes: o registro da situação de Feira de Santana, Bahia, em 2001. Rev. Baiana de Saúde Pública, Bahia, v. 29, n. 1, p. 22-34, 2005.

CDCP - Centers for Disease Control and Prevention. Self-reported falls and fall-related injuries among persons aged >65 years: United States, 2006. Morb. Mortal. Wkly Rep, v. 57, n. 9, p. 225-9, 2008.

DESLANDES, Suely Ferreira; LEMOS, Marcela Pinto. Participatory development of descriptors for evaluation of violence and accident prevention centers in Brazil. Rev Panam Salud Publica, v. 24 p. 441-8, 2008.

GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro et al. Atendimentos de emergência por lesões decorrentes de causas externas: características das vítimas e local de ocorrência, Estado de São Paulo, Brasil, 2005. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1121-1129, 2008.

_____. Perfil dos atendimentos a acidentes de transporte terrestre por serviços de emergência em São Paulo, 2005. Rev. Saúde Pública, v.43, n.2, p.275-282, 2009.

GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro; HIDALGO Neuma Terezinha. Mortes por causas externas no estado de São Paulo. Agência Paulista de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo BEPA Bol Epidemiol Paul. v. 1, n. 1, 2004.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Boletim Epidemiológico Nº 17. Vigilância Epidemiológica de Violência Doméstica, Sexual e outras Violências. Dezembro/2013.

IBGE. Censo Demográfico 2010 – Características Gerais da População. Disponível em <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431490&se-arch=rio-grande-do-sul|porto-alegre> Acesso em 20/12/14.

JORGE, Maria Helena Prado de Mello; KOIZUMI, Maria Sumie. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas. Rev. Bras. Epidemiol. v.7, n.2, p. 228-38, 2004.

LESSA, Fábio José Delgado et al. Novas metodologias para vigilância epidemiológica: uso do sistema de informações hospitalares – SIH/SUS. Informe Epidemiológico do SUS, Brasília, v. 9, supl. 1, p. 3-27, dez. 2000.

MACEDO, Jefferson Lessa Soares de; ROSA, Simone Corrêa. Estudo epidemiológico das pacientes internados na Unidade de Queimados: Hospital Regional da Asa Norte, Brasília, 1992-1997. Brasília Méd., v. 37, n. ¾, p. 87-92, 2000.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Características e fatores associados às quedas atendidas em serviços de emergência. Rev. Saúde Pública, v.46, n.1, p.128-137, 2012.

MARTINS, Christine Baccarat de Godoy; ANDRADE, Selma Maffei de. Epidemiologia dos acidentes e violências entre menores de 15 anos em município da região sul do Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 13, n. 4, p. 530-7, 2005.

_____. Queimaduras em crianças e adolescentes: análise da morbidade hospitalar e mortalidade. Acta Paul Enferm, v.20, n.4, p.464-9, 2007.

MATOS, Karla; MARTINS, Christine Baccarat de Godoy. Mortalidade por Causas Externas em Crianças, Adolescentes e Jovens: uma revisão bibliográfica. Revista Espaço para a Saúde. Londrina, PR. v. 14, nº. 1 e 2. p. 82-93, 2013.

MELIONE, Luís Paulo Rodrigues; MELLO-JORGE, Maria Helena Prado. Gastos do Sistema Único de Saúde com internações por causas externas em São José dos Campos, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1814-24, 2008.

MESQUITA, Gerardo Vasconcelos et. al. Análise dos custos hospitalares em um serviço de emergência. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, v. 18, n.2, p. 273-279, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. Cad. Saúde Pública, v. 1, p. 07-18, 1994.

_____. MINAYO, M.C.S. Violência e saúde como campo interdisciplinar e de ação coletiva. Hist. Ciênc. Saúde Manguinhos. v. 4, p. 513-31, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. Análise da morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos no Brasil em 2000. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de (Org). Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 109-122

MOODY, Williams Jean et.al. Injury prevention and emergency medical services for children in a managed care environment. Ann Emerg. Med. v. 35, n. 2, p. 245-51, 2000.

NUNES, Marcela Neves; NASCIMENTO, Luiz Fernando Costa. Internações hospitalares por acidentes de moto no Vale do Paraíba. Rev. Assoc. Med. Bras., v.56, n.6, p.684-687, 2010.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 10ª revisão. 8ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo (EDUSP); 2000.

_____. World report on child injury prevention. Geneva: 2008. Capítulo 7, Conclusions and recommendations; p.145-156.

PAIM, Sandra Maria Moreira; SILVA, Saadia Santos Ribeiro da; AZEVEDO, Leonardo. Perfil da Casuística Pediátrica da Unidade de Queimados do Hospital Geral do Estado da Bahia (HGE). Rev. Baiana de Pediatria, v.1, n.2, p. 12-16, 2004.

PORTELA, Margareth Crisóstomo et al. Algoritmo para a composição de dados por internação a partir do sistema de informações hospitalares do sistema único de saúde (SIH/SUS). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.771-774, dez. 1997.

PENDEN, M. et al. Road traffic injury prevention. Geneva, Switzerland. 2004.

PHEBO, Luciana; MOURA Anna Tereza M. S. de. Violência urbana: um desafio para o pediatra. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro. v. 81, n. 5 supl, p. S189-96, 2005.

REECE, Robert; GRODIN, Michael. Reconhecimento das lesões não-acidentais. Pediatr. Clin. North Am., v. 1, n. 32, p. 41-60, 1985.

RIVARIA, F.P.; GROSSMAN, D. Controle dos Traumatismos. In: BEHRMAN, R.E.; KLIGGMAN, R.M.; JENSON, H.B. Nelson: Tratado de Pediatria. 17. ed, Rio de Janeiro, Elsevier, 2005. p. 276-284.

RODRIGUES, Rute Imanishi et. al. Os custos da violência para o Sistema Público de Saúde no Brasil: informações disponíveis e possibilidades de estimação. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 29-36, 2009.

SCHARMA, P.N. ecol. Paediatric Burns in Kuwait: Incidence, causes and mortality. Burns, v. 32, p. 104-111, 2006.

SILVA, Marta Angélica Iossi et al. Perfil dos atendimentos a crianças e adolescentes vítimas de causas externas de morbimortalidade, 2000-2006. Rev. Gaúcha Enferm. (Online), v.31, n.2, p.351-358, 2010.

SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade. Porto Alegre, 2012. Disponível em http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgvs/default.php?p_secao=240 Acesso em 19/12/14.

SOUZA, Edinilsa Ramos de et al. Avanços do conhecimento sobre causas externas no Brasil e no mundo: enfoque quanti e qualitativo. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de (Org). Violência sob o olhar da saúde: a infra-política da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 131-134.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de. O impacto da violência social na saúde pública do Brasil: década de 80. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. Os Muitos Brasis: saúde e população na década de 80. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995. p. 87-116.

TAVARES, F. L. A mortalidade por causas externas no Espírito Santo de 1979 a 2003. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.

TOMIMATSU, M.F.A.I. Internações por acidentes e violências financiadas pelo setor público em Londrina, Paraná: Análise dos registros, gastos e causas. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Paraná, 2006.

TOMIMATSU, Maria Fátima Akemi Iwakura et al. Qualidade da informação sobre causas externas no sistema de informações hospitalares. Rev Saúde Pública. v. 43, n. 3, p. 413-20, 2009.

VERMELHO, Leticia Legay; MELLO JORGE, Maria Helena Prado. Mortalidade de jovens: análise do período de 1930 a 1991 (a transição epidemiológica para a violência). Revista de Saúde Pública, v. 30, n. 4, 1996.


VILLELA, Lenice de Castro Mendes et al. Utilização da imprensa escrita na qualificação das causas externas de morte. Rev. Saúde Pública, v.46, n..4, p.730-736, 2012.

ZORI, D.E.; SCHNAIDERMAN, D. Evaluación de los niños internados por quemaduras en la Hospital de Bariloche. Arch. Argent. Pediatr., v.98, n.3, p.171-174, 2000.

YUNES, João; RAJS, Danuta. Tendencia de la mortalidad por causas violentas en la población general y entre los adolescentes y jóvenes de la región de las Américas. Cadernos de Saúde Pública, v.10, p. 45-60, 1994.

WASELFSZ, J. J. Mapa da Violência: Os Jovens do Brasil. Brasília, DF: 2014. Disponível em www.juventude.gov.br/juventudeviva Acesso em 26/12/14.

WONG, D.L. Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.



MONITORAMENTO DAS INTERNAÇÕES NA REDE PÚBLICA POR DOENÇA RENAL CRÔNICA NO RS, 2008 A 2012

GABRIELA FEIDEN SILVA
RITA DE CÁSSIA NUGEM
ROGER DOS SANTOS ROSA

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, ocorreram transformações nas características de morbimortalidade da população mundial em consequência do aumento das doenças crônico degenerativas. Desde 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) recomenda que os países implementem ações de controle e vigilância das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). Nesse contexto, a Doença Renal Crônica (DRC), com todas as suas implicações econômicas e sociais, tornou-se um dos maiores desafios à saúde pública. Seu aparecimento e progressão são totalmente passíveis de ações de saúde eficazes que visem reduzir sua morbidade e mortalidade crescentes (BASTOS et al., 2009).

As principais implicações da DRC para a saúde individual são a progressão para a Doença Renal Crônica Terminal (DRCT), que torna indispensável a Terapia Renal Substitutiva, e a Doença Cardiovascular, causando morbidade ou morte. As complicações da DRC incluem hiper-

tensão arterial sistêmica, anemia, doença óssea, comprometimento da função reprodutiva e diminuição da qualidade de vida. Pacientes submetidos à diálise peritoneal ou à hemodiálise têm qualidade de vida equivalente em vários domínios relacionados à saúde embora na primeira se evidenciem melhores resultados relacionados à qualidade de vida, apesar de serem mais velhos e com mais comorbidades (ABREU et al., 2011).

O custo total anual médio, incluindo tratamento ambulatorial e internações hospitalares, para manter um paciente com DRCT em hemodiálise crônica foi de US\$ 7.980 e US\$ 13.428 a partir da perspectiva do governo ou do seguro privado, respectivamente, em estudo realizado no Brasil entre 2001 e 2004 (SESSO et al., 2007). No mesmo estudo, o custo da hospitalização de pacientes com DRCT em hemodiálise crônica foi estimado em US\$ 675 para o SUS e US\$ 932 para o sistema de saúde suplementar.

O Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN et al., 2011) apontou que 18.972 pacientes novos chegaram aos centros de diálise em 2010, nos quais 85,8% dos gastos foram pagos totalmente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Isso significa que o sistema público de saúde financia a maioria dos custos de tratamentos de alta complexidade necessários para a DRC, principalmente a DRCT. O tratamento inclui uma grande quantidade de medicamentos, exames periódicos, modalidades de diálises, acesso à internação hospitalar e ao transplante renal, quando necessário com custos individual, familiar e social importantes.

Este estudo objetiva analisar as hospitalizações por Doença Renal Crônica (DRC) de residentes no RS nos hospitais da rede pública do mesmo estado no período de 2008 a 2012. Especificamente, busca conhecer a distribuição demográfica (sexo e idade), a localidade de residência e de internação dos pacientes, o tempo de permanência e o gasto com a hospitalização.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de estudo observacional, descritivo e retrospectivo com abordagem quantitativa a partir de dados secundários. Elaborou-se um banco de dados das internações por DRC no período de 2008 a 2012 a partir dos arquivos, disponíveis no Sistema de Internações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) - SIH/SUS.

A fonte de informação da base de dados foram as AIHs (Autorização de Internação Hospitalar) identificadas com o código de diagnóstico principal da Classificação Internacional de Doenças - 10ª edição (CID-10) N18, correspondente à Insuficiência Renal Crônica. A amostra do estudo abrangeu todas as internações de residentes no Rio Grande do Sul, hospitalizados na rede pública do mesmo estado, no período de 2008 a 2012. As informações coletadas foram compiladas em um banco de dados criado no programa SPSS®.

A fonte dos dados foram todos os 1.620 arquivos públicos do SIH-SUS, de prefixo RD (reduzidos) correspondentes aos períodos de janeiro de 2008 a dezembro de 2012, disponíveis no portal de informações do SUS (www.datasus.saude.gov.br). A tabulação dos dados obtidos nos arquivos-fonte foi realizada através de duas ferramentas disponibilizadas pelo Ministério da Saúde: o TabNet, que possibilita o cruzamento de variáveis básicas pré-estipuladas no próprio site, e o TabWin, que permite um detalhamento maior no cruzamentos dos dados. O dicionário de dados original consistiu nas Notas Técnicas disponibilizadas no próprio site.

As variáveis de observação estudadas foram: idade em anos (categorizada originalmente em 1 < ano, 1 a 4 anos e, de 5 em 5 anos até 80 e mais anos e depois agrupadas), sexo, município de residência e de hospitalização. As variáveis de desfecho foram: tempo de permanência (dias), utilização de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) (dicotômica sim/não), valor total por internação (em R\$) e ocorrência ou não de óbito (dicotômica sim/não). Os valores em reais foram convertidos pela média

do dólar norte-americano mensal (R\$ 1,8425), obtida dos sessenta meses do período estudado.

Os coeficientes populacionais foram calculados utilizando no numerador a média das quantidades no período 2008-2012 e no denominador a população residente conforme o Censo Demográfico de 2010, ano intermediário da série estudada. Foram consideradas para o dimensionamento físico das “hospitalizações” as AIHs pagas do Tipo Normal (AIH-1). Entretanto, para o dimensionamento financeiro, foram incluídas as AIHs do Tipo Longa Permanência (AIH-5), pois o gasto com o paciente já computado na AIH-1 prossegue.

A perspectiva econômica adotada foi a do financiador público universal – o SUS. Assim, os valores citados correspondem à despesa governamental, não representando necessariamente “custo” na acepção técnica do termo. Referem-se aos valores pagos aos prestadores públicos e privados de serviços hospitalares, conforme tabela estabelecida pela direção nacional do SUS.

Os gastos com as internações por DRC foram obtidos a partir da variável valor total da AIH e foram convertidos pelo dólar norte-americano mensal médio do período estudado. O gasto das hospitalizações de pacientes que vieram a óbito foram comparados com os de pacientes que receberam alta. O gasto por dia de internação foi obtido dividindo o gasto por internação pela média de permanência, com ou sem óbito. A média de permanência foi obtida dividindo a quantidade total de dias de internação pela quantidade de internações, com ou sem óbito.

Este trabalho integra um projeto de pesquisa mais amplo denominado “Centro Colaborador para a Vigilância do Diabetes, Doenças Cardiovasculares e Outras Doenças Não Transmissíveis, Análise de Dados Primários e Secundários dos Grandes Sistemas Nacionais de Informações em Saúde do Sistema Único de Saúde”, desenvolvimento no âmbito do PPG Epidemiologia/UFRGS, que recebeu aprovação pelo Comitê de Ética do HCPA em 10/03/2010 sob nº 100056.

RESULTADOS

No período de 2008 a 2012, ocorreram cerca de 3,6 milhões de internações de residentes no Rio Grande do Sul na rede pública por todos os códigos CID-10, das quais 99,3% com tempo de permanência inferior a 30 dias. As hospitalizações desses residentes com diagnóstico principal de Insuficiência Renal Crônica (CID-10 N18) atingiram 31.781 internações, sendo 31.741 (99,9%) em hospitais no Rio Grande do Sul e 40 fora do estado, destacando-se 22 internações em Santa Catarina.

Conforme Tabela 1, das 31.741 internações, 17.335 (54,6%) foram do sexo masculino (6,7 internações/10 mil hab./ano) e 14.460 (45,6%) do sexo feminino (5,2 internações/10 mil hab./ano). Há um aumento progressivo dos coeficientes de internação por 10 mil hab./ano à medida que aumentam as faixas etárias, com o pico acima de 75 anos (26,6 internações/10 mil hab./ano), em especial no sexo masculino. Quando desagregados em grupos de 5 em 5 anos, as três faixas etárias com maior quantidade de internações do sexo masculino situaram-se de 55 a 69 anos de idade, com 6.277 (36,2%) hospitalizações. Já no sexo feminino, com o mesmo critério, os três grupos etários predominantes localizaram-se de 50 a 64 anos, com 4.643 (32,2%) internações.

Tabela 1 – Internações na rede pública do Rio Grande do Sul por Insuficiência Renal Crônica e coeficientes por 10.000 hab./ano, residentes do RS, por faixa etária e sexo, 2008-2012.

| Faixa etária (anos) | Masc. | Coef. | Fem. | Coef. | Total | Coef. |
|---------------------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|
| 0-19 | 490 | 0,6 | 486 | 0,6 | 976 | 0,6 |
| 20-44 | 3.079 | 3,1 | 3.002 | 2,9 | 6.081 | 3,0 |
| 45-64 | 7.280 | 12,1 | 5.844 | 8,9 | 13.124 | 10,4 |
| 65-74 | 3.663 | 27,3 | 2.718 | 16,1 | 6.381 | 21,1 |
| +75 | 2.823 | 39,9 | 2.356 | 19,1 | 5.179 | 26,6 |
| Total | 17.335 | 6,7 | 14.406 | 5,2 | 31.741 | 5,9 |

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (10ª revisão), sob o código N18 ocorreram 8.054 (25,4%) internações por Do-

ença Renal em estágio final (N18.0), 6.685 (21,1%) por outra Insuficiência Renal Crônica (N18.8) e 17.002 (53,6%) por Insuficiência Renal Crônica não especificada (N18.9).

Conforme tabela 2, foram registrados 2.425 (7,6%) óbitos hospitalares nas internações por CID-10 N18 (0,5/10 mil hab./ano), dos quais 1.310 (54,0%) em pessoas do sexo masculino. Considerando a faixa etária, 62% das internações com óbito ocorreram em idosos (65 anos ou mais), variando de 60,7% no sexo masculino a 63,6% no feminino. Os coeficientes populacionais de mortalidade hospitalar mais expressivos em ambos os sexos encontraram-se entre os idosos, assim como as maiores desproporções entre os sexos, que atingiram 1,65 vezes mais para homens em relação a mulheres, a partir dos 65 anos.

A letalidade hospitalar (7,6%) variou de 0% (menores de 1 ano) a 19,7% (80 e mais anos). Há um gradiente de crescimento da letalidade à medida que aumenta a faixa etária, ultrapassando 7% de 60 anos em diante. A partir dos 75 anos, a letalidade torna-se maior no sexo feminino (14,4%) do que no masculino (13,3%), ficando ainda mais evidente acima dos 80 anos (22,0% versus 17,6% respectivamente).

Tabela 2 – Óbitos hospitalares na rede pública do Rio Grande do Sul por Insuficiência Renal Crônica e coeficientes por 100.000 hab./ano, residentes do RS, por faixa etária e sexo, 2008-2012.

| Faixa etária (anos) | Masc. | Coef. | Fem. | Coef. | Total | Coef. |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 0-19 | 9 | 0,1 | 5 | 0,1 | 14 | 0,1 |
| 20-44 | 67 | 0,7 | 85 | 0,8 | 152 | 0,7 |
| 45-64 | 439 | 7,3 | 316 | 4,8 | 755 | 6,0 |
| 65-74 | 355 | 26,4 | 269 | 16,0 | 624 | 20,6 |
| +75 | 440 | 62,1 | 440 | 35,6 | 880 | 45,2 |
| Total | 1.310 | 5,0 | 1.115 | 4,1 | 2.425 | 4,5 |

Na tabela 3, apresenta-se o tempo médio de permanência nas hospitalizações considerando, inclusive, a ocorrência ou não de óbito. Em média, os pacientes permaneceram 9,6 dias internados. A faixa etária até 19 anos apresentou maior tempo médio de internação (10,9). Por

outro lado, a partir de 75 anos ou mais correspondeu às faixas etárias que permaneceram menos tempo internadas se agregadas (8,4 dias).

Tabela 3 – Tempo médio de permanência (dias) nas hospitalizações na rede pública do Rio Grande Sul por Insuficiência Renal Crônica, residentes do RS, por faixa etária e sexo segundo ocorrência ou não de óbito, 2008-2012.

| Faixa etária (anos) | Com óbito | | | Sem óbito | | | Total | | |
|---------------------|-----------|------|-------|-----------|------|-------|-------|------|-------|
| | Masc. | Fem. | Total | Masc. | Fem. | Total | Masc. | Fem. | Total |
| 0-19 | 4,9 | 19,4 | 10,1 | 11,4 | 10,5 | 10,9 | 11,2 | 10,6 | 10,9 |
| 20-44 | 8,3 | 7,8 | 8,0 | 9,7 | 9,9 | 9,8 | 9,7 | 9,8 | 9,8 |
| 45-64 | 9,7 | 8,5 | 9,2 | 10,1 | 9,9 | 10,0 | 10,1 | 9,9 | 10,0 |
| 65-74 | 9,3 | 8,5 | 9,0 | 9,7 | 8,9 | 9,4 | 9,7 | 8,9 | 9,3 |
| +75 | 8,8 | 9,2 | 9,0 | 8,3 | 8,1 | 8,2 | 8,4 | 8,3 | 8,4 |
| Total | 9,2 | 8,8 | 9,0 | 9,7 | 9,5 | 9,6 | 9,7 | 9,4 | 9,6 |

Das 31.741 internações por DRC, 3.399 (10,7%) necessitaram a utilização de UTI, das quais 1.871 (10,8%) foram do sexo masculino e 1.528 (10,6%) do sexo feminino. As faixas etárias que mais necessitaram de UTI em relação ao total de 3.399 foram as de 60-64 e de 65-69 anos, com 405 (11,9%) e 377 (11,1%) internações respectivamente. Entretanto, considerando as hospitalizações da própria faixa etária, as internações em UTI de pacientes menores de 1 ano, de 1-4 anos e de 5-9 anos registraram os percentuais mais elevados, respectivamente 21,9%, 29,0% e 21,3%.

Os pacientes internados em UTI apresentaram média de permanência de 16,8 dias (17,3 para homens e 16,2 para mulheres) enquanto que para os não necessitaram de UTI a média foi de 8,7 dias (8,8 para homens e 8,6 para mulheres). Em todas as faixas etárias que utilizaram UTI, as médias de permanência superaram dez dias ultrapassando vinte para os pacientes menores de 5 anos.

Entre os 2.425 óbitos, 805 (33,2%) utilizaram UTI durante a internação. As faixas etárias que mais necessitaram de UTI dentre os que faleceram foram as de 60-64 (112 internações), 65-69 (113) e 80 e mais anos (115), representando respectivamente 13,9%, 14,0% e 14,3%.

Dos 3.399 pacientes que utilizaram UTI, os 805 que faleceram representaram 23,7% (22,8% para homens e 24,8% para mulheres).

Quando calculados os coeficientes de mortalidade por 10.000 hab./ano, torna-se evidente a mortalidade de 25% a mais nos homens do que nas mulheres. Ao se calcular o coeficiente de internação por 10.000 hab./ano, a diferença torna-se um pouco maior (homens 27% a mais que mulheres).

Conforme tabela 4, o gasto médio por internação foi de US\$ 1.271. Tendo em vista o tempo médio de permanência, obteve-se o valor diário de US\$ 133. O gasto médio com internações com óbito representa 77% das sem óbito. Além disso, a utilização de UTI elevou o gasto médio com a hospitalização para US\$ 6.178 enquanto que se não houver uso de UTI o valor médio reduz-se para US\$ 683. Os gastos médios de internação para o sexo masculino, com ou sem óbito, foram sempre superiores aos do sexo feminino.

Tabela 4 – Gasto médio (US\$) nas internações na rede pública do Rio Grande Sul por Insuficiência Renal Crônica, residentes do RS, por faixa etária e sexo segundo ocorrência ou não de óbito, 2008-2012.

| Faixa etária (anos) | Com óbito | | | Sem óbito | | | Total | | |
|---------------------|-----------|-------|-------|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Masc. | Fem. | Total | Masc. | Fem. | Total | Masc. | Fem. | Total |
| 0-19 | 3.480 | 4.145 | 3.717 | 3.146 | 2.680 | 2.913 | 3.152 | 2.695 | 2.925 |
| 20-44 | 1.243 | 1.793 | 1.550 | 2.014 | 1.858 | 1.937 | 1.997 | 1.856 | 1.927 |
| 45-64 | 1.408 | 1.088 | 1.274 | 1.517 | 1.324 | 1.431 | 1.510 | 1.311 | 1.422 |
| 65-74 | 858 | 797 | 832 | 790 | 643 | 727 | 796 | 658 | 738 |
| +75 | 743 | 713 | 728 | 424 | 400 | 413 | 474 | 458 | 467 |
| Total | 1.042 | 937 | 994 | 1.347 | 1.231 | 1.294 | 1.324 | 1.209 | 1.271 |

O gasto total no estado com as internações por Doença Renal Crônica (N18) foi de US\$ 40,4 milhões entre 2008 a 2012, ou seja, US\$ 8,1 milhões anuais em média. Os idosos (65 anos ou mais) responderam por 17,7% dos gastos totais realizados enquanto os pacientes até 19 anos inclusive representaram 7,1% dos gastos.

Os pacientes com DRC em estágio final (N18.0) representaram US\$ 2,2 milhões por ano (27,6%) com um gasto médio por internação de

US\$ 1.383. Esse valor variou desde US\$ 3.170 na faixa etária de 0 a 19 anos e caiu progressivamente para US\$ 2.299, US\$ 1.469 e US\$ 835 respectivamente para 20-44 anos, 45-64 anos e 65-74 anos, até US\$ 436 para os pacientes com 75 ou mais anos.

A média de gasto total com internações por DRC com óbito foi de US\$ 481 mil por ano enquanto para internações sem óbito o gasto foi de quase US\$ 7,6 milhões anualmente. Para internações com UTI, o gasto total foi de US\$ 4,2 milhões ao ano e internações sem UTI foi de US\$ 3,9 milhões anuais.

Na tabela 5 pode-se observar que os residentes de dez municípios responderam por 40,5% das internações no Rio Grande do Sul, destacando a capital do estado. Contudo, há acentuadas diferenças quanto ao coeficiente populacional. Ao expandir a relação para os 496 municípios do estado, quatro municípios pequenos (menos de 5 mil habitantes) apresentaram coeficientes de internação para seus residentes acima de 20,0/10 mil hab./ano (Guabiju, Turuçu, Muitos Capões e Tupanci do Sul).

Tabela 5 – Internações na rede pública do Rio Grande Sul por Insuficiência Renal Crônica e coeficientes por 10.000 hab./ano, residentes do RS, segundo municípios mais populosos, 2008-2012.

| Município | Qtidade. | (%) | Coef. | População 2010 |
|-------------------|----------|-------|-------|----------------|
| Porto Alegre | 4.533 | 14,3 | 6,4 | 1.409.351 |
| Canoas | 1.584 | 5,0 | 9,8 | 323.827 |
| Pelotas | 1.361 | 4,3 | 8,3 | 328.275 |
| Passo Fundo | 1.008 | 3,2 | 10,9 | 184.826 |
| Caxias do Sul | 959 | 3,0 | 4,4 | 435.564 |
| Viamão | 852 | 2,7 | 7,1 | 239.384 |
| Gravataí | 769 | 2,4 | 6,0 | 255.660 |
| Alvorada | 645 | 2,0 | 6,6 | 195.673 |
| Bagé | 592 | 1,9 | 10,1 | 116.794 |
| Vacaria | 556 | 1,8 | 18,1 | 61.342 |
| Demais municípios | 18.882 | 59,5 | 5,3 | 7.143.233 |
| Total | 31.741 | 100,0 | 5,9 | 10.693.929 |

Os quatro municípios de internação com mais de 100 hospitalizações/ano por DRC com maior letalidade foram Bagé (12,9% das 542

internações), seguido de Gravataí (8,9% de 529 internações), Camaquã (8,7% de 528 internações) e Canoas (8,5% em 1.240 internações), conforme Tabela 6. Já os quatro municípios de residência com mais de 10 óbitos hospitalares/ano por DRC com maior letalidade hospitalar foram Bagé (11,0% ou 65 óbitos), Alvorada (10,4% ou 67 óbitos), Viamão (8,5% ou 72 óbitos) e Canoas (7,6% ou 120 óbitos).

Tabela 6 – Óbitos hospitalares na rede pública do Rio Grande do Sul por Insuficiência Renal Crônica (IRC) segundo município de internação (mais de 10 hospitalizações por IRC/ano) e município de residência (mais de 10 óbitos hospitalares por IRC/ano), residentes no RS, 2008-2012.

| Município de internação | Com óbito | Sem óbito | Total | Letalidade (%) |
|--------------------------------|------------------|------------------|--------------|-----------------------|
| Bagé | 70 | 472 | 542 | 12,9 |
| Gravataí | 47 | 482 | 529 | 8,9 |
| Camaquã | 46 | 482 | 528 | 8,7 |
| Canoas | 106 | 1.134 | 1.240 | 8,5 |
| Vacaria | 58 | 647 | 705 | 8,2 |
| Osório | 42 | 469 | 511 | 8,2 |
| Pelotas | 136 | 1.622 | 1.758 | 7,7 |
| Ijuí | 72 | 884 | 956 | 7,5 |
| Caxias do Sul | 59 | 947 | 1.006 | 5,9 |
| Passo Fundo | 116 | 1.871 | 1.987 | 5,8 |
| Porto Alegre | 536 | 9.341 | 9.877 | 5,4 |
| Montenegro | 44 | 770 | 814 | 5,4 |
| Santa Maria | 39 | 767 | 806 | 4,8 |
| Município de residência | Com óbito | Sem óbito | Total | Letalidade (%) |
| Bagé | 65 | 527 | 592 | 11,0 |
| Alvorada | 67 | 578 | 645 | 10,4 |
| Viamão | 72 | 780 | 852 | 8,5 |
| Canoas | 120 | 1.464 | 1.584 | 7,6 |
| Pelotas | 101 | 1.260 | 1.361 | 7,4 |
| Porto Alegre | 331 | 4.202 | 4.533 | 7,3 |
| Gravataí | 52 | 717 | 769 | 6,8 |
| Passo Fundo | 64 | 944 | 1.008 | 6,3 |
| Caxias do Sul | 53 | 906 | 959 | 5,5 |

DISCUSSÃO

Estudo transversal realizado em 12 países em 6 regiões do mundo com 75.058 indivíduos evidenciou que a prevalência de DRC foi de 14,3% na população em geral e 36,1% na população de alto risco. Chama-se atenção para os dados sobre a consciência global da doença renal crônica. Apenas 409 (6%) dos 6.631 indivíduos na população em geral e 150 (10%) dos 1524 participantes de populações de alto risco eram conscientes que tinham DRC. Para os autores, todos os indivíduos com DRC deveriam ser considerados com alto risco de doença cardiovascular, mas o escore de risco de Framingham detectou apenas 23% na população em geral e apenas 38% em coortes de alto risco (ENE-IORDACHE et al., 2016).

Assim como no Censo realizado pela SBN em 2011/2012, a maior parte dos pacientes com DRC nos dados do Rio Grande do Sul também foi do sexo masculino. No Censo, os pacientes com mais de 65 anos de idade apresentaram mais DRC enquanto no RS o grupo de 20 a 44 anos destacou-se (42,0%). De qualquer forma, idosos (65 ou mais anos) representaram parcela expressiva das internações (37,4%) e dos gastos totais (17,7%) ainda que deva ser lembrado que o gasto mais expressivo no tratamento da DRC não é hospitalar, mas sim ambulatorial.

Dados de uma coorte constituída por 10.899 pacientes, que iniciaram diálise de 2000 a 2004, e publicados em 2010, mostraram que 88,5% iniciaram em hemodiálise e 11,5% em diálise peritoneal (CHERCHEGLIA et al., 2010). No RS, 8,7% dos pacientes iniciaram a hemodiálise e 3,8% em diálise peritoneal. A maior variação na relação de gastos entre diálise peritoneal e hemodiálise foi observada no Rio Grande do Sul.

Ainda segundo Cherczeglia (2010), no Brasil, entre 2004 e 2007, houve um aumento do número (8,1%) de pacientes em terapias de substituição renal ao ano. O SUS é responsável por cerca de 95% dos gastos com o tratamento renal que atingiram US\$ 400 mil no ano de 2004, sendo US\$ 300 mil utilizados para a cobertura das sessões dialíticas.

Um estudo com pacientes ambulatoriais com DRC no município de São Paulo, no período de 2008 a 2012, também constatou que a maioria dos pacientes era do sexo masculino (58%), mas a faixa etária mais acometida foi de 51 a 60 anos (25%) (CRUZ, 2014). Há diferenças significativas no custo de cada procedimento. O custo mais elevado é o procedimento de hemodiálise (R\$ 526.791.528,62), que corresponde a 88% do valor total gasto com o tratamento desses indivíduos, seguido pelo acompanhamento domiciliar (R\$ 60.214.696,69) o que corresponde a 10% do valor total, seguido por hemodiálise em portadores de HIV (R\$ 7.047.875,58), que corresponde a 1% do valor total, e diálise peritoneal intermitente (R\$ 217.021,39), apenas 0,03% do gasto total.

Segundo os dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), os gastos apenas com as terapias renais substitutivas foram de R\$ 233.255.181,79 em 2003 e R\$ 686.200.400,97 em 2004 (SANCHO, 2008).

Outro estudo realizado apenas com pacientes em UTI no município de São Paulo (DE SOUZA, 2010) constatou que a média de idade dos pacientes com DRC foi de 60 anos e o tempo de permanência de 13 dias. A média de permanência observada nas hospitalizações com UTI no Rio Grande do Sul (16,8 dias) foi maior que a do estudo realizado na cidade de São Paulo.

Embora as internações com óbitos tenham apresentado tempo de permanência menor (9,0 dias) em relação às sem óbitos (9,6 dias), sua quantidade relativamente pequena pouco afetou a média geral de permanência. Os tempos médios de internação para o sexo masculino, com ou sem óbito, foram sempre ligeiramente maiores que os do sexo feminino.

Um estudo realizado no Vale do Paraíba, em São Paulo, considerou um custo médio de R\$ 1.160,00 por internação por DRC no SUS (LUCIANO, 2012). Comparando com o valor de US\$ 1.271 (R\$ 2.342,60) no Rio Grande do Sul, de 2008 a 2012, a diferença é de pouco mais que o dobro. É possível que o maior tempo médio de hos-

pitalização com UTI no Rio Grande do Sul seja responsável por essa diferença.

Quando avaliada a letalidade hospitalar da doença (CID-10 N18), levaram-se em consideração os municípios com maior número de internações (mais de 100/ano por DRC) e de óbitos (mais de 10/ano por DRC) para evitar a distorção de indicadores de localidades com população muito pequena. A letalidade poderia representar um indicador indireto de qualidade assistencial ou gravidade dos casos atendidos. Contudo, não foi possível identificar um “padrão” para a distribuição geográfica desse indicador quando considerado o município de internação embora dois desses municípios, Gravataí e Canoas, pertençam à Região Metropolitana de Porto Alegre. Em relação ao município de residência, as cidades de Alvorada, Viamão e Canoas integram a mesma Região Metropolitana e a de Bagé localiza-se na fronteira do estado com o Uruguai.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho descreveu as hospitalizações por Doença Renal Crônica (DRC) (CID10 N18) na rede pública do Rio Grande do Sul, no período de 2008 a 2012. Para tanto, um banco de dados foi elaborado a partir do Sistema de Internações Hospitalares do SUS – SIH/SUS, do subsistema AIH – Autorizações para Internação Hospitalar.

Este estudo propicia uma estimativa da abrangência da DRC no Estado e apresenta alguns dados sobre internação de residentes no Rio Grande do Sul que foram semelhantes aos encontrados em outras investigações. Assim como encontrado em outros estudos, a população masculina foi a mais atingida pela Doença Renal Crônica, sobretudo a com idade entre 60 a 64 anos. Foi evidenciado que a faixa etária que mais utilizou a UTI também foi entre 60 a 64 anos de idade, porém a que mais veio a óbito e necessitou de UTI foram menores de 20 anos (17,9% utilizaram UTI, dos quais 66,7% foram óbitos). Já a média de gasto por internação foi de R\$ 2.342,60, correspondendo ao valor diário de R\$ 244,70.

Mesmo reconhecendo a facilidade de uso e de acesso aos bancos de dados do Sistema Único de Saúde, restam várias questões a serem pesquisadas como, por exemplo: “cidades com menor população apresentam coeficientes de internação mais elevados por dificuldade de acesso ao tratamento ambulatorial ou, são internações múltiplas do mesmo paciente durante o período?”.

Algumas limitações em nosso trabalho devem ser mencionadas. A primeira decorre da utilização de bases de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) construídas originalmente para funções administrativas. Há possibilidade de reinternações, fraudes e/ou manipulações, tendo em vista a finalidade primariamente administrativa e financeira do sistema. Erros de codificação ou de diagnóstico também são possíveis.

Um dado preocupante, segundo o Vigitel 2011, considerando a população brasileira maior de 18 anos, 23% é hipertensa, 5,6% diabética, 18% fumante, 48% estão com excesso de peso e 16% são obesos ($IMC > 30 \text{ Kg/m}^2$). Todos estes são fatores de risco que contribuem para a perda de função renal.

A integração dos serviços de saúde torna-se prioritária na atuação dos gestores, das três esferas de poder, na implantação de programas de educação popular para a importância do diagnóstico precoce, do tratamento e das medidas de prevenção dessa doença.

Devido aos poucos estudos sobre DRC no país, tem-se dificuldade na comparação dos dados encontrados neste estudo. Contudo, através de trabalhos como este, é possível delinear um cenário como o das Doenças Renais Crônicas, promovendo ações para seu devido enfrentamento.

REFERÊNCIAS

ABREU MM, WALKER DR, SESSO RC, FERRAZ MB. Health-related quality of life of patients on hemodialysis and peritoneal dialysis in São Paulo, Brasil: A longitudinal study. *Value in Health* 2011; 14(5 Suppl 1):S119-S121.

BASTOS MG, CARMO WB, ABRITA RR, ALMEIDA EC, MAFRA D, COSTA DMN, et al. Doença renal crônica: problemas e soluções. *J Bras Nefrol* 2004; 26:202-15

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) - Um Panorama da Saúde no Brasil. IBGE. 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 389, de 13 de março de 2014. Dispõe sobre os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Diário Oficial da União. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 1.278 de 25 de junho de 2008. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jun. 2008b. Seção 1, p.43.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E TEMÁTICA. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde. 2014. 37p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE, SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmen. 2007.

CHERCHIGLIA ML, MACHADO EL, SZUSTER DAC, ANDRADE EIG, ACURCIO FA, CAIAFFA WT, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000-2004. Rev Saúde Pública 2010; 44(4):639-49.

CRUZ CF, DA CUNHA GO, DE SOUZA, SP. Cost of treatment of patients with chronic renal failure end stage in São Paulo in the period from 2008 to 2012. Science 2014; 5(1): 6-11.

CUSUMANO A, GARCIA GG, GONZALEZ BC. The Latin American Dialysis and Transplant Registry: report 2006. Ethnicity & disease, 2009; 19(1 Suppl 1):S1-3-6.

DE SOUZA ML, MALAGUTTI W, RODRIGUES FSM, BARNABÉ AS, FRANCISCO L, DA SILVA RN, DE DEUS RB, FERRAZ, RRN. Incidência de insuficiência renal aguda e crônica como complicações de pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva. ConScientiae Saúde, 2010; 9(3):456-461.

DUNCAN MS, GOLDRAICH MA, CHUEIRI PS. Cuidados Longitudinais e Integrals a Pessoas com Condições Crônicas. In: DUNCAN, Bruce B. et al. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. Artmed Editora, 2014. p. 892-904.

1.1.1.1 ENE-IORDACHE B, PERICO N, BIKBOV B et al. Chronic kidney disease and cardiovascular risk in six regions of the world (ISN-KDDC): a cross-sectional study. *The Lancet Global Health*, 2016; 4(5):e307-e319.

FORTES J. Doença renal crônica: aumenta o número de casos no Brasil. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/cms/wp-content/uploads/2012/08/Doen%C3%A7a-renal-cronica-aumenta-o-numero-de-casos-no-Brasil.pdf>. Acesso em: 20 maio 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. COORDENAÇÃO DE TRABALHO E RENDIMENTO. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores-2008: Brasil, grandes regiões e unidades da Federação. IBGE, 2009.

KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES (KDIGO) CKD-MBD WORK GROUP et al. KDIGO clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, prevention, and treatment of Chronic Kidney Disease-Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD). *Kidney international*, 2009; 113(Suppl.):S1.

KLAFE A, MORIGUCHI E, BARROS E.J.G. Perfil lipídico de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento conservador, hemodiálise ou diálise peritoneal. *J. bras. nefrol*, 2005; 27(3):116-123.

KUROKAWA K, NANGAKU M, SAITO A, INAGI R, MIYATA T. Current issues and future perspectives of chronic renal failure. *Journal of the American Society of Nephrology*, 2002; 13 (suppl 1): S3-S6.

LAURINAVICIUS AG, SANTOS RD. Dislipidemia, estatinas e insuficiência renal crônica. *Rev Bras Hipertens*, 2008; 15(3):156-161.

LUCIANO EP, LUCONI PS, SESSO RC, MELARAGNO CS, ABREU PF, REIS SFS, FURTADO RMS, RUIVO GF. Prospective study of 2151 patients with chronic kidney disease under conservative treatment with multidisciplinary care in the Vale do Paraíba, SP. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 2012; 34(3):226-234.

MAY, Tim. Pesquisa social: questões, métodos e processos. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MONTEIRO CA, CLARO RM, MALTA DC, MARTINS AP, ISER BM, BANDEIRA DE SÁ NN, CANELLA DS, RODRIGUES R, BERNAL R. Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. v. 1, p. 132.

MOURA L, SCHMIDT MI, DUNCAN BB, ROSA RS, MALTA DC, STEVENS A, THOMÉ FS. Monitoramento da doença renal crônica terminal pelo subsistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade-Apac-Brasil, 2000 a 2006. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2009; 18(2):121-131.

OLIVEIRA, RB. Insuficiência Renal Crônica. Anvisa. Disponível em: www.anvisa.gov.br/hotsite/enaviss/021009/Dialise_Rodrigo_0210.ppt. Acesso em: 19 maio 2014.

ORGANIZACAO PAN-AMERICANA DE SAUDE. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasil. Ministério da Saúde, 2002.

ORGANIZACAO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2003.

ROMÃO JUNIOR JE. Doença renal crônica: definição epidemiologia e classificação. J. bras. nefrol, 2004; 26(3 supl. 1):1-3.

SANCHO LG, DAIN S. Análise de custo-efetividade em relação às terapias renais substitutivas: como pensar estudos em relação a essas intervenções no Brasil? Cadernos de Saúde Pública, 2008; 24(6):1279-90.

SESSO R, SILVA CB, KOWALSKI SC, et al. Dialysis care, cardiovascular disease, and costs in end-stage renal disease in Brazil. Dialysis care, cardiovascular disease and costs in end-stage renal disease in Brazil. Int J Technol Assess Health Care, 2007; 23(1):126-130.

SESSO R, LOPES AA, THOMÉ FS, BEVILACQUA JL, ROMÃO JUNIOR JE, LUGON J. Relatório do censo brasileiro de diálise, 2008. J Bras Nefrol, 2008; 30(4): 233-238.

SESSO R, LOPES AA, THOMÉ FS, LUGON J, WATANABE Y, DOS SANTOS, DR. Chronic dialysis in Brazil-report of the brazilian dialysis census, 2011. Jornal Brasileiro de Nefrologia, 2012; 34(3):272-277.

SIVIERO P, RODRIGUES RN, MACHADO CJ. Doença renal crônica: um agravamento de proporções crescentes na população brasileira. Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.

SBN (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA) et al. Censo dos Centros de Diálise do Brasil. São Paulo, 2011.

TONELLI M, RIELLA M. Chronic kidney disease and the aging population. J Bras Nefrol, 2014; 36(1):1-5.

USRDS - United States Renal Data System, 2007. Disponível em: <http://www.usrds.org/2007/pdf/08|peds|07.pdf>. Acesso em: 31.03.2015.



COMPRAS NACIONAIS E INTERNACIONAIS EM UM HOSPITAL DE CAPACIDADE EXTRA

DAIANE OLSSON DE SOUZA
ROGER DOS SANTOS ROSA

INTRODUÇÃO

Com a globalização que iniciou no final do século XX, houve uma grande integração entre os países e suas economias, culturas e políticas. Segundo Baily (2000), a busca por fontes de suprimentos no exterior não pode ser mais considerada uma atividade excepcional das compras. Para Baily (2000), a principal razão para o crescimento do comércio exterior é que os custos de transporte e comunicação dos países globalizados reduziram-se significativamente, levando-os a trocar as mercadorias de seus mercados individuais saturados com o mercado global, assim fortalecendo o comércio exterior. Logo, os países conseguem fazer compras com qualidade e tecnologia superiores a que poderiam produzir, com um custo de importação relativamente baixo.

Odiorne (1977) explica que tomadas de decisões devem ter como base sistemas. O sistema é formado por entradas (objetivos), instrumentos que trabalham as entradas (instrumentos da lógica e da aceitação), saídas (resultados) e *feedback* (comparação das entradas e saídas do sistema). Essa descrição corresponde a um sistema por objetivos. Assim, o primeiro passo na tomada de decisão é conhecimento claro dos objetivos.

No caso dos hospitais o objetivo é levar assistência de qualidade para seus usuários, a fim de gerar maior expectativa e qualidade de vida para esses. O ambiente é tudo que envolve a organização, assim inclui-se o ambiente tecnológico, legal, entre outros. Os custos na esfera pública são escassos e devem ser utilizados com total racionalidade. A globalização e as compras internacionais mostram o quanto o ambiente externo pode influenciar nas tomadas de decisões de uma organização.

As compras internacionais interferem significativamente na cadeia de suprimentos, tanto de serviços quanto de produtos. A cadeia de suprimentos após a globalização se tornou mais complexa, visto o grande número de organizações que podem fazer parte dela (tanto no mercado nacional quanto no mercado internacional), e as inúmeras legislações específicas que afetam o planejamento de estoque. Embora haja vantagens em compras internacionais, há as desvantagens. Em caso de equipamentos de grande porte, questões de tempo de resolução de possíveis defeitos no produto podem ser mais difíceis de negociar, assim como tempo de aquisição do produto.

Algumas instituições prestadoras de serviços possuem benefícios em optar em compras internacionais devido a algumas isenções fiscais, assim podendo adquirir produtos com maior tecnologia e prestarem assistência com qualidade superior ao seu cliente. Um exemplo é a compra de produtos como medicamentos e equipamentos cirúrgicos (hospitalares) importados, que tem auxiliado significativamente na melhora da qualidade de vida de pessoas atendidas em países subdesenvolvidos.

Diante da racionalização de recursos financeiros, do objetivo de levar assistência de qualidade aos clientes e da opção de escolha de compras em mercados locais ou internacionais, este estudo tem como objetivo geral identificar quais as vantagens e desvantagens de compras nacionais e internacionais para os hospitais capacidade extra (hospitais que possuem acima de 500 leitos), uma vez que as duas formas de compra (nacional e internacional) possuem suas vantagens e desvantagens para o objetivo do hospital que é prestar assistência de qualidade a seus usuários.

Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul (RS), conta com inúmeros “hospitais de capacidade extra” que fazem parte de um amplo sistema de saúde público. O objetivo principal de um hospital é aumentar a qualidade de vida de seus usuários, assim como levar um atendimento de qualidade a fim de satisfazer as necessidades individuais desses. No entanto, esses possuem recursos escassos, principalmente quando públicos.

O hospital escolhido para a análise foi o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), hospital de capacidade extra, público e de referência. O HCPA influencia no Sistema Único de Saúde (SUS) pelo número de pessoas que por ele são atendidas diariamente e é referência por suas ações de saúde impactar em outras organizações do país e não só da região onde está localizado. O HCPA é um hospital universitário, que valoriza as opiniões de seus usuários internos e externos ao ambiente hospitalar, busca competência técnica e agilidade em seus serviços. Por ser um hospital universitário ele é vanguarda e busca trazer novidades em tratamentos hospitalares. Suas decisões são tomadas em equipe, a fim de que todos colaborem com o compromisso social do hospital. Suas atividades possuem como objetivo a assistência, o ensino e a pesquisa em saúde.

Uma das formas de aumentar a qualidade dos serviços é adquirir produtos com maior tecnologia. Com a globalização há uma facilidade maior em se adquirir produtos melhores, devido à globalização que facilita a comunicação entre os fornecedores em diversos locais do mundo e as organizações compradoras. Uma vez que as oportunidades de escolha são maiores, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre toma decisões cada vez mais complexas em relação às suas compras, pois essas podem ser nacionais e/ou internacionais.

As compras nacionais e internacionais no Hospital de Clínicas de Porto Alegre precisam de uma análise complexa visto que lida com os custos escassos da administração pública, legislação pública específica e qualidade de serviço e atendimento ao usuário, além de ser considerada uma decisão de grande relevância, uma vez que visa suprir as

necessidades de um grande número de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, o estudo buscou analisar as vantagens das compras nacionais e das compras internacionais nos hospitais de capacidade extra para o melhor uso dos recursos. Com os resultados buscamos definir sob que circunstâncias é melhor aplicável cada tipo de compra: nacional e internacional.

Com o estudo dos processos de compras do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, poderemos disseminar para outros hospitais de capacidade extra os conhecimentos absorvidos no estudo para uma melhor gestão de suprimentos. Segundo Neto e Filho (1998), a compra de materiais hospitalares passa por problemas gerados pela deficiente administração de materiais. Um dos maiores problemas dessa área de administração é a distância entre o processo produtivo e os sistemas de apoio.

Desta forma, este estudo objetiva identificar as vantagens e desvantagens para o Hospital de Clínicas de Porto Alegre em realizar compras internacionais.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo é descritivo e exploratório. Descritivo, por buscar descrever os processos de compras nacional e internacional e os grupos de compras do hospital. Exploratório, uma vez que a teoria sobre compras nacionais e internacionais em hospitais públicos ser pouco explorada pelos teóricos da administração.

Como base para a observação e pesquisa documental foi empregado o processo de compra de um ventilador (respirador) eletrônico de alto desempenho e de grande utilidade para o atendimento de pacientes internados em estado crítico no Centro de Tratamento Intensivo. E, também, por ser um equipamento que pode ser adquirido via compra nacional ou internacional.

Os dados secundários foram coletados dos Processos Administrativos de Compras (PAC's), Sistemas de Gestão Hospitalar AGH (Aplicativos para Gestão Hospitalar), IG (Informações Gerenciais), relatórios do

Serviço de Compras e Seção de Importação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e fluxogramas dos serviços. A observação se deu em dois dos principais setores que lidam com as compras nacionais e internacionais: Serviço de Compras e Seção de Importação. A observação foi direcionada à comunicação entre os integrantes dos setores analisados, a fim de entender melhor o processo de trabalho e conseqüentemente os processos de compras. Os cinco estágios baseados em processos, desenvolvidos por Gonçalves (2000), auxiliaram na observação e análise da gestão dos processos de compras hospitalares.

A pesquisa foi dividida em três etapas (pesquisa documental, observação direta e triangulação dos dados e informação dos passos anteriores), que se desenvolveram ao longo de dois meses de estudo. Após a visualização de como ocorreram os processos foi realizada uma comparação dos processos de compras com o referencial teórico. Por fim, foram sistematizadas as vantagens de cada modelo de compras, contextualizadas ao hospital em estudo.

Por se tratar de estudo realizado com processos administrativos públicos, não foi necessária à submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme Resolução 466/2012, que trata de pesquisa e testes em seres humanos.

CONTEXTO DO ESTUDO

Para Lima Gonçalves (1983), as funções do hospital em relação aos usuários que o procuram e ao contexto em que se inserem são as seguintes:

- a) Prestação de atendimento médico e complementar aos doentes em regime de internação, assim, fica claro que atendimentos ambulatoriais devem ser resolvidos somente eventualmente nos hospitais;
- b) Desenvolvimento de atividades de natureza preventiva: em cidades de grande porte os hospitais realizam exclusivamente

tarefas assistenciais, no entanto em pequenas cidades o hospital desenvolve atividades de atendimento integral;

- c) Participação em programas de natureza comunitária: o hospital atinge o contexto sócio familiar dos pacientes. Um exemplo de programa de natureza comunitária desenvolvido é a educação em saúde, que corresponde à divulgação de ensinamentos sobre prevenção, proteção e promoção da saúde. Nos hospitais ela pode ser voltada para o doente internado e/ ou de ambulatório e seus familiares, ou ainda para seus próprios funcionários, pois estes fazem parte da comunidade e são multiplicadores das orientações recebidas;
- d) Integração ativa no sistema de saúde. Essa função se torna vital para o bom desenvolvimento de saúde, pois há um desequilíbrio entre a demanda e a oferta de serviços.

Neste estudo se empregou como referencial de análise a gestão por processos, por ser relevante para empresas que não possuem um modelo fabril, nem produção manufatureira, mas lidam com atividades de fundamentos intelectuais, ou prestadoras de serviços, onde o processo é realizado, mas não visível.

Para Gonçalves (2000, p.15) há pelo menos cinco estágios que vão de um modelo puramente tradicional até o modelo essencialmente baseado em processos. No quinto estágio, as empresas possuem grande “monitoração permanente da definição do seu negócio e o ajuste dos processos adequados para seu negócio sempre que necessário, adequando a organização a cada momento, como um organismo vivo”.

A gestão por processos é relevante em hospitais por diversos motivos. Um deles é que o hospital deve se preocupar com atividades que se relacionam com sua atividade fim (assistência ao usuário), pois essas agregam valor significativo ao objetivo final. Um exemplo é a terceirização dos serviços aduaneiros.

Os hospitais devem trabalhar em equipe, com cooperação, responsabilidade individual e vontade de fazer um trabalho melhor, assim car-

acterizando a gestão por processos. Embora os hospitais tenham seus departamentos, os processos podem ser geridos de forma ortogonal.

Embora as compras de fornecedores próximos geograficamente sejam bastante procuradas, o comércio internacional é crescente. Para Baily (2000, p. 310), as principais razões são:

- a) O comprador compra para atender a alguma exigência;
- b) O comprador pode preferir comprar de uma fonte estrangeira que oferece características não disponíveis nos bens fabricados domesticamente, principalmente quando a tecnologia é mais significativa para a sua produção;
- c) Embora os bens do tipo exigido sejam domesticamente fabricados, a capacidade interna pode não ser suficiente para atender a demanda;
- d) Pode haver razões estratégicas, como melhor garantia de suprimento;
- e) Pode ser possível comprar bens equivalentes mais baratos no exterior em razão de quantidades maiores, salários menores, maior produtividade, melhores instalações de produção ou vantagem na taxa de câmbio;
- f) A *countertrade* pode obrigar uma empresa a comprar no exterior. As vezes, não é possível conquistar um pedido de exportação sem a reciprocidade de um pedido de importação.

Segundo Baily (2000), os principais problemas de compras internacionais são: problemas de comunicação (ex.: dificuldades com a linguagem, diferenças de fuso horário entre os países); diferenças de moeda (ex.: flutuações de câmbio); formas de pagamento (ex.: custos de transferência financeira internacional); sistemas jurídicos diferentes; *incoterms* (estabelece as obrigações de ambas as partes em relação as “condições de entrega”); transporte; e, procedimentos de alfândega.

Profissionais que exercem cargos de gerência na área da saúde devem fazer uso de instrumentos do trabalho administrativo como o pla-

nejamento, a organização, a coordenação e o controle, além de terem a clara ideia de que suas atividades resultam na solução de problemas da sociedade. Eles devem ser capazes de pensar criticamente, de analisar e procurar soluções para os problemas (PERES E CIAMPONE, 2006).

A comunidade atendida nos hospitais públicos é a atividade fim do hospital, assim todos seus setores, incluso o serviço de compras, são responsáveis por ela. As compras afetam “diretamente o resultado de atendimento ao paciente, influenciando, portanto, na qualidade assistencial” (HCPA, 2004). Os usuários externos são considerados uma das forças de pressão no processo de compra, pois estes exigem materiais de sua preferência. Os usuários também são responsáveis pela busca de melhores resultados. A segurança dos usuários internos (profissionais de saúde) também é considerada nas tomadas de decisões de compras.

Nos hospitais, a economia é voltada à minimização de custos dos serviços prestados pelo hospital, que deve estar atrelada juntamente com a busca de novas técnicas e alternativas de materiais (HCPA, 2004). Para Garcia *et al.* (2012), as compras do setor público, devido a orçamentos restritos necessitam de maior controle do consumo e dos custos para que não privem funcionários e pacientes do material necessário. Assim, o Serviço de Compras dos hospitais deve estabelecer um padrão de demanda que seja viável em qualidade e preço.

A tecnologia impõe ao hospital a atualização tecnológica em materiais e equipamentos. A tecnologia em informática também auxilia a coletar e interpretar informações para a tomada de decisões de compras. Para Garcia *et al.* (2012), os avanços tecnológicos impulsionaram a complexidade assistencial, criando assim uma demanda crescente por recursos materiais. Para Malik *et al.* (2000, p.137) “a tecnologia é considerada como um fator sociocultural, e não organizacional que influencia a utilização dos serviços”.

Os fornecedores, também influenciam no processo de compra, principalmente quando solicitam reajustes de preços, causando revisão dos parâmetros financeiros de compras. O estudo do mercado hospitalar

auxilia a coleta de dados de preços praticados por fornecedores, isto é, coletar dados de preços praticados, preços pagos em outros hospitais e informações disponíveis nos bancos de preços do governo federal.

Os hospitais, como todas as organizações, dependem de seu ambiente. Assim, será analisado no trabalho como esse ambiente (ambientes externos e internos a organização) influência nas tomadas de decisões em compras. Para isto serão considerados os ambientes demográfico, econômico, político/legal, sociocultural, tecnológico, pois esses estão fortemente relacionados as tomadas de decisões entre as compras nacionais e internacionais.

As tomadas de decisão estão dentro de quatro subsistemas da administração de materiais. Segundo Neto e Filho (1998), os subsistemas são: normalização (seleção dos materiais), controle (gestão e valoração do estoque - na esfera pública, é o método de custo médio ponderado), aquisição (responsável pelas compras de materiais para o hospital) e armazenamento (qualidade dos produtos, cuja parte principal é o almoxarifado).

Para Schindwein *et al.* (2013, p. 2):

“[...] a administração de materiais na área da saúde é mais complexa que em outros setores econômicos. Esta complexidade na administração de materiais ocorre pelos seguintes fatores: (a) própria característica dos materiais utilizados nas organizações de saúde, como o exíguo prazo de validade, que requerem condições especiais de armazenagem e rastreabilidade; (b) o constante avanço tecnológico, (c) as variações nos níveis de demanda e dificuldades na elaboração das previsões de consumo decorrentes de comportamentos distintos entre produtos e; (d) por ser inadmissível a falta de materiais durante o processo de atendimento ao paciente.”

A fim de que os objetivos das compras hospitalares sejam alcançados, decisões quanto à especificação do melhor material a ser usado, quantidades a serem adquiridas e de estoque, modalidade de compra e local de armazenamento devem ser tomadas.

CONTEXTO ORGANIZACIONAL: CARACTERIZAÇÃO DO HCPA

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) é uma Instituição Pública de Direito Privado, criada pela Lei 5.604, de 2 de setembro de 1970. Integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), o HCPA nasceu com a missão de oferecer serviços assistenciais à comunidade gaúcha, ser área de ensino para a UFRGS e promover a realização de pesquisas científicas e tecnológicas.

O HCPA é considerado um hospital de *relevância pública* por influenciar significativamente no Sistema Único de Saúde devido ao número de pessoas que por ele são atendidas diariamente e de *referência*, uma vez que ações de saúde desenvolvidas impactam outras organizações não só na região onde está localizado, mas em todo o país. Por ser um *hospital universitário*, é vanguarda e busca trazer novidades em tratamentos hospitalares. “O trabalho de uma instituição (hospitalar) em que não há ensino raramente é de primeira classe...” (GONÇALVES, 1983, p.12).

O HCPA possui 845 leitos totais, área física de 128.339,36 m² e 652 leitos de internação, enquadrando-se como um hospital de capacidade extra (acima de 500 leitos). O Relatório de Gestão de 2013, o último disponível para acesso no site da instituição, traz os quantitativos de atendimentos assistenciais, assim como sua relevância na formação dos profissionais de saúde e avanços científicos em prol da sociedade:

- a) Foram realizadas 600.492 consultas, 45.643 procedimentos cirúrgicos, 246.415 procedimentos em consultórios, 3.039.987 exames, 3.894 partos, 96.613 sessões terapêuticas, 32.114 internações e 491 transplantes;
- b) Os cenários de ensino atingiram 1.447 alunos de 12 cursos de graduação da UFRGS; 435 residentes, em Programas de Residência Médica 46 especialidades; 588 alunos de mestrado e 804

de doutorado de treze programas de pós-graduação da UFRGS; oportunidades de estágio para 752 estagiários de diferentes habilitações; e, Formação de profissionais do nível médio, através da Escola Técnica de Enfermagem do HCPA e de parceria com a Escola Estadual Técnica em Saúde (HCPA. Relatório de Gestão do Exercício de 2013, 2014. p. 41-50);

- c) As atividades de pesquisa envolveram 394 doutores, sendo que 133 são profissionais do quadro permanente e 261 são professores vinculados a UFRGS; 58 pesquisadores são bolsistas de Produtividade em Pesquisa do CNPq; 319 dissertações e 161 teses concluídas; R\$ 1.218.552,60 de captação de recursos de patrocínio privado; e, R\$ 1.754.618,22 de investimentos do Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos do HCPA (FIPE) em projetos Acadêmicos de Pesquisa (HCPA. Relatório de Gestão do Exercício de 2013, 2014. p. 51).

Sua missão é “ser um referencial público em saúde, prestando assistência de excelência, gerando conhecimento, formando e agregando pessoas de alta qualificação” (site do HCPA). E a visão institucional é de “Transformar a realidade com inovação em saúde” (site do HCPA).

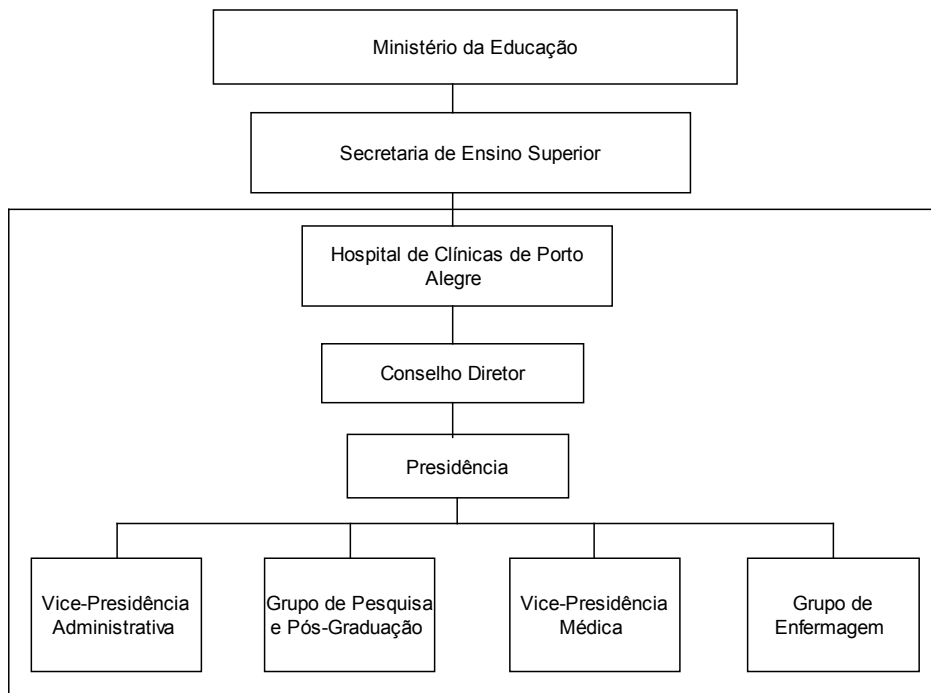
Seus valores são:

- a) Respeito à pessoa: o Hospital de Clínicas valoriza o respeito à pessoa através do reconhecimento do direito de cada indivíduo de tomar suas decisões em um ambiente de acolhida, respeito e confiança;
- b) Competência técnica: a competência técnica é valorizada pelo Hospital de Clínicas, através do aprimoramento incessante da excelência e agilidade de serviços;
- c) Trabalho em equipe: trabalho em equipe é um valor institucional que se manifesta pela participação coesa e integrada de todos os colaboradores do Hospital de Clínicas;

- d) Comprometimento institucional: o comprometimento institucional é um valor do Hospital de Clínicas que se expressa pela identificação da responsabilidade e orgulho institucional, resultando em um amplo compromisso social;
- e) Austeridade: a austeridade é um valor do Hospital de Clínicas na gestão do patrimônio público com parcimônia, integridade e honestidade;
- f) Responsabilidade social: a responsabilidade social é um valor do Hospital de Clínicas decorrente de uma visão abrangente de saúde que exige a contínua prestação de contas à sociedade; e
- g) Transparência (incluído no último planejamento estratégico da instituição).

A estrutura formal de uma organização mostra os níveis hierárquicos e a relação operacional e de poder entre eles. O organograma geral mostra de maneira macro a divisão organizacional e o contexto em que ela está inserida (no caso, na área da educação em nível federal).

O organograma institucional disponibilizado para acesso público mostra que o HCPA possui como níveis hierárquicos o Conselho Diretor, que é superior à Presidência do hospital, que é superior à Vice-Presidência Administrativa e à Vice-Presidência Médica (VPM), que são superiores respectivamente ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação e ao Grupo de Enfermagem. Contudo, com a observação da pesquisadora “in loco” pode-se verificar que este organograma não reflete o real funcionamento institucional, podendo trazer problemas de definição hierárquica e atribuições. Para entender melhor a real hierarquia organizacional o mesmo foi reelaborado (Fig. 1).

Figura 1 - Organograma do HCPA (reelaborado).

Fonte: Autor, 2015.

Com a reelaboração do organograma do Hospital de Clínicas, pode-se perceber que os quatro últimos componentes estão no mesmo nível hierárquico, e não como mostrado no organograma institucional. Todos os Grupos e Vice-presidências estão interligados em suas ações. Assim como todos os níveis do hospital devem trabalhar interligados com o intuito de alcançar a missão, a visão e os valores institucionais.

Os principais setores observados, a Seção de Importação (vinculada ao Serviço de Finanças) e o Serviço de Compras (localizado dentro da Coordenadoria de Suprimentos), trabalham interligados com todas as áreas do hospital; no entanto, no organograma formal, fazem parte da Vice-Presidência Administrativa.

A Coordenadoria de Suprimentos tem por finalidade fornecer materiais, equipamentos e serviços de qualidade na quantidade e prazos

adequados ao atendimento das necessidades assistenciais, de ensino e de pesquisa, com preços compatíveis à sustentabilidade da organização. O *Serviço de Compras* localiza-se dentro da Coordenadoria de Suprimentos.

A Coordenadoria Financeira tem por finalidade o gerenciamento do fluxo orçamentário, contábil, financeiro, fiscal, de custos, de investimentos e patrimonial da Instituição. A *Seção de Importação* encontra-se como subsetor do Serviço Financeiro, que está subordinado à Coordenadoria Financeira.

De imediato, a Seção de Importação parece estar em local inadequado dentro da estrutura formal, uma vez que maior parte de suas atividades estão ligadas a atividades administrativas de compras não a questões financeiras da organização. Essa situação pode levar a dificuldades no processo de compras, uma vez que áreas com finalidades semelhantes devem ter maior proximidade.

GESTÃO DE SUPRIMENTOS

A gestão de suprimentos é bastante complexa, uma vez que o HCPA possui:

- a) Cerca de 17.000 itens cadastrados e, destes, 3.300 com duas ou mais compras ao ano, excluindo os materiais de engenharia;
- b) Mais de 3.000 fornecedores que comercializam seus produtos; e
- c) Inúmeros clientes internos e externos que dependem do abastecimento para operar ou serem atendidos.

A gestão de suprimentos:

“Através do controle do fluxo de materiais e serviços, proporciona que os materiais comprados pelo hospital cheguem ao local correto, no momento exato, na devida quantidade, vindos de fonte certa e com as melhores condições de qualidade e preço” (HCPA, 2004,p. 3).

Dentre os diversos métodos de previsão, o que mais caracteriza a previsão de demanda do Hospital de Clínicas de Porto Alegre é o método projeção histórica: “A premissa básica é que o padrão de tempo futuro será uma repetição do passado, pelo menos em sua maior parte” (BALLOU, 2007, p.245).

A geração de informação é dada através do histórico de compra dos anos anteriores. A maior parte das compras é licitada anualmente, e assim a previsão das quantidades a serem compradas (demanda) deve ser anual.

Há duas formas principais de planejamento:

- a) Compras diretas: feita pelo usuário - quando não é um produto padronizado, de uso eventual – o usuário tem que planejar, pedir a compra e recebê-la diretamente (ex: cateter especial); e
- b) Compras pelo Serviço de Planejamento: quando é material padronizado – são estocáveis, a organização definiu como de uso constante e permanente no hospital e são usados em grande quantidade; o usuário deve solicitar ao almoxarifado para ser atendido (ex: esparadrapo, gaze, paracetamol, entre outros); o Serviço de Planejamento do hospital realiza reuniões anuais para estruturar o planejamento de materiais das áreas (ex.: tipo de material, quantidade, fornecedores, itens de contrato, etc.).

As compras realizadas no Serviço de Compras do hospital são divididas em grupos de materiais. A divisão dos grupos se dá por segmentos especializados de produtos. Cada grupo tem um mercado, fornecedores, especificações e características técnicas similares, além de uma legislação aplicada à característica do seu grupo. Há uma divisão por grupos, a fim de haver uma organização interna do hospital e uma metodologia de compra. Não seria prático e eficaz ter em um grupo com materiais distintos, assim como rouparia e prótese.

Na estrutura formal de divisão do Serviço de Compras, há a divisão em cinco grandes áreas: médico hospitalar, serviço/engenharia, diagnósticos, medicamentos e expediente/limpeza/rouparia/segurança/nutrição. Contudo, com a observação direta dos processos, foram identificados 4 grupos distintos da organização formal, quais sejam:

- a) Diagnóstico, medicamentos e materiais médicos hospitalares;
- b) Órtese e prótese;
- c) Materiais de expediente, nutrição, limpeza, rouparia, informática e pesquisa;
- d) Engenharia e serviços.

A forma de compra é definida por triagem se a compra é urgente ou não. Para uma melhor eficiência das compras, normas superiores impõem que seja realizada licitação. Quando, no entanto, o custo do produto é pequeno, seu uso é esporádico e há uma necessidade de urgência, pode ser feita uma compra por dispensa de licitação. O que não se pode definir como dispensa é a falta de planejamento e organização.

Como modalidades de licitação têm-se: convite, tomada de preço, concorrência e pregão (e, neste, o pregão eletrônico). Embora a lei de licitações, 8.666/93, forneça todas essas modalidades de licitação, o hospital utiliza apenas quatro: pregão (presencial e eletrônico), concorrência, tomada de preço e dispensa de licitação. Concorrência e tomada de preços são utilizadas somente para obras de engenharia. Com a mudança da legislação nos anos 2000, deve ser utilizado preferencialmente o pregão eletrônico, sob pena de se estar empregando a modalidade de licitação inadequada.

No processo de compra estudado, de um equipamento hospitalar com possibilidade de importação, utilizam-se pregões presenciais, uma vez que há a necessidade de equalização das propostas. Se fosse utilizado o pregão eletrônico, não se conseguiria suspender a licitação para a formulação dos cálculos de importação e posteriormente prosseguir com o certame, além de não haver interação pessoal para que isso pudesse ser feito.

Uma descrição detalhada de todas as fases do processo de compra em um hospital público, com o fluxo dos processos de aquisição de equipamentos na modalidade pregão presencial, pode ser encontrada em Souza (2015).

ANÁLISE COMPARATIVA DAS COMPRAS: NACIONAL E INTERNACIONAL

As análises de processos de aquisições de produtos não deveriam ser realizadas com base apenas em custos, mas levando em conta também outras perspectivas não financeiras. Com isso são empregadas também as perspectivas da operação da organização, do usuário (cliente) e tecnologia agregada. Essa abordagem auxilia a verificar os processos internos do HCPA diante do mercado em que está inserido.

Foi verificado que o Hospital de Clínicas não pode escolher o tipo de compra a ser realizada, nacional ou internacional, uma vez que essa escolha depende do menor lance dado em disputa pelos fornecedores (Leis nº 8.666/93 e 8.883/94). No entanto, ainda que ele não possa escolher, há como verificar as vantagens e desvantagens de compras nacionais e internacionais para o hospital.

Compras Internacionais

Segundo Baily (2000), a busca por fontes de suprimentos no exterior não pode ser mais considerada uma atividade excepcional das compras. Para o autor, é quase impossível se encontrar uma organização que não compre de fornecedores estrangeiros. Os mesmos objetivos de maximizar valor do dinheiro são perseguidos nas compras internacionais.

As principais vantagens para a compra do equipamento em estudo (Quadro 1) foram em relação a menor custo e possível aumento de qualidade do produto. Assim como as desvantagens encontradas são externas a organização, não é possível de serem administradas internamente. Todavia, outras desvantagens podem ser minimizadas.

Quadro 1 – Vantagens e Desvantagens de Compras Internacionais

| Vantagens | Desvantagens |
|--|--|
| Isenções fiscais, diminuindo consequentemente o custo de aquisição do equipamento. | Aumento da participação e reponsabilidade do Hospital de Clínicas na cadeia de suprimentos que se torna mais complexa quando se trata de uma compra internacional. |
| Maior mercado potencial de compra, saindo do mercado nacional saturado para um mercado global. | Risco de pagar diárias de armazenagem nos armazéns, por erro interno no processo de compra. |
| Abertura para propostas de produtos de maior qualidade técnica que produtos nacionais, levando maior qualidade do serviço ao usuário (cliente). | Não pode haver erro de planejamento de estoque, pois esse erro pode levar a falta de suprimentos, uma vez que a entrega do produto é variável. |
| Ampliação da carteira de fornecedores do hospital, aumentando poder de negociação. | Defeitos do produto visualizados somente após a chegada ao Brasil. |
| Possibilidade de compras com menor valor no mercado internacional, que no mercado nacional, uma vez que a globalização contribui com a diminuição de custos logísticos e aumento de mão-de-obra barata em outros países pode trazer a diminuição de custos de aquisição. | Reparos e assistência técnica no produto importado são mais difíceis de resolver em comparação com produto adquirido no mercado nacional, uma vez que o hospital deve cuidar da sua exportação para retorno ao país de origem para conserto. |
| | Custos de reparos de produtos internacionais maiores que os reparos de produtos nacionais, uma vez que o hospital deve pagar exportação e reimportação do equipamento quando necessários reparos. |
| | Possíveis greves de instituições públicas inseridas em fiscalizações tais como ANVISA e Receita Federal, uma vez que atrasa o término do processo de compra. |
| | Maior dificuldade na comunicação com o fornecedor estrangeiro, quando não há representante nacional. |
| | Documentos exigidos para participação da licitação, com tradução, uma vez que alguns fornecedores deixam de participar por não possuírem documentação habilitatória. |

Fonte: Autor, 2015.

Segundo Baily (2000), o comprador pode preferir comprar de uma fonte estrangeira que oferece características não disponíveis nos bens fabricados domesticamente, principalmente quando a tecnologia é mais significativa para a sua produção. Com a pesquisa constatou-se que há

um número maior de desvantagens, no entanto, essas não se sobrepõem as vantagens, uma vez que há maior redução de custo e potencial aumento de qualidade, vantagens importantes na aquisição de um produto.

A maior parte das desvantagens é externa à organização e podem ocorrer mesmo que esta não seja a importadora e sim o fornecedor nacional. Como exemplo, greves de órgãos fiscalizadores e defeitos no produto visualizado após a logística até o Brasil. Outra desvantagem é o hospital ter maior participação na logística, no entanto, pode ser minimizada com o melhoramento contínuo da gestão do processo. O melhoramento do processo auxilia inclusive em um melhor planejamento de compras, fazendo com que não haja falta do produto no hospital, sabendo-se que os atrasos por motivos externos devem ser considerados no planejamento. Segundo Neto e Filho (1998), nos casos de administrações públicas, inclusive hospitais, deve-se dimensionar adequadamente o período entre o pedido e a entrega deste, pois as instituições públicas devem considerar os prazos legais obrigatórios (conforme o tipo de licitação), assim como o tempo despendido com os serviços administrativos internos.

Compras Nacionais

As vantagens que o hospital possui em não ser o importador e comprar o produto no mercado nacional são poucas, mas importantes. A principal vantagem é a pronta entrega, uma vez que o hospital necessita dos suprimentos para que haja a prestação de assistência. A principal desvantagem da compra no mercado nacional é o custo do produto que aumenta em relação à compra internacional.

Quadro 2 – Vantagens e Desvantagens de Compras Nacionais

| Vantagens | Desvantagens |
|---|--|
| Possibilidade de pronta entrega. | Aumento no valor do produto, de 40 a 50%, uma vez que se inclui custo de tributação, de logística da empresa, de lucro de administração, entre outros. |
| Tempo de entrega, no entanto o fornecedor do mercado nacional também pode ter importado o produto e solicitado prorrogação para a entrega. | Possibilidade de o produto não possuir tecnologia superior à estabelecida em edital. |
| Maior facilidade de comunicação com fornecedor, uma vez que o mesmo se encontra dentro do país. | Pagamento de impostos que seriam isentos caso houvesse importação direta pelo hospital. |
| Defeitos são rapidamente identificados na entrega junto ao hospital. | |
| Redução da cadeia de suprimentos, tendo assim uma entrega mais rápida do produto. | |
| Em produtos com pouca tecnologia agregada e baixo custo indica-se a compra no mercado nacional, uma vez que evita custos logísticos que aumentariam consideravelmente o custo total do produto. | |
| Logística de entrega não é de competência do hospital. | |
| Possibilidade de entregas menores, facilitando a compra de acordo com a necessidade do hospital e disponibilizando o armazenamento de outros produtos no almoxarifado do hospital. | |
| Pagamento de acordo com a necessidade de aquisição, enquanto na importação tem-se que pagar adiantado ou à vista e comprar o produto em maior quantidade para que a compra não traga prejuízos maiores. | |

Fonte: Autor, 2015.

Essas desvantagens são importantes quando se trata de uma organização pública, com grande demanda e recursos escassos; já que os custos devem ser sempre minimizados.

As vantagens do nacional/nacionalizado são relevantes, uma vez que são principalmente em relação ao tempo de entrega e diminuição da participação do hospital na logística e conseqüentemente, o hospital mi-

nimiza custos com recursos humanos e obtém a entrega do produto o mais rapidamente possível para atender aos usuários/clientes.

Compras Nacionais versus Compras Internacionais

Visto que as duas formas de compras possuem vantagens e desvantagens, pode-se aplicá-las de acordo com a necessidade que a instituição possui no momento para suprir a necessidade do produto.

As compras internacionais são indicadas nos casos em que o produto possui um alto custo, alta tecnologia e tempo elevado para entrega, para que o mesmo não falte para o atendimento do usuário/cliente. As compras nacionais são indicadas quando não há tempo para aguardar a importação, sob risco de faltar o suprimento; quando o produto possui baixo custo ou pouca tecnologia.

Como as duas formas de compras possuem vantagens e desvantagens, o hospital compra alguns produtos usando as duas formas de compra. A definição quanto a elaboração de edital para as formas de compras se dá de acordo com a necessidade de entrega. Por exemplo: os medicamentos, quando importados, possuem isenções fiscais e saem mais baratos para o hospital. No entanto, quando o estoque acaba e não há tempo para importação, eles são comprados no mercado nacional, a fim de que não falte o produto na assistência aos usuários.

Infelizmente o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por trabalhar com licitação, não possui poder de decisão sob a forma de compra sendo assim, dependente da proposta que o fornecedor vencedor do certame lhe oferecer, podendo esta ser ou não com possibilidade de importação. No entanto, conforme o interesse do hospital, os editais são direcionados. Como no caso de equipamentos, onde consta no edital a possibilidade de importação. Quando se refere ao direcionamento de editais, possui-se o intuito de buscar o princípio da economicidade na gestão pública, e não o favorecimento de fornecedores.

Prade (2004) salienta que há diferenças nas estratégias decisórias dos hospitais públicos e nos privados. Por exemplo, no caso dos hospitais filantrópicos que, uma vez que não possuem como forma de compra a licitação, podem fazer a escolha entre as compras nacionais e internacionais. As isenções fiscais garantem uma redução significativa no valor do produto, e compras internacionais possuem potencial aumento de agregação de tecnologia em seus produtos, trazendo maior qualidade e melhor assistência ao usuário/ cliente.

OPORTUNIDADES DE MELHORIAS NO PROCESSO

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre é uma instituição pública, portanto parte de suas atividades administrativas são impostas pelo que as leis permitem. Assim, essas atividades não são gerenciáveis da mesma forma que na iniciativa privada, sendo os gestores e funcionários obrigados a cumprir as leis sob a pena de agir em desacordo com o princípio da legalidade. Todavia, existem atividades que são gerenciáveis internamente e devem ser melhoradas continuamente, uma vez que gerenciar é a capacidade de adaptar processos de forma sistêmica.

Para Hammer (1998) as empresas podem ganhar ao se dedicarem a conhecer seus processos melhor. Com o intuito de auxiliar em uma melhor gestão da cadeia de suprimentos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, melhorias para o processo de compra podem ser otimizadas. Quais sejam:

- a) a compra dos produtos necessita a autorização da Vice-Presidência Administrativa (VPA), compartilhada com a chefia do setor que necessita o produto. Portanto, há duplicidade de autorizações, sendo desnecessária a autorização da VPA, uma vez que a chefia do setor que utiliza a compra possui maior conhecimento sobre as necessidades da aquisição.

- b) durante a observação das atividades da Seção de Importação houve grandes problemas quanto à aquisição e tradução de documento do fornecedor (Proforma) Isto porque somente após a obtenção da Proforma traduzida que a Seção de Importação consegue solicitar o início do processo de importação junto ao despachante. Situação que enseja uma definição clara quanto ao momento de obtenção do documento.
- c) a estrutura formal do serviço está em desacordo com a estrutura real de alocação de recursos humanos e as atividades entre eles, devendo ser reestruturado para que o objetivo de agrupamento de acordo com especialização e características similares possam auxiliar em um melhor processo de trabalho.
- d) durante a fase final da licitação, há duplicidade de competências e atividades. A Comissão de Licitação analisa o processo de compra como um todo e verifica se o mesmo está de acordo com as cláusulas do edital mesmas atividades realizadas pela auditoria interna. Para que o processo pudesse ser mais rápido e dinâmico, o Serviço de Auditoria Interna deveria ser responsável por analisar outros aspectos do processo de compra que ainda não analisados.
- e) durante a observação das atividades da Seção de Importação, verificou-se que algumas atividades são realizadas paralelamente com outros setores do hospital, como o Serviço de Orçamento e o Serviço Financeiro, entre outros. Como não foi possível identificar com clareza o momento e as condições de participação desses setores no fluxo do processo de compra, um fluxograma interno detalhado deve ser estruturado.
- f) após o produto ser entregue no Serviço de Patrimônio do hospital, há uma série de atividades administrativas que devem ser realizadas pela Seção de Importação, aparentemente tratadas como secundárias, quando os profissionais possuem tempo para fazê-las. Para que não haja esse gargalo no término do processo, deve ser reavaliada a quantidade de recursos humanos para o desem-

penho das atividades, uma vez que são apenas dois funcionários que trabalham na seção.

Pode-se visualizar grande interação e dependência da Seção de Importação em relação a Coordenadoria de Suprimentos, o que leva a acreditar que é um setor que faz parte desta coordenadoria. No entanto, formalmente ele está localizado junto a área financeira. A integração do Setor Importação à Coordenadoria de Suprimentos levaria a uma interação mais rápida entre os setores contidos nela, agilizando o processo de compra. Por ex.: o envio da autorização de compra, no caso de compras internacionais, assim com o Serviço de Compras faz em relação as compras nacionais.

CONCLUSÃO

Para uma melhor gestão de suprimentos o Serviço de Compras do hospital dividiu-se em grupos de compras de materiais e a aquisição dos insumos do HCPA é realizada por um longo processo de compra, incluindo preparação da licitação, disputa da licitação e logística de entrega do produto adquirido.

Como o hospital possui duas formas de compra, nacional e internacional, verificou-se que há vantagens e desvantagens entre essas duas formas. No entanto, por o HCPA fazer suas aquisições via licitação, não há como decidir entre uma forma ou outra, uma vez que a confirmação da forma de compra é feita pela proposta de compra vencedora. No entanto, o HCPA pode “induzir” a importação direta acrescentando o termo “com possibilidade de importação” no edital de licitação.

De acordo com a urgência, o valor e as características do produto que se pretende adquirir, é definido se haverá ou não possibilidade de importação no edital. Assim, as compras nacionais são utilizadas para produtos em caráter de urgência, com baixo custo ou pouca tecnologia agregada e as compras internacionais são para produtos com alto custo, alta tecnologia e tempo para aguardar a entrega.

Alguns produtos são adquiridos pelas duas formas de compra e assim pode-se comparar as vantagens e desvantagem quando comprado internacionalmente ou nacionalmente. Verificou-se maior vantagem nas compras internacionais, uma vez que as isenções fiscais reduzem significativamente o valor do produto e há potencial aumento da qualidade em produtos importados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 jun. de 1993.

BRASIL. Lei nº 5.604, de 2 de setembro de 1970. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública “Hospital de Clínicas de Porto Alegre” e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 de setembro de 1970.

BRASIL. Lei nº 8.883, de 8 de junho de 1994. Altera dispositivos da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, que regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 de junho de 1994.

BRASIL. Ministério da Educação. Missão, visão e valores. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/14/380/>>. Acesso em: 27 fev. 2015.

BALLOU, Ronald H. Logística empresarial: transportes, administração de materiais e distribuição física. Tradução Hugo T. Y. Yoshizaki. São Paulo: Atlas, 1993.

BAILY, Peter. et al Compras: Princípios e administração. Tradução Ailton Bonfim Brandão. São Paulo: Atlas, 2000.

CAMERON apud GONÇALVES, José Ernesto Lima. Processo, que processo. Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 8-19, out./dez. 2000.

CHIAVENATO, I.; SAPIRO, A. Planejamento Estratégico. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

DRÄGERWERK AG & CO. KGAA. Catálogo de materiais: “The new generation of excellence in Dräger ventilation – Evita XL”. 2010. Disponível em: <<http://pdf.medicaexpo.com/pdf/drager/ventilator-evita-xl-en/68268-65498.html>>. Acesso em: 06 abr 2015

GARCIA, Simone Domingues. Gestão de material médico-hospitalar e o processo de trabalho em um hospital público. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 65, n 2, p. 339-46, mar./abr. 2012.

GONÇALVES, Ernesto Lima. As funções do Hospital Moderno. In: MACHLINE, C. et al. *O Hospital e a Visão Administrativa Contemporânea*. São Paulo: Pioneira, 1983.

GONÇALVES, José Ernesto Lima. As empresas são grandes coleções de processos. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 6-19, jan./mar. 2000a.

GONÇALVES, José Ernesto Lima. Processo, que processo. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 8-19, out./dez. 2000b.

GUIMARÃES, Eliane Marina Palhares; ÉVORA, Yolanda Dora Martinez. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. *Revista Ciência da Informação*, Brasília, v. 33, n. 1, p.72-80, jan./abr.2004.

HAMMER apud GONÇALVES, José Ernesto Lima. Processo, que processo. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 8-19, out./dez. 2000.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (Brasil). *Planejamento de Compras*. Porto Alegre, 2004.

JUNIOR, Walter Cintra Ferreira. *Administração de Materiais para Sistemas Locais de Saúde*. In NETO, Gonzalo Vecina (Coord.). *Textos de apoio em administração*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

KANTER apud GONÇALVES, José Ernesto Lima. Processo, que processo. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 8-19, out./dez. 2000.

LAKATOS, Eva Maria, MARCONI, Marina de Andrade. *Fundamentos de metodologia científica*. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LEVITT apud MONTGOMERY, C. A., PORTER, M. E. *Estratégia: a busca da vantagem competitiva*. Tradução Bazan Tecnologia e Linguística. Rio de Janeiro: Elsevier, 1998.

MALIK, Ana Maria et al. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. *Revista Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 9, n. 1-2, p. 125-47, jan./dez. 2000.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 3, de 7 novembro de 2001. Institui as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Enfermagem. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília (DF), 9 nov. 2001. Seção 1, p. 37.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 4, de 7 novembro de 2001. Institui as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. *Diário Oficial da*

República Federativa do Brasil. Brasília (DF), 9 nov. 2001. Seção 1, p. 38.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 5, de 7 novembro de 2001. Institui as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Nutrição. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF), 9 nov. 2001. Seção 1, p. 39.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Secretaria de Educação Superior. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Prestação de Contas Ordinárias Anual: Relatório de Gestão do Exercício de 2013. Porto Alegre, RS: MEC, 2014. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/263/377/>> . Acesso em: 12 abr 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Conceitos e Definições em Saúde. Brasília, DF: MS, 1977. Disponível em: <<http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>> . Acesso em: 06 abr 2015.

NETO, G. V.; FILHO, W.R. Gestão de Recursos Materiais e de Medicamentos. São Paulo: Fundação Peirópolis Ltda, 1998. Saúde e Cidadania

ODIORNE, G. S. Administração por Objetivos. 1. ed. Rio de Janeiro: Livros técnicos e científicos, 1977. Coleção de administração e gerência.

PERES, Aida Maris; TRENCH, Maria Helena. Gerências e Competências Gerais do Enfermeiro. Revista Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 15, n. 3, p.492-499, jul./set. 2006.

PRADE, S. S. Da Avaliação à informação em Serviços de Saúde: O Método Sistêmico e Multidimensionado de Apoio as Decisões e o Caso do Controle de Infecção Hospitalar. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2004.

RUMMLER, Geary, BRACHE, Alan. Improving performance. San Francisco: Jossey-Bass, 1990. In GONÇALVES, José Ernesto Lima. Processo, que processo. Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 8-19, out./dez. 2000.

SCHLINDWEIN, Nair Fernandes da Costa et al. Modelo de avaliação da maturidade da gestão de suprimentos em organizações hospitalares. In: SIMPÓSIO DE ADMINISTRAÇÃO DA PRODUÇÃO, LOGÍSTICA E OPERAÇÕES INTERNACIONAIS, 16, 2013, São Paulo. Anais... Disponível em: < http://www.simpoi.fgvsp.br/arquivo/2013/artigos/E2013_T00214_PCN28800.pdf> . Acesso em: 05 mar 2015

SANNA, Maria Cristina. Os processos de trabalho em Enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.60, n. 2, p.221-225, mar./abr. 2007.

SOUZA, Daiane Olsson de. Vantagens e desvantagens de compras nacionais e internacionais em um hospital de capacidade extra. Curso de Especialização de Gestão em Saúde (Trabalho de Conclusão de Curso), Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Universidade Aberta do Brasil (UFRGS/UAB). Porto Alegre, 2015.

Impressão:

Evangraf

Rua Waldomiro Schapke, 77 - POA/RS

Fone: (51) 3336.2466 - (51) 3336.0422

E-mail: evangraf.adm@terra.com.br