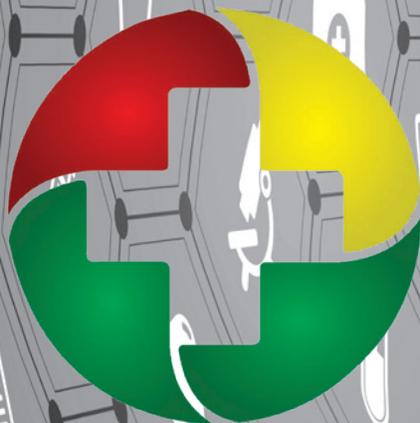


# GESTÃO EM SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL

CASOS, ANÁLISES E PRÁTICAS

(VOLUME 3)



Ronaldo Bordin  
Paulo R. Z. Abdala  
Organizadores



Ronaldo Bordin  
Paulo R. Z. Abdala  
Organizadores

# **GESTÃO EM SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL**

CASOS, ANÁLISES E PRÁTICAS

(VOLUME 3)

© 2020, DOS AUTORES

## **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE GESTÃO EM SAÚDE PNAP/2017-2019**

### **COORDENADOR**

Ronaldo Bordin

### **VICE-COORDENADOR**

Guilherme Dornelas Camara

### **CORPO DOCENTE: DISCIPLINAS**

Aragon Erico Dasso Júnior  
Clézio Saldanha dos Santos  
Diogo Joel Demarco  
Fernando Dias Lopes  
Jacqueline Oliveira Silva  
Maria Ceci Araújo Misoczky  
Paul Douglas Fisher  
Paulo Antônio Barros Oliveira  
Rafael Kunter Flores  
Roger dos Santos Rosa  
Sueli Maria Goulart da Silva

### **CORPO DOCENTE: ORIENTAÇÃO**

Andrea Gonçalves Bandeira  
Aragon Erico Dasso Júnior  
Clézio Saldanha dos Santos  
Cristina Arthmar Mentz Albrecht  
Fernando Dias Lopes  
Guilherme Dornelas Camara  
Jacqueline Oliveira Silva  
Paul Douglas Fisher  
Paulo Antônio Barros Oliveira  
Rafael Kunter Flores  
Roger dos Santos Rosa

### **COORDENADORA DE TUTORIA**

Jaqueline Silinske

### **TUTORES DE DISCIPLINAS**

Ailim Schwambach  
Aline Basso da Silva  
Bruna Hentges  
Giuliano Uhlein Balardin  
Márcio de Almeida Malavolta  
Maria Alice Gabiatti Alessio  
Maria Cristina dos Santos Baumgarten  
Priscila Farfan Barroso

### **TUTORES DE ORIENTAÇÃO A DISTÂNCIA**

Bruno Silva Kauss  
Bruna Campos De Cesaro  
Camila Guaranha  
Juliane Meira Winckler  
Rita de Cassia Nagem

### **ORGANIZADORES**

#### **Ronaldo Bordin**

Docente e pesquisador da Universidade Federal do Rio Grande do Sul no Departamento de Medicina Social e nos Programas de Pós-Graduação em Administração (PPGA), área de Estudos Organizacionais, e Saúde Coletiva, área de Administração e Planejamento em Saúde. Coordenador do Curso de Especialização em Gestão em Saúde (EAD). Doutor em Administração, Mestre em Educação e Graduado em Medicina pela UFRGS. Coordenador do Grupo de Pesquisa de Gestão em Saúde, com seguintes temas de interesse de pesquisa: administração e planejamento em saúde, administração pública, estudos organizacionais, política de saúde, saúde coletiva e epidemiologia de serviços.

#### **Paulo Ricardo Zilio Abdala**

Docente e pesquisador da Universidade Federal do Rio Grande do Sul no Departamento de Ciências Administrativas e no Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA), na área de Estudos Organizacionais. Coordenador do Curso de Especialização em Administração Pública no Século 21 (EAD); Chefe do Departamento de Ciências Administrativas da UFRGS; e avaliador do INEP/MEC. Doutor, Mestre e Bacharel em Administração pela UFRGS e especialista em Comunicação com o Mercado na ESPM-RS. Membro do Grupo de Pesquisa Organização e Práxis Libertadora, com os seguintes temas de interesses de pesquisa: crítica a economia política das organizações e do consumo, pensamento social brasileiro e latino-americano, estudos críticos do desenvolvimento, movimentos sociais e administração pública.

## 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 2015 a terceira edição dos Cursos de Especialização em Gestão Pública e de 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)

A terceira edição do Curso de Especialização de Gestão em Saúde apresentou 1.275 inscritos, dos quais 451 foram selecionados, distribuídos em 11 polos no Rio Grande do Sul (RS), quais sejam: Arroio dos Ratos, Balneário Pinhal, Encantado, Esteio, Imbé, Jacuizinho, Novo Hamburgo, Porto Alegre, Santana do Livramento, Santo Antônio da Patrulha e Vila Flores.

Este livro é composto por versões modificadas de nove trabalhos de conclusão de curso, 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 Organizadores

Executado por



publicato@publicato.com.br  
www.publicato.com.br  
51 3013.1330

VERSÃO DIGITAL

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-65-87636-00-9



**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Gestão em saúde no Rio Grande do Sul [livro eletrônico] : Casos, análise e práticas / organização Ronado Bordin , Paulo R. Z. Abdala. -- 1. ed. -- Porto Alegre, RS : Publicato Editora, 2020.  
-- (Gestão em saúde no Rio Grande do Sul ; v. 3)

1 Mb ; PDF

Bibliografia

ISBN 978-65-87636-00-9

1. Administração dos serviços de saúde 2. Saúde pública - Brasil - Administração 3. Saúde pública - Rio Grande do Sul (RS)  
4. Serviços de saúde - Administração I. Bordin, Ronado. II. Abdala, Paulo R. Z. III. Série.  
20-37113 CDD-362.10680981

**Índices para catálogo sistemático:**

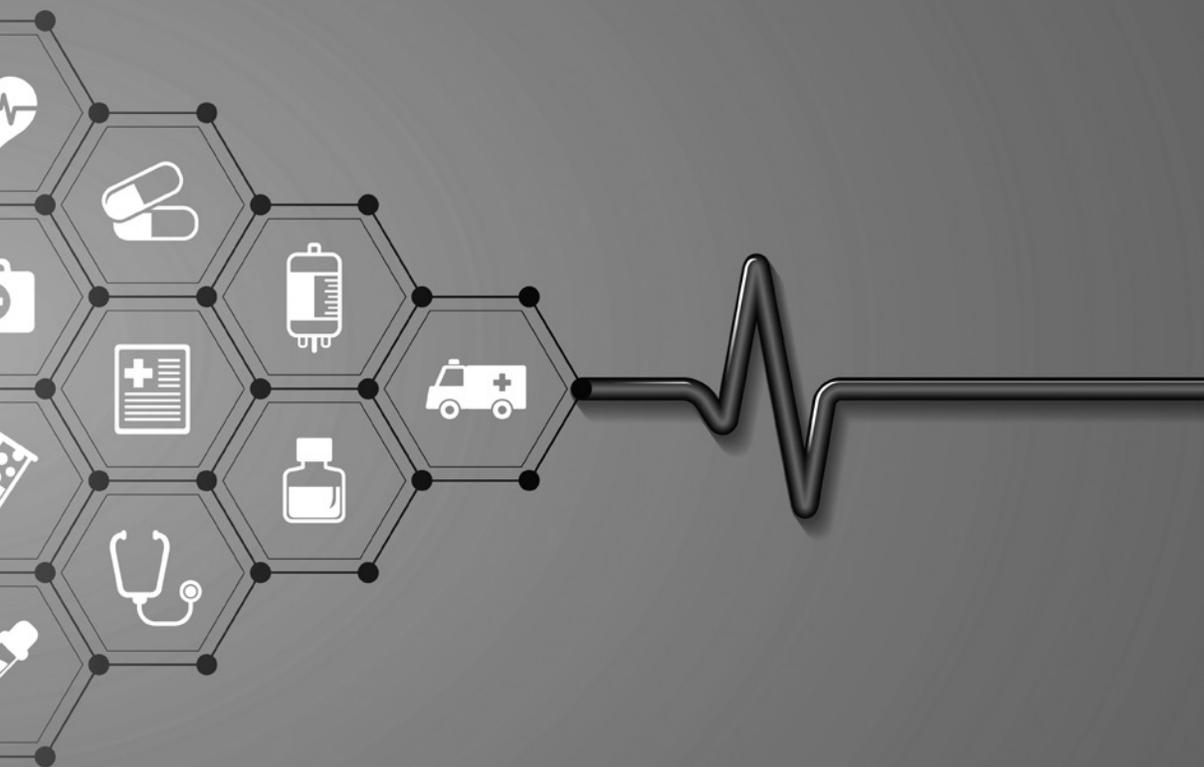
1. Gestão em saúde : Rio Grande do Sul : Estado :  
Bem-estar social 362.10680981  
Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

<b>PARTE I - CASOS, ANÁLISES E PRÁTICAS .....</b>	<b>9</b>
<b>ACESSO UNIVERSAL À SAÚDE: UM COMPARATIVO ENTRE AS CINCO GRANDES REGIÕES BRASILEIRAS .....</b>	<b>11</b>
LETÍCIA PUNTEL, BRUNO KAUSS E CRISTINA ARTHMAR MENTZ ALBRECHT	
<b>O MODELO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA GERENCIAL NA CRIAÇÃO DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH .....</b>	<b>21</b>
THAIS GABRIELE BORELLA SANSONOVE, JULIANE MEIRA WINCKLER E ARAGON ÉRICO DASSO JÚNIOR	
<b>O SISTEMA DE PACTUAÇÃO DE INDICADORES (SISPACTO) E SEU APOIO À GESTÃO EM SAÚDE: UMA ANÁLISE DO MUNICÍPIO DE LINHA NOVA/RS .....</b>	<b>47</b>
NATÁLIA SCHMIDT MÜLLER, BRUNO KAUSS E RAFAEL KRUTER FLORES	
<b>FINANCIAMENTO E GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE EM SETE MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL.....</b>	<b>67</b>
GABRIELE BREMM MACHADO, RITA DE CÁSSIA NUGEM E ROGER DOS SANTOS ROSA	
<b>O FINANCIAMENTO DO SUS NO MUNICÍPIO DE MUÇUM/RS, 2013-2020 .....</b>	<b>91</b>
ARTHUR ZANCHET RIEDI, BRUNA CAMPOS DE CESARO E CLEZIO SALDANHA DOS SANTOS	
<b>PERFIL, FORMAÇÃO E ATUAÇÃO DOS GERENTES DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE CAXIAS DO SUL/RS .....</b>	<b>107</b>
ELIANE LIPRERI, CAMILA GUARANHA E FERNANDO DIAS LOPES	
<b>ANÁLISE DE REPRESENTATIVIDADE E INTERESSES NA COMPOSIÇÃO DE UM CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL...</b>	<b>125</b>
MAITÍCIA FERNANDA NOLL, BRUNO KAUSS E GUILHERME DORNELAS CAMARA	
<b>EQUIPAMENTOS DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DISPONIBILIZADOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA REGIÃO DO VALE DOS SINOS (RS), 2018 .....</b>	<b>141</b>
CRISTIANE MULLER DUARTE, BRUNA CAMPOS DE CESARO E PAULO ANTÔNIO BARROS OLIVEIRA	
<b>ACESSO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PARA A POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE NO ESTADO DE SANTA CATARINA.....</b>	<b>153</b>
REGES ANTONIO DEON, CAMILA GUARANHA E ANDREA GONÇALVES BANDEIRA	
<b>CAPACIDADES ASSISTENCIAIS EM FISIOTERAPIA AMBULATORIAL DO SUS NA 12ª REGIÃO DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL .....</b>	<b>165</b>
RONIERI ARISTEU DOS REIS SCARDOELLI, RITA DE CÁSSIA NUGEM E PAUL DOUGLAS FISHER	
<b>VACINAÇÃO CONTRA A INFLUENZA NA POPULAÇÃO IDOSA: COBERTURA VACINAL X CASOS CONFIRMADOS NO RIO GRANDE DO SUL, 2013 A 2017.....</b>	<b>185</b>
FERNANDA GROSSELLI, BRUNA CAMPOS DE CESARO E JACQUELINE OLIVEIRA SILVA	
<b>PARTE II - RESUMOS DOS TRABALHOS DE CONCLUSÃO DE CURSO .....</b>	<b>195</b>



# PARTE I

## Casos, Análises e Práticas





# ACESSO UNIVERSAL À SAÚDE: UM COMPARATIVO ENTRE AS CINCO GRANDES REGIÕES BRASILEIRAS

LETÍCIA PUNTEL

BRUNO KAUSS

CRISTINA ARTHMAR MENTZ ALBRECHT

## INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde, tanto no que se refere à sua promoção, proteção e recuperação, está diretamente ligado a uma diversa gama de fatores sociopolíticos e econômicos locais e globais (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Para que o cuidado em saúde seja sistemático, continuado e eficaz, a perspectiva do acesso deve ser visualizada como um elemento base na construção/conquista dos direitos sociais fundamentais – saúde, educação, proteção social (VALE, 2012). Sua possibilidade é um divisor de águas entre a inclusão e a exclusão social.

O acesso é entendido por Peiter, Lanzoni e Oliveira (2016) como a recepção do usuário, seu acolhimento e direcionamento às ações de saúde que respondam às suas necessidades. É o momento da escuta, da habilidade do profissional em perceber a demanda e o melhor modo de dar resposta a ela. Essa noção é similar à proposta de Jesus e Assis (2010), que o definem como “porta de entrada”, como o local de acolhimento do usuário no momento de expressão de sua necessidade e, de certa forma, os caminhos percorridos por ele no sistema na busca da resolução dessa necessidade. E para que isso seja possível, a regulação e a gestão de avaliação de risco é que viabilizarão ao usuário esse acesso, respeitando a oferta.

Contudo, o acesso é muito mais abrangente do que a resolução de uma necessidade, de um problema, pois o próprio conceito de saúde ressalta que estar saudável não é puramente estar ausente de doença e, para tanto, concebe ações para prevenir e preservar a saúde e evitar que vulnerabilidades sejam instauradas na vida dos sujeitos.

O acesso está vinculado com a possibilidade de um grupo procurar e conseguir atenção (GIOVANELLA; FLEURY, 1996). Nesse sentido, se requer uma avaliação dos recursos de saúde disponíveis e de sua competência para produzir serviços capazes de atender as demandas. É preciso, também, verificar os limitadores interpostos nessa busca e obtenção pela atenção, originadas nos serviços; e, por último, a capacidade de utilização em que se analisam as características desse grupo que facilitam esse processo de procura.

O acesso implica garantir não somente a entrada do usuário para receber o atendimento, mas, também, a continuidade do tratamento com o recebimento de cuidados complementares – em qualquer nível da atenção, considerando que a desarticulação do cuidado e a dicotomia demandam versus oferta de serviços favorece a intensificação das vulnerabilidades do acesso e tornam todo o sistema ineficiente (ANDERSEN, 1994).

Embora existam alguns consensos teóricos em relação ao conceito de acesso, este tem se modificado historicamente, ganhando abrangência de sentido, pois como tudo na saúde possui influências sociais, sendo produzido e reproduzido pela sociedade (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Diante disso, o conceito pode ser separado em quatro subdivisões quanto à: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação. Além dessas subdivisões, duas faces do acesso são consideradas: uma social, em que este é utilizado como elemento norteador e horizonte a ser objetivado pelos serviços; e outra política, que vincula o termo em análise à descentralização, sendo um fator requerido para facilitar e qualificar o acesso ao que aponta os almejos no discurso popular, a participação, a inclusão, a continuidade e a igualdade no setor da saúde (HORTALE; PEDROZA; ROSA, 2000).

Há que se estabelecer, ainda, o contraponto entre acesso versus acessibilidade, visto que eles aparecem, muitas vezes, como sinônimos (STARFIELD, 2002). São termos considerados complementares em que a acessibilidade é aquilo que possibilita ao usuário chegar ao serviço, local, estrutura de saúde e o acesso é o modo como o usuário vivencia as peculiaridades do serviço de saúde que o atende.

Essa duplicidade de uso de ambos os termos é encontrada na literatura (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Em certas obras se utiliza o termo acessibilidade, como caráter ou qualidade do que é acessível; noutras existe a

preferência por utilizar o substantivo acesso, como ato de ingressar, entrada e, ainda as duas palavras com a função de elucidar o nível de liberdade e possibilidade de os pacientes buscarem e/ou receberem atendimento em saúde.

Embora haja discordâncias, predomina a ideia que relaciona a categoria acesso ao uso de serviços. No entanto, não é pertinente reduzi-la a essa noção, pois outros aspectos conjunturais e particulares preexistentes influenciam a utilização. O acesso pode ser considerado a porta de entrada (em relação ao uso), o meio pelo qual é permitido que os pacientes recebam cuidados e, também, pode ser traduzido em resultados na saúde, por meio do cuidado ofertado.

O objetivo deste estudo, portanto, é descrever o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) nas grandes regiões brasileiras, no período de 2005 a 2015, em especial: a) os dados sobre os indicadores de acesso à Atenção Básica: percentuais de: profissionais da saúde especializados, de cobertura pela atenção primária e Equipe de Saúde da Família (ESF) e de cobertura vacinal, cobertura por exame de Papanicolau e mamografia; e, b) os dados sobre os indicadores de acesso aos serviços de saúde de Média e Alta Complexidade: acesso para remoção de catarata, angioplastia e artroplastia de quadril.

## **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Neste estudo foram utilizados dados secundários, obtidos de sistemas de informações de acesso público, respeitando um elenco selecionado de indicadores de acesso (Quadro 1).

**Quadro 1 - Indicadores de acesso e fonte dos dados**

<b>Indicadores de Acesso</b>	<b>Fonte dos dados</b>
Percentual de profissionais da saúde especializados - médico p/1.000 hab.	<a href="http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/e01.def">http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/e01.def</a> <a href="https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/ams/2009/default_zip_brasil.shtm">https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/ams/2009/default_zip_brasil.shtm</a>
Consulta médica nos últimos 12 meses	<a href="https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=res1">https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=res1</a> <a href="http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#cober">http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#cober</a>
Atenção Básica	<a href="https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013_vol2/default_xls.shtm">https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013_vol2/default_xls.shtm</a> <a href="https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=res1">https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=res1</a>
Imunização contra influenza em idosos	<a href="https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&amp;t=resultados">https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&amp;t=resultados</a> <a href="https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=res1">https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=res1</a>
Cobertura por exame de Papanicolau	<a href="https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&amp;t=resultados">https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&amp;t=resultados</a> <a href="https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=res1">https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=res1</a>
Acesso de idosos para implante de prótese de quadril	<a href="https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=res1">https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=res1</a>
Acesso para remoção de catarata	<a href="https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=res1">https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=res1</a> <a href="https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&amp;t=resultados">https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&amp;t=resultados</a>
Acesso à angioplastia	<a href="https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=res1">https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=res1</a> <a href="https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=res1">https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=res1</a>
Acesso à mamografia	<a href="https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=res1">https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=res1</a> <a href="https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&amp;t=resultados">https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&amp;t=resultados</a>

Fonte: Elaborado pela autora

A base de busca dos dados foram os indicadores do Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (Proadess), da Pesquisa de Assistência Médico Sanitária e três destes indicadores: Atenção Básica, Cobertura por exame de Papanicolau e Acesso à mamografia do Sistema de registro de dados referentes às Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores do Pacto pela Saúde (Sispacto). Todos estes indicadores foram, em um segundo momento, sistematizados segundo as cinco regiões brasileiras, atendo-se ao período de 2005-2015, quando disponível neste nível de agregação.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na Tabela 1 encontra-se uma série de indicadores de acesso, sistematizados por Região Geográfica brasileira, no último ano de dados disponíveis quando da redação deste estudo. Pode-se observar que as regiões Norte e Nordeste apresentaram a pior relação de profissionais médicos/habitantes, o menor percentual de consultas médicas no ano imediatamente anterior, o menor percentual de mulheres de 25 a 64 anos que fizeram Papanicolau nos últimos 3 anos e de mulheres de 50 a 69 anos que fizeram mamografia nos últimos 2 anos. Em todos estes indicadores, suplantadas pelas regiões Sudeste e Sul, com larga margem de vantagem.

**Tabela 1 - Indicadores de acesso aos serviços de saúde, por região brasileira, em anos selecionados.**

Indicador	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
Nº médicos/ mil habitantes (2010)	0,9	1,09	2,51	2,06	1,76	1,86
% população consultou médico últimos 12 meses (2013)	61,4	66,3	75,8	73,8	69,5	71,2
% variação das estimativas de domicílios que efetivamente recebem atendimento na Atenção Básica (2013)	2,9	2,3	5,1	5,2	3,9	1,6
% pessoas moradoras em domicílios cadastrados em unidade de Saúde da Família (2013)	53,5	68,1	48,3	58,4	54,5	56,2
% domicílios cadastrados em unidade de saúde da família há um ano ou mais e que nunca receberam visita de ACS ou membro da ESF (2013)	8,8	4,7	5,5	6,2	8,4	3,2
% população de 60 anos ou mais vacinada contra gripe (2015)	85,6	79,5	74,2	77,7	81,1	77,7
% mulheres de 25 a 64 anos que fizeram Papanicolau nos últimos 3 anos (2013)	66,7	65,8	73,6	73,1	70,9	70,8
% mulheres de 50 a 69 anos que fizeram mamografia nos últimos 2 anos (2013)	38,7	47,9	67,9	64,5	55,6	60,0
Taxa bruta de cirurgias de catarata por 100 mil habitantes com 40 anos ou mais anos de idade (2015)	653,9	689,6	615,3	627,6	763,3	648,5
Taxa de angioplastia por 100 mil habitantes com 20 anos ou mais (2015)	23,1	32,5	48,4	86,2	51,7	49,5

Fonte: Proadess, PNAD, PNS (2014), SIH-SUS, SIA (2017)

Foram computadas inúmeras disparidades nos indicadores de acesso que ganham materialidade na medida em que causam reflexos na vida das pessoas. O acesso não é relacionado à simples oferta de determinado serviço, mas na capacidade da população ser usuária de fato, conseguir ir e vir no sistema, utilizar este atendimento e/ou poder ser acessada pelas equipes (JESUS; ASSIS, 2010). Implementar o cuidado em saúde implica criar condições para que o público-alvo possa transpor atravessamentos para usufruir dos serviços em saúde.

Considerado o ano de 2013, relativo à inclusão do indivíduo/domicílio nos cuidados primários em saúde, os melhores coeficientes foram localizados nas regiões Nordeste e Sul e os menores coeficientes de cadastramento foram obtidos no Norte e Sudeste. Ao se observar o cenário em que domicílios recebem o atendimento domiciliar, após o referenciamento junto aos equipamentos e/ou equipes, Nordeste e Centro-Oeste têm os coeficientes mais baixos; do lado oposto estão Sul e Sudeste. Vale ressaltar que, apesar de Nordeste cadastrar um número de domicílios acima das demais regiões, encontra dificuldades em garantir o atendimento pós-referenciamento. Discute-se, a partir disso, que os insucessos ou êxitos de uma equipe, de um programa ou serviço sempre trazem consequências a um sistema interdisciplinar e interconectado como o SUS, inerente ao nível de complexidade a que se refere (CAMPOS, 2003).

A população idosa costuma ser exemplo do produto da sinergia dos atores em saúde no país. Ao se debruçar sobre o setor de imunizações, mais especificamente à vacinação contra influenza em idosos, encontram-se inconstâncias notáveis. No entanto, Centro-Oeste e Norte revelam os mais altos percentuais de vacinação, enquanto o Sudeste ocupa a última colocação. Ainda sobre a população idosa, foi comparada também a taxa bruta de artroplastia de quadril, onde a região Sul está à frente das demais regiões e a região Norte apresenta o menor índice.

Quando o usuário não tem acesso ao cuidado em saúde necessário, principalmente ao que está ligado à promoção e prevenção da saúde e seu bem-estar, atrelado a fatores particulares, sociais, culturais, econômicos (TRAVASSOS; MARTINS, 2004), normalmente também à Atenção Primária, os agravos necessitam de atendimento nos demais níveis de complexidade. Isso irá requerer equipamentos diagnósticos de alta tecnologia (mamógrafos, tomógrafos, ultrassom com doppler colorido, Raio X para densitometria óssea).

Nesse aspecto, a região Norte, em especial, se encontra em situação de maior desfavorecimento quando confrontado com outras regiões, mas o desequilíbrio na distribuição desses equipamentos de alta tecnologia pode ser constatado em todo o território nacional. Na maioria das vezes, não obedecendo sequer à devida proporcionalidade exigida pela densidade demográfica ou os aspectos epidemiológicos e sanitários da população daquele território.

Sobre o índice de estabelecimentos de saúde, este “acompanha” a população conforme as regiões mais populosas, as quais possuem maior número destes espaços, sejam estes ambulatoriais, de média ou alta complexidade. A exceção da região Norte que ocupou a última colocação, atrás do Centro-Oeste que detém a menor densidade demográfica.

A existência desses estabelecimentos de saúde e equipamentos na rede do SUS (e em operação) acaba por influenciar outros indicadores. No que diz respeito à saúde da mulher, apura-se que, com base em dados obtidos por meio da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) e Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), houve redução no percentual de mulheres que tenham feito o exame Papanicolau em relação ao primeiro período visualizado.

Quanto à mamografia, a região Sudeste é detentora do melhor percentual de realizações deste exame, seguida pela região Sul. A região Norte aparece com desempenho mais baixo. Seu percentual de atendimento é pouco mais da metade do realizado na região Sudeste.

Concernente aos procedimentos cirúrgicos, as melhores taxas de realização de cirurgia de catarata são encontradas nas regiões Centro-Oeste, Nordeste e Sudeste. Já as taxas de angioplastia sofreram aumento progressivo no período observado, com ressalvas para a região Sul e Sudeste que apresentaram uma redução, no último ano da coleta de dados.

A partir dos dados analisados, discute-se que ainda perduram imensas desigualdades no acesso à saúde entre as regiões brasileiras. As regiões Sudeste e Sul tem apresentado melhores indicadores nos dados aferidos, comparativamente em relação às regiões Norte e Nordeste. Sinaliza-se que, de modo geral, é preciso garantir um acesso universal e equânime em todas as regiões brasileiras, tal qual preconizado na legislação do Brasil.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao descrever o acesso ao SUS nas grandes regiões brasileiras, foram observadas grandes disparidades que indicam a necessidade de reflexão sobre a promoção de outros princípios que orientam o sistema, como a igualdade, a universalidade e a equidade. Percebe-se que assegurar que o cidadão chegue até as ações e aos serviços de saúde é um desafio que vai além da garantia do direito à saúde.

É imperativo para a construção do acesso universal em saúde que os resultados de pesquisas como esta sejam publicizados e que trabalhadores, usuários e, principalmente gestores tenham a possibilidade de fazer uso desses dados para orientar a prática cotidiana do cuidado em saúde (auto ou hetero), o planejamento, a avaliação das ações desta política pública.

Conhecer as diferenças entre as regiões, respeitando a pluralidade de existências, mas igualmente percebendo gargalos e fragilidades de cada uma permite traçar estratégias de enfrentamento e superação desses obstáculos e mais, possibilita um horizonte mais equânime para a saúde brasileira, em que se construam melhorias para todas as regiões do Brasil, com a garantia de acesso universal e com equidade.

## REFERÊNCIAS

ANDERSEN, Ronald M. Revisitando o Modelo Comportamental e Acesso à Assistência Médica: Isso importa? *Revista de Saúde e Comportamento Social*, 36(1): 1-10, 1995.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(2): 569-584, 2003.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. PROADESS - Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org). *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p. 177-198.

HORTALE, Virginia Alonso; PEDROZA, Manoela; ROSA, Maria Luiza Garcia. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. *Cad. Saúde Pública*, 16(1): 231-239, 2000.

JESUS, Washington Luiz Abreu de; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(1): 161-70, 2010.

PEITER, Caroline Cechine; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. *Saúde Debate*, 40(111): 63-73, 2016.

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. Conceitos de acesso à saúde. *Revista Panamerica Salud Publica*, 31(3): 260-8, 2012.

STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília. UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, 20(s2): S190-S198, 2004.

VALE, Luís António Malheiro Meneses de. Sobre o sentido jurídico do acesso aos bens sociais fundamentais: a 'jurisprudência doutrinal' da ONU em matéria de saúde. *E-cadernos CES [Online]*, 15 | 2012. Disponível em: <<https://journals.openedition.org/eces/971>>.



# O MODELO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA GERENCIAL NA CRIAÇÃO DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH

THAIS GABRIELE BORELLA SANSONOVE

JULIANE MEIRA WINCKLER

ARAGON ÉRICO DASSO JÚNIOR

## INTRODUÇÃO

A saúde é um dos elementos que estão dispostos na Declaração Universal de Direitos Humanos (ONU, 1948) sob responsabilidade da Organização das Nações Unidas, mas o cuidado com a saúde surgiu milhares de anos antes, exercido pelas próprias famílias e comunidades, bem como pelos hospitais. Entre estes hospitais, encontram-se os Hospitais Universitários (HUs) ou hospitais de ensino (KUSCHNIR; CHORNY; LIRA; 2010).

Ao longo do tempo, o campo da saúde ganhou mais visibilidade, e na Constituição Federal de 1988 foi incorporada no rol de direitos fundamentais sociais elencados como dever do Estado. Diante da efetivação da saúde como direito e fruto de uma demanda coletiva, a saúde foi regularizada através da Lei nº 8.080, de setembro de 1990, constituindo-se o Sistema Único de Saúde (SUS). Este foi criado visando ao Estado garantir e prover a saúde para os cidadãos formulando e executando políticas econômicas e sociais, e garantindo o acesso universal e igualitário.

Logo após a criação do SUS, há a inserção de outro modelo de Administração Pública no país. Essa ligação se faz importante na medida em que um direito social só se efetiva com a prestação de um serviço público, e a Administração Pública é decisiva nesse processo. Essa nova Administração Pública ficou conhecida através do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), aprovado no então Governo de Fernando Henrique Cardoso e impulsionado pelo ex-ministro Bresser Pereira. Através da denominada Reforma Gerencial, houve diversas privatizações de empresas públicas, terceirizações de serviços públicos que passaram a

ser prestados pelo setor privado, além de concessões, permissões e autorizações que também possuem a mesma essência das demais.

Apesar dessa mudança, as prestações de serviços gratuitos de saúde permaneceram em função de estar garantido como um direito fundamental pela Carta Magna do país. O SUS, segundo a Lei nº 8.080/1990, então, configura-se em um conjunto de ações e serviços que são oferecidos por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais atendendo a demanda advinda da Constituição Federal. Dentro desses prestadores de serviços de saúde estão os Hospitais Universitários Federais (HUFs), nos quais cabem formar recursos humanos e desenvolver tecnologia voltada para a saúde da população, buscando sempre a melhoria de padrões de eficiência dentro do SUS. Estes HUFs são vinculados às faculdades de medicina e, por sua finalidade se tratar, em especial, de tratamentos com alta tecnologia, além de voltados para o ensino e a pesquisa, se depararam com uma equação de gastos insuficientes levando em consideração seus altos custos, culminando, assim, em uma crise entre os HUFs.

Diante dessa situação, no governo de Luiz Inácio Lula da Silva, foi implementado o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) através do Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Esse programa foi constituído com o intuito de financiar, de forma compartilhada entre as áreas da educação e da saúde, a reestruturação e a revitalização dos Hospitais Universitários Federais que integram o SUS (BRASIL, Decreto nº 7.082/2010, art. 1º), a fim de oferecer condições materiais e institucionais que tangem ao ensino, à pesquisa, à extensão e à prestação da assistência à saúde (BRASIL, Decreto nº 7.082/2010, art. 2º).

Logo após, seguindo a mesma lógica do REHUF e como mais uma vertente do modelo de Estado que estava se construindo, deu-se início à constituição da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEERH), onde teve conturbados fatores que ocorrem antes da sua lei de criação. Sucederam-se alguns fatos que corroboraram para discussões dentro das universidades, dos sindicatos, dos conselhos de saúde, entre outros, tendo em vista os apontamentos que foram feitos primeiramente na Medida Provisória nº 520, de 31 de dezembro de 2010, e, posteriormente no Projeto de Lei nº 1.749/2011. Entre as principais pautas dessas discussões encontram-se a perda de autonomia administrativa das universidades diante de seus hospitais; a possibilidade de haver privatizações dos

HUFs, já que estes passariam a ser geridos por uma figura empresarial; e a coerção realizada pelo Governo Federal para que os HUFs confirmassem adesão à EBSEERH, posto que esta seja facultativa aos mesmos.

Apesar de conturbados os acontecimentos, a criação da EBSEERH se deu através da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, possuindo personalidade jurídica de direito privado e vinculada ao Ministério da Educação. Esta possui a finalidade de prestar serviços de forma gratuita de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à sociedade, além da prestação de serviços às instituições públicas federais de ensino quanto ao próprio ensino, à pesquisa e à extensão, considerando a autonomia universitária (BRASIL, Lei nº 12.550/2011, art. 3º).

A partir do capitalismo contemporâneo conhecido pela população brasileira ao longo dos anos que precederam a instituição da EBSEERH, por meio da Administração Pública Gerencial que foi se consolidando ao longo dos anos que sucederam a criação do SUS, é que está embasada a referida discussão da adesão dos Hospitais Universitários Federais a essa empresa, uma vez que esta passaria a administrar os HUFs.

Assim, entende-se que a Administração Pública exercida no país possui importante significado quando se deu a criação da EBSEERH. Diante do exposto, busca-se responder o seguinte questionamento: de que forma o gerencialismo impacta na criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares contrapondo a lógica do Sistema Único de Saúde?

Além disso, justifica-se a temática visto que os serviços relacionados à saúde, prestados pelos hospitais universitários sob a gestão da EBSEERH, devem ser de forma gratuita, conforme legislação de criação desta empresa, bem como o previsto pelo SUS. Entretanto, há um contraponto referente à exploração de atividade econômica da mesma, uma vez que seu objeto econômico é justamente a saúde. Nesse sentido, Andreazzi (2013, p. 276) expõe que essa transformação de hospital público para empresa ocasiona uma mudança na organização de sua operação, haja vista esta tendência à busca de um retorno financeiro crescente, “seja por meio de busca mais agressiva ao mercado como fonte de financiamento, seja com controles mais rigorosos de custos operacionais”, e isso é comprovado mediante o art. 8º, da Lei nº 12.550/2011, no qual se constitui como uma fonte de recursos justamente a “prestação de serviços compreendidos em seu objeto”.

## EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH

Os hospitais surgiram em meados do século IV, quando foram reconhecidos como instituição cuidadora dos enfermos. Contudo, os hospitais passaram por mudanças organizacionais e conceituais. Uma delas foi a obrigatoriedade de haver um vínculo destes às escolas médicas através do relatório Flexner, de 1910, elaborado por Abraham Flexner. Aqui, surgem os chamados hospitais de ensino ou Hospitais Universitários (HUs) – quando vinculados a uma universidade (ARAÚJO; LETA, 2014).

No Brasil, o primeiro hospital-escola foi o Hospital São Vicente de Paulo, em Belo Horizonte, Minas Gerais, fundado em 1928. Então, a partir da segunda metade do século XX, diversos outros hospitais-escola foram criados e vinculados às universidades. Dessa forma, tem-se que os Hospitais Universitários são:

Centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologias para a área da saúde que prestam serviços à população, elaboram protocolos técnicos para diversas patologias e oferecem programas de educação continuada, que permitem atualização técnica dos profissionais do sistema de saúde. (ARAÚJO; LETA, 2014, p. 1262)

Segundo o sítio eletrônico da EBSERH, em 2019 havia 50 Hospitais Universitários Federais no Brasil, vinculados a 35 universidades federais. Contudo, a situação financeira – agravada pela redução de repasse de verbas do MEC –, bem como o número elevado de greves de servidores e docentes, trouxeram uma crise significativa para os HUFs (SOUZA, 2016). É a partir desse cenário que foi criado o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), instituído através do Decreto nº 7.082/2010, no período do governo Lula. O programa tinha como finalidade regular o financiamento compartilhado dos HUFs entre as áreas de educação e saúde, bem como o regime de pactuação global entre esses, além disso, destinava-se à reestruturação e à revitalização desses HUFs (BRASIL, Decreto nº 7.082/2010).

As diretrizes que orientam o REHUF são:

- I - instituição de mecanismos adequados de financiamento, compartilhados entre as áreas da educação e da saúde;
- II-melhoria dos processos de gestão;
- III-adequação da estrutura física;
- IV-recuperação e modernização do parque tecnológico;
- V-reestruturação do quadro de recursos humanos dos Hospitais Universitários Federais; e
- VI-aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde, com base em avaliação permanente e incorporação de novas tecnologias em saúde. (BRASIL, Decreto nº 7.082/2010, art. 3º)

Os recursos destinados à reestruturação e à revitalização dos Hospitais Universitários Federais são distribuídos mediante acompanhamento dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde, bem como a partir de um estreitamento de relação entre estes e o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), além dos demais gestores do SUS. Contudo, apesar das fontes de financiamento e gestão, havia falta de recursos humanos, o que gerou a contratação de terceirizados por parte das universidades através de fundações de apoio (GOMES, 2016).

É nesse cenário que a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH) surge também oriunda das medidas tomadas pelo Governo Federal em prol da reestruturação dos HUFs. Segundo Gomes (2016), ela foi criada com o intuito de ser responsável e modernizar a gestão desses Hospitais Universitários, bem como preservar e reforçar o papel estratégico dos mesmos.

O trajeto percorrido para a criação da EBSEH é um tanto conturbado. Primeiro, foi encaminhada ao Congresso e aprovada a Medida Provisória nº 520, com data de 31 de dezembro de 2010, um dos últimos atos do governo de Lula, na qual criava a EBSEH sob a forma de sociedade anônima com capital social representado por ações ordinárias nominativas, integralizado sob propriedade da União. Esta MP foi resultado da determinação do Acórdão nº 1.520/2006 do Tribunal de Contas da União, na qual solicitava a regularização da força de trabalho dos hospitais universitários.

Houve intensa mobilização universitária e a MP nº 520 não foi aprovada em função de decurso de prazo, passando somente pelo Senado Federal.

Entretanto, em julho de 2011, foi editado o Projeto de Lei nº 1.749, solicitando a criação da EBSEH. Através da Exposição de Motivos Interministerial nº 00127/2011/MP/MEC, os então Ministros do MPOG e da Educação justificaram o PL como uma nova modelagem jurídico-institucional diante das atividades e dos serviços públicos de responsabilidade dos Hospitais Universitários Federais propondo “um modelo de gestão mais ágil, eficiente e compatível com as competências executivas desses hospitais” (EM Interministerial nº 00127/2011/MP/MEC, 2). Os ministros também argumentam que:

A dupla finalidade pública - de assistência direta à população e de apoio ao ensino e à pesquisa das universidades - os diferenciam dos demais hospitais públicos e concede maior complexidade à sua gestão, que exige um nível de agilidade, flexibilidade e dinamismo incompatíveis com as limitações impostas pelo regime jurídico de direito público próprio da administração direta e das autarquias, especialmente no que se refere à contratação e à gestão da força de trabalho. (EM Interministerial nº 00127/2011/MP/MEC, 4)

Após a análise do Projeto de Lei, diante de alguns vetos, resultou na Lei nº 12.550/2011, que prevê a EBSEH como uma empresa pública unipessoal, pessoa jurídica de direito privado, com patrimônio próprio e capital exclusivo da União. Ainda, há previsão do respeito ao princípio da autonomia universitária, que não constava na MP. A EBSEH pertence à administração indireta e está vinculada ao Ministério da Educação com autonomia administrativa e financeira, assim como os hospitais que serviram como referência para a forma de organização da mesma.

Após a autorização por lei, foi submetida uma Ação Direta de Inconstitucionalidade em 2013, pelo então procurador-geral da República, Roberto Gurgel, no Supremo Tribunal Federal (STF), com pedido de medida cautelar contra a EBSEH, tendo em vista que a Lei nº 12.550/2011 viola, segundo a ADI nº 4.895/2013, os artigos 37, II e XIX; 39;173, §1º; 198 e 207 da Constituição Federal de 1988. Esta ADI justifica que não há lei complementar federal que defina as áreas de atuação das empresas

públicas, bem como por ser prestadora de serviço público de assistência à saúde pertencendo ao Sistema Único de Saúde, sendo esteo dever do Poder Público, então a empresa deveria possuir natureza jurídica de direito público, culminando também em problemas quanto às previsões de contratação de servidores através da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e de contratos temporários. Contudo, não há nenhuma definição quanto a essa ADI no momento de redação deste texto.

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares foi constituída através de sua lei de criação, Lei nº 12.550/2011, como uma empresa pública de direito privado. A Lei nº 13.303/2016, que dispõe sobre o estatuto jurídico das empresas públicas, bem como da sociedade de economia mista e suas subsidiárias, em seu artigo 3º conceitua a empresa pública como sendo uma entidade de personalidade jurídica de direito privado, dependendo somente de autorização pela legislação, e de capital social integralmente detido pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Segundo Carvalho Filho (2017), a personalidade jurídica de direito privado das empresas públicas foi inspirada pelo Estado tendo em vista que os órgãos estatais possuem diversos controles causando lentidão nas atividades, já o direito privado possui maior versatilidade para as atividades econômicas.

Ademais, tem-se que o objeto das empresas públicas reside na exploração de atividade econômica (BRASIL, Decreto-lei nº 200/1967, art. 5º, II). A Constituição Federal de 1988 também cita a exploração de atividade econômica, mas caracteriza como sendo de “produção ou comercialização de bens ou de prestação de serviços” (BRASIL, CF/1988, art. 173, § 1º). Por haver críticas a essas finalidades, a doutrina descreve que o Estado também pode autorizar essas empresas para a prestação de serviços públicos, porém, a legislação não aponta claramente essa hipótese (CARVALHO FILHO, 2017).

Cabe salientar os motivos expostos pelos ex-ministros que enviaram a EM Interministerial nº 00127/2011/MP/MEC com a escolha da natureza jurídica da EBSERH, justificando que o formato de empresa pública possibilita, segundo eles, um modelo de gestão administrativa, orçamentária e financeira com instrumentos mais eficazes e transparentes. Além disso, esse formato jurídico tem o intuito de buscar o resgate da autonomia das universidades federais, pois os ex-ministros justificam que

há prejuízo causado pela insegurança jurídica diante de “intervenções recorrentes de órgãos de controle externo” (BRASIL, EM Interministerial nº 00127/2011/MP/MEC, 10).

Contudo, percebe-se que o formato jurídico escolhido para a EBSERH se afasta da lógica do SUS, uma vez que se aproxima da lógica do setor privado, como justificado na ADI nº 4.895/2013, onde se argumenta que não poderia se enquadrar em uma natureza jurídica diferente da pública, haja vista causar violação ao artigo 37 da Constituição Federal de 1988. Além disso, diante da separação de setores apresentada no PDRAE, a gerência da saúde saiu das atividades exclusivas, na qual era mantida pelas Universidades Federais, ou seja, as autarquias, e passou a ser gerida, nesse caso, por uma empresa pública, na qual se encontra no setor de produção de bens e serviços para o mercado. Há uma discussão sobre pertencer de fato a esse setor, uma vez que o próprio Plano Diretor possui a previsão de que a saúde seria prestada pelo setor de atividades não exclusivas, porém, quando comparados o conceito de empresa pública e a descrição do setor de produção de bens e serviços para o mercado, percebe-se o real enquadramento da EBSERH.

A EBSERH abarca duas áreas complexas, consideradas desafios dentro do país: a educação e a saúde. Para atender essa demanda, suas competências estão definidas através da sua lei de criação, Lei nº 12.550/2011, em seu artigo 4º. No inciso I, está prevista a gestão das unidades hospitalares, além da previsão da prestação de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico para a comunidade amparada pelo Sistema Único de Saúde.

O inciso II diz respeito às instituições federais de ensino superior e as que prestam “serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública” (BRASIL, Lei nº 12.550/2011, art. 4º, II).

Outra competência constante na legislação é a de cooperação no campo de ensino e pesquisa para a saúde pública em regiões estratégicas para o SUS, bem como apoio às pesquisas básicas e clínicas.

Além destas, o inciso V descreve o apoio na gestão dos hospitais universitários e instituições congêneres com gestão única através de geração de indicadores quantitativos e qualitativos com o intuito de estabelecer metas.

Para que essas finalidades sejam realizadas, a EBSEERH deve planejar, implantar, coordenar, monitorar, avaliar e criar condições para que a auto-administração melhore continuamente e, conseqüentemente, a prestação de serviços de atenção à saúde, bem como o ensino dentro dos hospitais universitários (EBSEERH, Regimento Interno, art. 2º).

Essas competências descritas visam qualificar a assistência à saúde que era de gestão das Instituições Federais de Ensino Superior e, então, buscar a reestruturação física e tecnológica dos Hospitais Universitários Federais.

A Lei de criação da EBSEERH trouxe a empresa como sendo *pública de direito privado*, ao passo que isso desdobra em contratar recursos humanos sob o regime regido pela Consolidação das Leis de Trabalho, ou seja, através de contrato trabalhista, enquanto os recursos humanos que já trabalhavam nos hospitais universitários foram contratados através do regime estatutário, disposto na Lei nº 8.112/1990. Existem vantagens e desvantagens entre esses dois regimes.

A EM Interministerial nº 00127/2011/MP/MEC previa que um dos motivos para essa escolha era evitar a descontinuidade do serviço e, assim, contratar de forma temporária funcionários celetistas através de análise de Curriculum Vitae. Além disso, apesar da forma de contratação emergencial prevista, a EBSEERH deve contratar através de concurso público sob regime celetista o que os ex-ministros relatam ser de suma importância para o projeto que se propôs, na qual se previa autonomia e flexibilidade na prestação dos serviços hospitalares desempenhados por essa.

A Lei nº 12.550/2011, em seu artigo 7º, dispõe que os servidores titulares de cargo efetivo em exercício na instituição federal de ensino ou congênere poderão ser cedidos para a EBSEERH para realizar atividades de assistência à saúde, bem como administrativas, mantendo as equipes que já atuavam nessas instituições, conforme consta na exposição de motivos. Contudo, manter as equipes das instituições federais somando-se aos novos contratados da empresa causa o encontro de dois regimes trabalhistas dentro de um mesmo local de trabalho e realizando as mesmas tarefas.

Essa questão foi uma das que embasaram a Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4.895/2013, onde o então Procurador-Geral Roberto Gurgel argumenta que há um contraponto no que se refere a ADI nº 2.135, na qual tornou sem eficácia o art. 39 da Constituição Federal, onde foi

alterada sua redação anteriormente pela EC nº 19/1998, autorizando o fim do regime jurídico único na administração direta, autárquica e fundacional, permitindo que houvesse contratações pelo regime da CLT. Ou seja, sendo a ADI deferida pelo Supremo Tribunal Federal, voltou a vigorar o regime jurídico único, violando, então, a Carta Magna.

Os recursos financeiros disponíveis para a EBSEH estão regulamentados no artigo 8º da Lei nº 12.550/2011. Segundo a EM Interministerial nº 00127/2011/MP/MEC, o formato escolhido, o de empresa pública, facilita o controle de gastos proporcionando uma melhor gestão orçamentária e financeira.

Os recursos são oriundos de dotações do orçamento da União; de receitas decorrentes oriundas da prestação de serviços de saúde pública, uma vez que seu objeto se baseia nisso; proveniente de bens e direitos alienados, bem como de direitos patrimoniais; origina-se também de acordos e convênios que são autorizados a realizar com outras entidades. A EBSEH pode receber doações e outros recursos de pessoas físicas e jurídicas, além de rendas originárias de outras fontes (BRASIL, Lei nº 12.550/2011, art. 8º).

Como já descrito anteriormente, a partir da forma de instituição escolhida para a empresa, esta pode gerar lucro independente do seu objeto social, e está previsto em sua legislação que o mesmo será reinvestido em sua área de atuação, exceto parcelas reservadas para contingência e reserva legal (BRASIL, Lei nº 12.550/2011, art. 8º, parágrafo único).

Cabe salientar que a EBSEH, sendo uma empresa pública e tendo capacidade de gerar lucro, atua para prestar serviços públicos de saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde, na qual possui uma de suas características versadas na gratuidade, com recursos 100% públicos, contrapondo uma das previsões legislativas que influenciam na gestão financeira e orçamentária proposta pela lei de criação.

Não aderiram à gestão da EBSEH a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a Universidade Federal de São Paulo e a Universidade Federal do Rio de Janeiro (com 8 hospitais), ou seja: 10 HUFs que não firmaram contrato com a empresa (BRANDÃO, 2013, p. 57 a 59).

## UMA EMPRESA PÚBLICA COMO GESTORA DA SAÚDE

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares possui características incrustadas em sua forma organizacional e jurídica que são advindas da reforma gerencial disseminadas globalmente e adotadas no Brasil desde o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. O gerencialismo adotado como forma de gestão no país contaminou legislações, empresas, administrações que se curvaram aos seus ideais.

Essas características são visíveis principalmente em sua estruturação jurídica e organizacional, uma vez que foram criadas com o intuito de serem mais “eficientes” no seu dia a dia. Para isso, os ex-ministros optaram por justificar a escolha de a EBSEH ser uma empresa pública de direito privado na exposição de motivos que fundamentam a legislação da mesma, visando a sua forma mais flexível na hora da gestão. Aqui, se encontra a justificativa para a contratação de servidores temporários, bem como para funcionários regidos pela CLT, ignorando o fato de se ter, então, na prática, dois regimes jurídicos para trabalhadores que desempenham a mesma função dentro de um mesmo ambiente, demonstrando que a flexibilidade extrapola o limite da Constituição Federal.

Essa flexibilidade vai além, e também é justificada em função da dita “insegurança jurídica” causada através de realização de controles externos à empresa. Contudo, isso diz respeito ao trabalho exercido pelo Tribunal de Contas da União, por exemplo, órgão que avalia e controla outras instituições conforme previsto na Constituição Federal de 1988. Ressalta-se, então, que o controle externo é algo constitucionalmente previsto. Observa-se que a procura da flexibilidade com o intuito de alcançar a eficiência, a eficácia e a efetividade, propostas pela Reforma Gerencial, interfere de modo significativo na constituição da empresa que foi criada para recuperar e restaurar os Hospitais Universitários Federais. Por se tratar de hospitais que são voltados para o ensino e a pesquisa na área da saúde, e realizar tratamentos com alta tecnologia, além de procedimentos de média e alta complexidade, geram um alto custo para o Estado. Entende-se que, em função desse custo elevado, a prestação de contas da empresa em questão não deve ser mais flexível, como busca o texto de lei da mesma, sendo correta a ação de um controle mais efetivo, como previsto, por órgãos externos.

Embasam-se, aqui, os questionamentos realizados pela Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4.895/2013, na qual indaga o regime de con-

tratação, bem como a personalidade jurídica da EBSEERH, tendo em vista que os propósitos e o permitido pela Constituição Federal vigente não con-  
dizem com a mesma.

Não diferente disso, o surgimento da EBSEERH comprovou a ideologia neoliberal e é possível perceber isso diante da análise acima, bem como diante de cada característica descrita no documento do CLAD sobre a Administração Pública Gerencial (CLAD, 1998) em comparação com a estrutura da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, como segue abaixo.

### **Profissionalização da alta burocracia**

A característica em questão traz consigo um dos principais pontos críticos na criação da EBSEERH, uma vez que dá a possibilidade de se adotar um segundo regime de contratação de funcionários, deixando de considerar o regime jurídico único dentro do serviço público. A reforma gerencial proporcionou à empresa pública que ocorresse dentro de seu espaço físico a contratação de empregados em regime celetista, quando os outros funcionários já contratados pelos HUFs eram regidos pelo regime estatutário. Configurou-se, então, inconstitucionalidade, uma vez que houve alteração na Constituição Federal de 1988, porém essa modificação não está válida.

Além dessa questão, essa característica diz respeito ao núcleo estatal formado por uma elite tecnicamente preparada, mas e os profissionais que atendem diariamente os pacientes? Acredita-se que é em função desses funcionários que se dá a qualidade do serviço público, tornando a prestação eficiente, eficaz e efetiva. Os funcionários que tratam o paciente diretamente devem possuir um grau de profissionalização tão importante quanto o da “alta burocracia”.

Estas se entrelaçam na medida em que o grau de profissionalização é tido como diferente quando não há a adoção de um padrão único de regime jurídico para a contratação de funcionários, havendo graus diversos na comparação entre dois regimes.

### **Administração Pública transparente**

Essa característica da transparência é exposta no Mapa Estratégico da EBSEERH, na qual é visualizada a busca da mesma tanto nos valores quanto nos direcio-

nadores e objetivos da empresa. Porém, em nenhum instante é mencionada a participação dos cidadãos nas tomadas de decisão, haja vista sua essência estar vinculada a uma democracia mínima, onde se encontra embasamento no gerencialismo. Contudo, a EBSEERH foi criada para gerenciar os Hospitais Universitários Federais que operam seguindo as normas do SUS, onde está previsto que os cidadãos devem ter participação na formulação de suas políticas públicas, além de realizar um controle social frente a sua execução.

Logo, pode-se perceber que, em função dos ideais da Reforma Gerencial, há negligência de um dos princípios do Sistema Único de Saúde quando da criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. A participação dos cidadãos seria uma das formas deste contribuir e ser ouvido diante das decisões que envolvem um serviço público que garante um direito fundamental de caráter social.

### **Descentralização de serviços públicos**

Outra característica elencada e presente na empresa é a descentralização organizacional, que é vista como a EBSEERH sendo o “órgão central” e os hospitais universitários que aderiram à sua gestão, as “agências descentralizadas”. Contudo, distorcendo o que de fato é a descentralização, na EBSEERH se transfere o poder de administrar, somente. Isso acontece tendo em vista que não há distribuição de competências, pois quem gerenciava os HUFs eram as Universidades Federais aos quais estavam vinculados, e há, tão somente, transferência de poder à EBSEERH em relação à gestão daqueles. Essa transferência de poder das universidades para a empresa é percebida no organograma da EBSEERH, quando visto o setor de “Supervisão de Desempenho dos HUFs”, por exemplo.

### **Desconcentração organizacional**

Aqui, há a separação da estrutura responsável pela execução do serviço público e da estrutura que formula as ações, ou seja, há uma separação de quem planeja e quem executa. No organograma da EBSEERH, está previsto um setor chamado “Supervisão de Programas Governamentais” desvinculado totalmente dos Hospitais Universitários Federais, sendo gerenciados os programas através de uma empresa e o serviço executado pelos HUFs.

Isso se caracteriza em um atributo da Reforma Gerencial na medida em que ignora o fato de ter de haver uma ligação no diaadia dessas tarefas. Além disso, distorce o real significado de desconcentração organizacional, na qual deveria ser a divisão internamente de tarefas somente com a finalidade de acelerar o processo e não a separação entre órgãos, nesse caso, entre a EBSERH e os HUFs.

### **Controle de resultados**

Dentro dessa característica é onde se encontra um dos traços mais aparentes do gerencialismo, pois é através dos contratos de gestão que os Hospitais Universitários Federais aderem à gestão da EBSERH, que passa a obter um controle diante dos HUFs, tendo em vista seus resultados obtidos. É possível visualizar esse item de controle através do organograma da EBSERH, onde possuem, no entendimento da autora, três de quatro setores como sendo reguladores: Supervisão de Contratos de Gestão; Supervisão de Desempenho de HUFs; Supervisão de Relacionamento com os HUFs.

Também há uma definição de missão, visão e valores organizacionais que direcionam a empresa e os funcionários a um objetivo, que é claramente descrito no documento do CLAD. Isso é destacado quando essas definições carregam consigo os traços mercadológicos, onde são expostos como instrumento de controle da produtividade dos funcionários, e, mais tarde, estes são avaliados por seus desempenhos perante os resultados obtidos, modificando a lógica do controle concomitante, na qual os interessados possuíam a oportunidade de melhorar. A avaliação de desempenho dá a oportunidade de um contratado por regime de CLT ser demitido, e aqui, encontra-se mais um aspecto da flexibilidade que a Reforma Gerencial propôs.

### **Novas formas de controle**

Dentro das novas formas de controle, está o de resultados, basicamente citado no tópico anterior; o controle social, que é um item reconhecido como importante e de grande valia para a população, exercido através das ouvidorias dentro da empresa; o de custos, também significativo para o controle como um todo das organizações; e o de competição administrada, citado abaixo.

As empresas públicas possuem, conceitualmente, dentre suas características, a função de explorar uma atividade econômica buscando o lucro e a competitividade. Logo, infere-se que a EBSERH, que foi constituída como uma empresa pública, logicamente, procure por esses atributos. Contudo, ela foi criada para gerenciar os Hospitais Universitários Federais que ofertam serviços 100% SUS, ou seja, que prestam serviços gratuitos a sua população. Ainda, compreende-se como correta a justificativa constante na ADI quando citado que a personalidade jurídica do órgão deveria ser de natureza pública, uma vez que se trata de um serviço público, integral e exclusivamente pertencente ao SUS. Sendo assim, é possível perceber que existe uma ideia de competição administrada já na parte jurídica da EBSERH.

Logo, o repasse da gestão dos hospitais a uma empresa pública de direito privado causa diversificação na sua estrutura antes vista como totalmente pública e sem capacidade para competição. O caráter neoliberal trouxe para a nova administração uma visão mercadológica que inseriu características duvidosas quanto aos traços essencialmente públicos.

### **Duas formas de unidades administrativas autônomas**

Aqui, reside outra característica mais evidente frente à EBSERH, uma vez que, se as formas de unidades administrativas são as que desenvolvem as atividades exclusivas do Estado e as que desenvolvem atividades não exclusivas, o serviço público de saúde deixou de ser prestado através das atividades exclusivas e passou a ser executado justamente no campo das atividades não exclusivas. Essa separação levantou a possibilidade de se ter servidores contratados pelo regime celetista, abriu chances para a competição administrada, ou seja, buscou a flexibilidade proposta pelo modelo neoliberal e admirado pelos propositores da legislação da EBSERH.

### **Cidadão-usuário**

A adoção dessa nomenclatura é um pouco mais singela, porém a ideia de não tratar os cidadãos como únicos detentores do direito à saúde entrega os ideais semeados pela EBSERH, tendo em vista também haver outra nomenclatura para designar o mesmo: cliente. Contudo, o cliente e o usuário

para designar os pacientes, familiares e acompanhantes destes engloba a visão mercadológica, entendendo-se como ideal que sejam chamados de cidadãos ou pacientes.

Essa característica engloba uma visão do paciente sendo um consumidor. Porém, entende-se que essa nomenclatura dentro do serviço público é inadequada, haja vista o consumidor normalmente adquirir um bem, produto ou serviço, e o paciente ou o cidadão ser o detentor do direito à saúde, como nesse caso da EBSERH.

### **Grau de responsabilização do servidor público**

Ainda, responsabilizar o servidor público sem levar em consideração seus gerentes, bem como os agentes políticos envolvidos na área da saúde (e em outras áreas) infere estes como impunes às prestações de contas, por exemplo, como citado no conceito desta. Isso levaria em contraponto a transparência citada pela empresa pública e pela reforma gerencial.

Existem diversos motivos espalhados pela mídia para a adesão e a não adesão à EBSERH expostas pelos sindicatos, pelos funcionários dos Hospitais Universitários e das Universidades Federais aos quais estão vinculados, além de diversos atores envolvidos nessa questão. Basicamente, os motivos para a não adesão estão embasados na ADI apresentada anteriormente. Contudo, a fala e a justificativa apresentada pelos mesmos ajudam a compreender a apreensão sentida pelos envolvidos e a gravidade dos fatos independentemente de qual foi a decisão tomada pelas Universidades e HUFs, isto, pois, há justificativas embasadas tanto para um quanto para outro.

A EBSERH se constitui em uma das maiores redes hospitalares do Brasil em função de grande parte dos HUFs terem aderido à sua gestão. Entretanto, entende-se que um dos maiores motivos que levaram estes a essa decisão foi a falta de recursos, e uma das causas para isso ter acontecido foi devido à pressão mascarada do Estado, tendo em vista haver uma indicação do Conselho Nacional de Saúde<sup>1</sup> (CNS) para que se garantisse o financiamento aos hospitais que não aderissem à EBSERH. Segundo relatos da ex-coordenadora-geral da Federação de Sindicatos de Trabalhadores

---

1 O Conselho Nacional de Saúde (CNS) constitui-se em uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS), integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde. O CNS deve fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde exercendo um controle social.

Técnico-administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil (Fasubra), Janine Teixeira<sup>2</sup>, o então ministro da Saúde não respeitou essa deliberação, agravando a falta de recursos e, sem ter outra solução possível, contribuiu para que os HUFs mais prejudicados optassem pela adesão.

Foram realizados diagnósticos nos Hospitais Universitários Federais que apontaram para um déficit de pessoal, bem como déficit nas contas dos mesmos. Mesmo diante de diversas reuniões, discussões, argumentos, grupos organizados, abaixo-assinados, vários hospitais optaram por ceder à adesão. Muitos alegaram falta de recursos humanos para atender aos pacientes e perigo de fechamento de leitos por falta de recursos financeiros. Em sua grande maioria, os hospitais que aderiram vivenciavam um caos nos locais de trabalho em função dos cortes de verbas para a área.

Para compreender a situação que os HUFs enfrentaram, cabe a fala do professor Pinheiro<sup>3</sup>, ex-diretor clínico e ex-coordenador do curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC):

As condições administrativas e de trabalho estão ficando insuportáveis. A não adesão diminui o aporte financeiro que o hospital recebe. Ao não cumprir as metas da Secretaria Estadual de Saúde, começamos a perder contratos para a iniciativa privada e a situação piora. Alguns cargos, como Auxiliar de Saúde, foram extintos. Quando estes funcionários se aposentam, perdemos a maioria das vagas.

Esses relatos são vistos em dezenas de sites e a visão de que é a melhor saída para os Hospitais Universitários Federais acaba se proliferando e somando argumentos para o convencimento da sociedade e dos agentes envolvidos com a tomada de decisão.

Dentro dos discursos utilizados para a não adesão foi apontada a autonomia da Universidade para negociar com o governo federal. “O governo autorizou a construção de novas alas e tem que disponibilizar a criação de cargos para o funcionamento desses leitos. A Universidade tem meios legais para fazer o HUF funcionar”<sup>4</sup>, argumento utilizado por Simone Ha-

2 Disponível em: <<http://adua.org.br/noticias.php?cod=817>>.

3 Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/?p=2897>>.

4 Disponível em: <<https://noticias.ufsc.br/2014/11/terceiro-debate-sobre-ebserh-reune-trabalhadores-do-hu-2/>>.

gemann, representante do Fórum Catarinense em Defesa do SUS e Contra a Privatização da Saúde, exposto em uma das reuniões de discussão da UFSC. Contudo, na mesma reunião, essa autonomia foi questionada quando da adesão pelo também representante do Fórum Catarinense em Defesa do SUS e Contra a Privatização da Saúde, professor Márcio Amaral, vice-diretor do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, além de realizar uma crítica quanto à comparação com o Hospital de Clínicas de Porto Alegre:

É um hospital financiado por recursos públicos, mas tem duas portas, aceita paciente privado. O estudo que foi tomado para a criação da EBSERH foi do Banco Mundial – o que é que banco sabe de projetos para a saúde? O que eles querem é usar os nossos centros para que se façam pesquisas privadas. O ensino, a pesquisa e a extensão são indissociáveis à assistência. [...] As áreas que não geram lucro começaram a ser desativadas nos hospitais da EBSERH. Por isso, digo que o espírito universitário é incompatível com a EBSERH. Depois que tiverem o poder, seremos inquilinos onde erámos os gestores. Vocês querem isso? Estamos aqui para tentar garantir a preservação da autonomia universitária.

A discussão da garantia da autonomia universitária ocorreu em diversas universidades, pois, se a gestão de um hospital passa a ser por parte da EBSERH, por mais que a autonomia esteja prevista legalmente, na prática se deve agir por meio desta última, tendo em vista a criação ser argumentada como um facilitador para o dia adia e constar como competências da empresa a administração dos HUFs e a prestação dos serviços de saúde.

Outras críticas são apontadas como a falta de discurso acadêmico por parte da EBSERH, possuindo somente um discurso gerencial. Isso é importante na medida em que os Hospitais Universitários Federais contribuem para o ensino e a pesquisa, além da assistência à saúde. Nesse sentido, a ex-vice-presidente executiva da EBSERH, Jeanne Michel, posicionou-se quanto à capacidade de atuação dos hospitais universitários e suas possibilidades dentro de um quadro de não adesão:

Temos universidades que têm cursos da saúde e não têm hospital e utilizam a rede do SUS para fazer os seus estágios. Então, essa

é uma alternativa que essas universidades também têm: reduzir o tamanho dos seus hospitais e utilizar mais a rede do SUS. Sempre há uma alternativa para garantir o ensino, mesmo que não seja contratando a EBSEERH. [...] A autonomia da universidade é no âmbito acadêmico. Ela tem total liberdade para optar pela forma como vai ensinar e onde vai fazer os estágios. Agora, do ponto de vista da gestão, é dada uma opção para facilitar a gestão dos hospitais.<sup>5</sup>

Essa visão advinda do núcleo estratégico da EBSEERH preocupa ainda mais, pois confere uma pressão dentro das Universidades Federais que estão com problemas estruturais e financeiros em seus HUFs, e somam os motivos para o caos vivenciado, forçando com que optem pela adesão ao contrato de gestão.

Na visão da Frente Nacional contra a Privatização<sup>6</sup>, contrário ao proposto, a EBSEERH não cobre a necessidade de regular os funcionários terceirizados dos HUFs, e sim precariza a situação, tendo em vista a contratação através da CLT e, conseqüentemente, a não obediência ao regime jurídico único dos funcionários. Além disso, a Frente Nacional aborda a pauta sobre a saúde e a educação serem bens públicos, não estando suscetível aos interesses de mercado, contudo, ao aderirem à empresa pública, os hospitais ficam vulneráveis à mercantilização dos serviços públicos de saúde.

Durante a 306ª reunião ordinária do CNS<sup>7</sup>, realizada em junho de 2018, houve relatos por parte de representantes de hospitais que aderiram à EBSEERH na qual acusavam problemas que ainda não foram solucionados. Um dos graves problemas foi apontado pela representante da Fasubra, Maria Marzola, na qual relata o assédio moral vivido pelos funcionários regidos pelo Regime Jurídico Único, haja vista não terem a quem se reportar para denunciar os ataques pela diferença regime que os comandam, uma vez que a gerência desses funcionários é exatamente quem os prejudica. Além disso, a falta de pessoal para assistência ainda seria um problema, mesmo depois de seis anos da criação da empresa pública.

5 Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/o-ultimo-servidor-que-apague-a-luz>>.

6 Disponível em: <[https://grupos.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/170845/mod\\_resource/content/2/Manifesto%20contra%20a%20EBSEERH%20-%20Versao%2023-06-2014.pdf](https://grupos.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/170845/mod_resource/content/2/Manifesto%20contra%20a%20EBSEERH%20-%20Versao%2023-06-2014.pdf)>.

7 Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/atas/2018/Ata\\_da\\_306\\_R0.pdf](http://conselho.saude.gov.br/atas/2018/Ata_da_306_R0.pdf)>.

O Conselho Nacional de Saúde aprovou, em sua 237ª reunião ordinária, uma Moção de Repúdio à EBSEERH (Moção de Repúdio nº 013/2012), justificando que os recursos financeiros continuam sendo os mesmos, ou seja, continuam sendo recursos públicos, porém administrados por uma empresa pública de direito privado, além de representar um retrocesso com o fortalecimento dos serviços públicos, tendo em vista evidenciarem o debate a respeito da concepção de Estado. Entende-se que isso está relacionado com o papel que o Estado deve desempenhar, assunto discutido na Reforma Gerencial, apontando para mais um aspecto relacionado ao gerencialismo.

A partir das análises realizadas, infere-se que o próprio CNS posiciona-se contra a adesão à EBSEERH, porque a entende como inconstitucional, além de carregar uma tendência privatista consigo. Ainda, posicionam-se contra qualquer discriminação aos HUFs que decidirem não aderir, devendo haver repasses de recursos para os mesmos.

Entretanto, percebe-se, através dos discursos dos representantes dos HUFs e pela porcentagem de adesão que provavelmente não houve as transferências de recursos financeiros para que se mantivesse a autonomia das Universidades Federais na gestão dos Hospitais Universitários Federais.

Além disso, em 2005, o CNS deliberou posicionamento “contrário à terceirização da gerência e da gestão de serviços e de pessoal do setor saúde, assim como da administração gerenciada de ações e serviços” (CNS, Deliberação nº 001/2005, a). Essa deliberação demonstra mais um argumento contra a adesão à EBSEERH por parte dos Hospitais Universitários Federais, tendo em vista o entendimento de que a gestão por parte da empresa pública é de fato uma terceirização, pois foi criado um órgão somente para gerir hospitais públicos antes gerenciados pelas Universidades Públicas. Esse repasse de gestão é somente a transferência de atividades-meio, com o agravante de se tratar de uma área que presta serviços públicos que garantem um direito fundamental de caráter social.

Diante do exposto, conclui-se que, com a adesão ao contrato de gestão, os Hospitais Universitários Federais passam a receber os recursos necessários para a reestruturação física, de recursos humanos e demais problemas que percebiam durante o dia a dia. Contudo, a gestão de um hospital que, além de prestar assistência à saúde, presta serviços de ensino e pesquisa, necessitando de uma gestão acadêmica para tal. Sendo

essa visão fundamental para os HUFs, a falta deste tipo discurso provoca receios diante das Universidades Federais.

Apesar da não adesão à gerência da empresa acabar causando danos aos HUFs, tendo em vista a falta de recursos, entende-se que a adesão à gestão da EBSERH se trata de uma medida neoliberal com ideais privatistas, e, muito embora a empresa seja pública, ela é de personalidade jurídica de direito privado, demonstrando o caráter mercadológico existente no conceito e nos objetivos da mesma. Sendo assim, compreende-se como irregular a gestão de hospitais que prestam serviços públicos que garantem um direito fundamental previsto na Constituição Federal e que, em sua essência e classificação, é uma empresa que busca lucro e competitividade no campo da saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares surgiu no contexto da reforma gerencial para suprir demandas de reestruturação dos Hospitais Universitários Federais. Contudo, o ordenamento jurídico que instituiu a mesma revelou um perfil de instituição incompatível com seu objeto social.

O fato de repassar a gestão dos HUFs das Universidades Federais para uma empresa pública de direito privado trouxe consigo um rol de mudanças que impactaram negativamente sobre os princípios norteadores e organizativos do Sistema Único de Saúde, haja vista a Administração Pública ser um instrumento fundamental na gestão do SUS. A visão gerencialista adotada pelo governo introduziu ideais que modificaram princípios como os da descentralização, da regionalização, da participação social, no sentido de utilizar conceitos divergentes aos utilizados na concepção do SUS. Além disso, também confrontam a razão de outros como o da equidade, da integralidade e da universalidade, princípios esses que são essenciais na razão de ser do sistema de saúde brasileiro. Com a perda de sentido de muitos princípios, os cidadãos são afetados diretamente, uma vez que o acesso igualitário se transforma em possibilidade e não mais em garantia; a integralidade é incerta; a regionalização e a descentralização são inexistentes; e a participação social converte-se em mera transparência.

Outro diagnóstico obtido com a análise do impacto é o fato de a saúde ser definida na Constituição Federal – legislação suprema brasileira

– como um direito fundamental de caráter social, ou seja, um direito reconhecido internacionalmente e inerente a todo ser humano, e constituído como dever do Estado, deixar de pertencer ao setor de atividades exclusivas. Isso se torna um agravante na medida em que a instituição que passa a executar esse serviço pertence em sua forma conceitual ao setor de produção de bens e serviços para o mercado, pois são organizações que são naturalmente criadas para prover lucro com seus objetos sociais. Logo, o repasse da execução dos serviços públicos de saúde de um setor para o outro carrega consigo um traço essencialmente privatista, conduzindo a efetivação do direito fundamental em questão como uma mercadoria. Em comprovação a isso, está a caracterização da reforma gerencial quanto aos cidadãos serem vistos como consumidores, porém, estes conceitualmente adquirem algo, não condizendo com a concepção de cidadão, haja vista seu direito à saúde ser intrínseco.

Outra situação constatada é em função da autonomia universitária, pois, apesar da previsão de permanência da mesma, se há transferência de poder quando há a adesão ao contrato de gestão, essa característica das IFES diante de seus HUFs não existe na prática. Aqui, reside uma das controvérsias conceituais de descentralização, uma vez que originalmente há transferência de atividades, mas, com a EBSERH, há transferência de poder de gestão.

Diante do exposto neste trabalho, conclui-se que os impactos do modelo de Administração Pública Gerencial frente aos princípios elencados para o Sistema Único de Saúde adotado no Brasil são negativos, descaracterizando os fundamentos do sistema escolhido para a universalização do serviço de saúde pública no país.

## REFERÊNCIAS

ANDREAZZI, Maria de Fatima Siliansky de. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: Inconsistências à luz da reforma do estado. Revista Brasileira de Educação Médica, 37(2): 275-284, 2013.

ARAÚJO, Kizi Mendonça de; LETA, Jacqueline. Os Hospitais Universitários Federais e suas missões no passado e no presente. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, 21(4): 1261-1281, 2014.

ASSOCIAÇÃO DOS DOCENTES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS (ADUA). Conselho Nacional de Saúde aprova resoluções contrárias à EBSERH. Disponível em: <<http://adua.org.br/noticias.php?cod=817>>.

BRANDÃO, Murilo Gandon. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: uma análise do modelo e dos seus possíveis impactos no Sistema Único de Saúde e hospitais universitários. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988.

BRASIL. Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos Hospitais Universitários Federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais.

BRASIL. EM Interministerial nº 00127/2011/MP/MEC. Submetemos à apreciação de Vossa Excelência o Projeto de Lei que autoriza o Poder Executivo a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH.

BRASIL. 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.

BRASIL. Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. 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.

BRASIL. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências.

BRASIL. Lei nº 13.303, de 30 de junho de 2016. Dispõe sobre o estatuto jurídico da empresa pública, da sociedade de economia mista e de suas subsidiárias, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

BRASIL. Medida Provisória nº 520, de 31 de dezembro de 2010. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSERH e dá outras providências.

BRASIL. Ministério Da Administração Federal e Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília: MARE, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Princípios do SUS. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>>.

BRASIL. Projeto de Lei nº 1.749 de 05 de julho de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSERH e dá outras providências.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. Manual de Direito Administrativo. 31. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

CLAD - Centro Latino Americano de Administração para o Desenvolvimento. Uma Nova Gestão Pública para América Latina. Caracas: CLAD, 1998.

CNS - Conselho Nacional de Saúde. Apresentação. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/index.php/apresentacao-cns>>.

\_\_\_\_\_. Ata da tricentésima sexta reunião ordinária do conselho nacional de saúde - CNS. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/atas/2018/Ata\\_da\\_306\\_RO.pdf](http://conselho.saude.gov.br/atas/2018/Ata_da_306_RO.pdf)>.

\_\_\_\_\_. Deliberação nº 001, de 10 de Março de 2005.

\_\_\_\_\_. Moção de Repúdio nº 013, de 13 de Setembro de 2012.

EBSEERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Regimento Interno EBSEERH: Hospitais Universitários Federais. 2016.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. O último servidor que apague a luz? Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/o-ultimo-servidor-que-apague-a-luz>>.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. Manifesto em defesa dos hospitais universitários como instituições de ensino pública estatal, vinculadas às universidades, sob a administração direta do estado: contra a implantação da empresa brasileira de serviços hospitalares nos hospitais universitários (HUs) do Brasil. Disponível em: <[https://grupos.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/170845/mod\\_resource/content/2/Manifesto%20contra%20a%20EBSEERH%20-%20Versao%2023-06-2014.pdf](https://grupos.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/170845/mod_resource/content/2/Manifesto%20contra%20a%20EBSEERH%20-%20Versao%2023-06-2014.pdf)>.

GOMES, Renata Machado dos Santos. A criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEERH): um estudo de caso. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, vol. 5, supl. 1:26-38, Brasília, dezembro 2016.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A.; LIRA, A. Gestão dos sistemas e serviços de saúde. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. EBSEERH. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br>>. Acesso em 15 de agosto de 2018.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Hospitais Universitários. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/hospitais-universitarios>>.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4.895/2013. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/geral/verPdfPaginado.asp?id=3279333&tipo=TP&descricao=ADI%2F4895>>.

ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948.

SOUZA, Gustavo Kovara. A participação social no processo de adesão dos Hospitais Universitários Federais à empresa brasileira de serviços hospitalares. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Administração) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4.895 de 01 de fevereiro de 2013. Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4351459>>.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Questionada lei sobre empresa pública de serviços hospitalares. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=227949>>.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Acórdão nº 1.520/2006. Representação. Proposta apresentada pelo ministério do planejamento, orçamento e gestão para substituição de terceirizados na Administração Pública federal direta autárquica e fundacional por servidores concursados. Conhecimento. Prorrogação dos prazos anteriormente concedidos pelo tribunal sobre a questão. Determinações.



# O SISTEMA DE PACTUAÇÃO DE INDICADORES (SISPACTO) E SEU APOIO À GESTÃO EM SAÚDE: UMA ANÁLISE DO MUNICÍPIO DE LINHA NOVA/RS

NATÁLIA SCHMIDT MÜLLER

BRUNO KAUSS

RAFAEL KRUTER FLORES

## INTRODUÇÃO

A complexidade do trabalho na área da saúde é crescente em razão das mudanças ocorridas nas condições de vida e de saúde da população ao redor do mundo. Portanto, é preciso chamar a atenção para o planejamento das ações em saúde, nas quais o gestor deve articular o político e o técnico-científico no processo de cuidados assistenciais em saúde (DANIEL, 2013).

Partindo desse contexto, espera-se do gestor a capacidade de lidar com complexidades que envolvam a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), pois este deve, de um lado, garantir o acesso universal, a promoção da equidade e o acesso integral à prestação de serviços de saúde e, de outro, encontrar a melhor maneira de obter resolutividade e qualidade das ações a serem produzidas (DANIEL, 2013).

Para garantir que o gestor desenvolva uma visão estratégica em saúde, este deve participar de maneira efetiva do jogo social, mantendo ou aumentando o seu controle sobre os recursos escassos e as suas estruturas. O Planejamento Estratégico Situacional (PES), proposto por Matus (FILHO; MÜLLER, 2002; HUERTAS, 1996) é uma ferramenta importante para isso. Para Araújo e Biz (2016), é necessário conhecer as condições de saúde de determinada população, bem como o desempenho da assistência e os fatores determinantes, utilizando os chamados indicadores de saúde. E o planejamento é feito a partir das situações. Não é uma tentativa de prever situações futuras, e deve servir como uma ferramenta de auxílio ao raciocínio administrativo, determinando ações a serem implementadas imediatamente e, conseqüentemente, criando meios de medir

os impactos dessas ações na busca de melhorar a situação encontrada na análise situacional.

Ainda sobre o planejamento, trata-se de um processo que depende fundamentalmente do conhecimento da determinada situação de um sistema e da organização das ações e serviços de saúde. Utilizando essa ferramenta se cria a possibilidade de compreender a realidade, os principais problemas e as necessidades da população, permitindo a elaboração de propostas capazes de solucioná-los, resultando em um plano de ação (DANTAS et al., 2013).

Um plano de ação deve partir da análise da situação, que envolve o processo de identificar, formular, explicar e priorizar problemas em saúde de determinada população, com o objetivo de produzir informações e conhecimento sobre riscos à saúde, as formas de adoecimento e morte da população investigada e a organização e funcionamento da rede assistencial de saúde responsável pela intervenção dos problemas mapeados (DANIEL, 2013).

Neste contexto, pode-se afirmar que uma das questões mais relevantes na política de saúde é a garantia do direito da população à saúde, a partir do acesso universal aos serviços e da integralidade da assistência. Nesse sentido, Machado (2015) diz que o uso da análise sistemática da situação de saúde a partir de indicadores pode colaborar para subsidiar a tomada de decisão, a solução de problemas e ajudar na identificação de melhores rumos.

Para isso, é necessário que os gestores públicos conheçam os problemas a serem enfrentados, sejam ágeis e flexíveis, saibam planejar, estruturar, organizar e avaliar as ações realizadas nesse processo. Além disso, precisam ter acesso a informações de natureza técnico-científica e político-institucional para que possam contribuir com o desenvolvimento de novas políticas e projetos capazes de intervir sobre o estado de saúde da população a ser atendida (MARTINS; WACLAWOVSKY, 2015).

Nesse sentido, as leis brasileiras estabelecem uma sequência de atividades a serem executadas pelos gestores, a fim de elaborar o planejamento da gestão em saúde. Essas atividades, que devem partir de um diagnóstico situacional e devem ser avaliadas periodicamente, estão descritas na Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS (BRASIL, 2013).

Dentre os instrumentos fundamentais do planejamento que devem ser utilizados pelas instâncias gestoras do SUS, destaca-se o Plano Municipal de Saúde (PMS). Este deve ser construído coletivamente apresentando as intenções políticas, diretrizes, prioridades, objetivos, quadro de metas, estimativa de recursos e gastos necessários para o alcance das metas do setor saúde. O PMS consolida as políticas e compromissos de saúde em uma determinada esfera de governo, refletindo, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. É elaborado no primeiro ano da gestão em curso, com execução a partir do segundo ano da gestão em curso ao primeiro ano da gestão subsequente, o que deve representar a continuidade das ações e serviços, independentemente das mudanças eleitorais (SALIBA et al., 2013).

A complexidade da gestão do SUS impõe o diálogo democrático sobre os serviços e espaços coletivos e, sobretudo, o reconhecimento das ações realizadas consideradas positivas que demandam continuidade e permanência, pois toda inovação dependerá do estágio de implantação do SUS, que é singular a cada município. Por outro lado, o gestor não deve conformar-se em manter o instituído, deve enfrentar o desafio de mudar os processos de trabalho e a forma como se faz gestão do sistema e dos serviços de saúde (SALIBA et al., 2013).

Por ser um instrumento de apoio à gestão do SUS que está ligado ao processo de planejamento, o Plano Municipal de Saúde contribui para a consolidação da regionalização da saúde, para a articulação entre gestores, para a tomada de decisão a partir de um diagnóstico detalhado e para fortalecer a capacidade de planejamento e a organização do sistema de saúde (DANIEL, 2013).

Saliba et al. (2013) referem que o PMS se constitui como um documento formal de exigência legal, entretanto, é um instrumento flexível e dinâmico que deve ser consultado, ajustado, executado e não engavetado, objetivando a operacionalização das decisões tomadas para enfrentar problemas e atender as necessidades de saúde da população do município relacionado.

Portanto, é um instrumento que subsidia as ações de planejamento, monitoramento e avaliação de saúde pelo período de quatro anos, conforme as diretrizes do SUS, compreendido como política fundamentada por meio do Pacto da Saúde e devendo estar alinhado ao Plano Plurianual

(PPA), à Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e à Lei Orçamentária Anual (LOA), o que incrementa a finalidade de garantia de repasse dos recursos financeiros para a prestação de serviços à população (NASCIMENTO; EGRY, 2017).

Além disso, para elaboração de um bom planejamento, deve ser utilizado um sistema de informação que disponibilize dados que produzam informações consistentes, torne possível realizar levantamentos epidemiológicos e conhecer a realidade populacional local e, desse modo, possibilite construir um planejamento capaz de gerar ações que respondam as necessidades locais (DANTAS et al., 2013).

Segundo Daniel (2013), informações disponíveis e baseadas em dados confiáveis é a circunstância primordial para se obter uma análise objetiva da realidade sanitária e da programação das ações em saúde. Nesse sentido, as iniciativas para tentar mensurar o estado de saúde da população iniciaram na sociedade através do registro de mortalidade e de sobrevivência. Para isso, o Ministério da Saúde (MS) tem se esforçado no intuito de auxiliar os municípios na execução de métodos que permitam a avaliação, o monitoramento e o controle em saúde de forma clara e objetiva. Fazem parte desse processo o Mapa de Saúde, o Sistema de Pactuação Interfederativa de Indicadores (SISPACTO), o PPA, as Programações Anuais de Saúde (PAS), os Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) (ARAUJO; BIZ, 2016).

Dessa forma, desde 2002, o MS disponibilizou um aplicativo informatizado denominado SISPACTO para pactuação de indicadores, registro e avaliação de resultados e metas propostas para o ano em curso, por parte dos Estados e Municípios com diferentes funcionalidades para cada esfera de gestão (DANTAS et al., 2013).

Em relação ao elenco de indicadores, a primeira Portaria Ministerial que os definiu foi a Portaria GM/MS nº 3925 de 13/11/1998 (BRASIL, 1998), a qual aprovou o Manual para Organização da Atenção Básica. Desde então, vêm sendo anualmente publicadas Portarias Ministeriais que objetivam auxiliar os gestores no atendimento ao disposto no artigo nº 36 da Lei Complementar nº 141/2012 (BRASIL, 2012), a qual dispõe sobre a necessidade da elaboração pelo gestor de relatório detalhado que contenha informações sobre recursos utilizados, auditorias realizadas e a oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial, cotejando

esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

O rol de indicadores que compõem o SISPACTO para os anos de 2017-2021, foi estabelecido pela Resolução CIT n° 8, de 24 de novembro de 2016 (BRASIL, 2016a). O conhecimento e a operacionalização do SISPACTO são o mecanismo legal mais recente para a construção de serviços de saúde efetivos e resolutivos, e se constitui em instrumento formal necessário para corresponsabilizar os entes federados com aplicabilidade processual (PINAFO et al., 2016).

Araújo e Biz (2016) relatam que o SISPACTO é uma plataforma eletrônica de pactuação e acompanhamento de indicadores, objetivos, diretrizes e metas, fornecendo um diagnóstico situacional norteador para o PMS e as respectivas programações para o planejamento de gestão em saúde. Ressalta-se que a pactuação de indicadores é uma obrigatoriedade assumida entre os três entes federados (municípios, estados e ministério), no entanto, o exercício de monitorar e avaliar os indicadores, precisa ser uma estratégia de gestão. Para que essa estratégia seja efetivada é necessário que o gestor local esteja comprometido com as metas pactuadas para que possa motivar sua equipe a se empoderar da capacidade de monitoramento e de avaliação dos seus serviços (DANTAS et al., 2013).

O município de Linha Nova/RS conta com Gestão Plena da Atenção Básica e conforme a Portaria GMS N° 384, de 04 de abril de 2003 (BRASIL, 2003), assumiu a responsabilidade de elaborar o PMS, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde (CMS), que deve contemplar a Agenda de Saúde Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos RAGs, que deverá ser aprovado anualmente pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS). Ainda, deve realizar a avaliação permanente do impacto das ações do sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente, bem como firmar o Pacto da Atenção Básica e a Pactuação Interfederativa com o Estado.

O PMS vigente do município foi elaborado em 2017, para o período de 2018-2021 conforme o Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS - SARGSUS (SARGSUS, 2018; LINHA NOVA, 2018) e o SISPACTO 2017-2021 foi realizado em 2017 pela Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social de Linha Nova (RS, 2018), com monitoramento e ajuste anual.

Dessa forma, o presente estudo busca responder ao seguinte problema de pesquisa: os indicadores da ferramenta SISPACTO e as informações produzidas por eles retroalimentaram o processo de construção e elaboração do Plano Municipal de Saúde do município de Linha Nova/RS? Para tanto, definimos como objetivo geral descrever o impacto dos indicadores do SISPACTO 2017-2021 na construção do Plano Municipal de Saúde 2018-2021 da Secretaria Municipal de Saúde de Linha Nova/RS.

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo foi realizado através de análise documental descritiva, a partir do levantamento de documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Linha Nova referente à elaboração do Plano Municipal de Saúde 2018-2021 e a sua relação com os indicadores do SISPACTO 2017-2021.

Para a coleta de dados foram consultados os seguintes sistemas de informação:

- Sistema de Apoio do Relatório de Gestão (SARGSUS, 2018): através deste, foi possível consultar o Plano Municipal de Saúde de Linha Nova na íntegra. Neste mesmo sítio eletrônico se encontra disponível a situação do Relatório Anual de Gestão (RAG) e a situação do Relatório de Gestão Quadrimestral (RDQA) de cada município e a situação dos instrumentos de planejamento, pactuação e prestação de contas no âmbito do SUS;
- Departamento de Gestão da Tecnologia da Informação (RS, 2018): o Portal BI Gestor Municipal utiliza ferramentas de Business Intelligence (BI), que permitiram extrair de forma sintética e visual as informações de saúde de Linha Nova e dos demais municípios. Nesse site, os indicadores estão organizados por temas, sendo possível consultar a Pactuação Interfederativa de Indicadores 2017 – 2021 de cada município.

Como categoria de análise, foi levado em consideração se os indicadores da Pactuação Interfederativa 2017-2021 foram utilizados para elaboração das propostas de saúde elencadas no Plano Municipal de Saúde de Linha Nova/RS, verificando se o SISPACTO auxilia o gestor municipal no planejamento das ações em saúde.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados alcançados estão dispostos em quatro subitens: Caracterização do município de Linha Nova; Indicadores de Saúde do Município de Linha Nova 2013 a 2017; Indicadores e o Plano Municipal da Saúde; e Informação e Planejamento das Ações de Saúde.

### O município de Linha Nova

O Município de Linha Nova teve sua criação em 20 de março de 1992. Está localizado na região do Vale do Caí, ocupando uma área de 63,733 Km<sup>2</sup>, limitando-se: ao norte com Nova Petrópolis e Feliz; ao sul com São José do Hortêncio e Presidente Lucena; ao leste com Picada Café e ao oeste com Feliz, estando situado a 95 km da capital Porto Alegre (LINHA NOVA, 2018).

Segundo o último censo do IBGE (2010), a população total do município de Linha Nova era de 1624 habitantes, sendo 808 do sexo masculino e 816 do sexo feminino. Desta população, apenas 25,6% estavam residindo zona urbana do município e 74,4% na zona rural. A população do município estimada pelo IBGE para o ano de 2017 era de 1712 habitantes (IBGE, 2017).

O produto interno bruto (PIB) per capita é de R\$ 28.115,03. A economia é baseada no setor primário, sendo cerca de 70% do PIB diretamente ligado às atividades de agricultura, pecuária e silvicultura. Os 30% restantes são divididos entre indústria, comércio e serviços. As principais atividades econômicas são a avicultura, extração de acácia-negra, carvão, hortifrutigranjeiros em geral, principalmente couve-flor, produção de leite e gado de abate. Na indústria, destacam-se as produções de esquadrias de madeira, serralherias, calçados e alimentos. No comércio e serviços, há destaque para mercados, padarias, farmácia, bancos e outros estabelecimentos (IBGE, 2010) (LINHA NOVA, 2018).

Na saúde, devido ao pequeno número populacional, a cidade não possui hospital, apenas um Centro Municipal de Saúde, com uma equipe de Atenção Básica, que possibilita a cobertura de 100% do território. Por isso, sua referência para nível secundário é o Hospital de Nova Petrópolis (HNP), a 14 km do município, e para nível terciário a rede de hospitais dos municípios de Caxias do Sul, Gramado, Canela, Porto Alegre, Cano-

as e Erechim, variando conforme a especialidade e a pactuação (LINHA NOVA, 2018).

Linha Nova pertence à 5ª Coordenadoria Regional de Saúde, de Caxias do Sul, e localiza-se na Microrregião Caxias e Hortênsias – região 23 (Figura 1), que é composta pelos municípios de Caxias do Sul, Canela, Gramado, Nova Petrópolis, Picada Café e Linha Nova (LINHA NOVA, 2018).

Mantendo 100% de cobertura de Atenção Básica, a Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social de Linha Nova busca seguir o modelo de atenção à saúde como reordenador dos processos de trabalho com foco no acolhimento, cuidado e resolutividade das necessidades de saúde da população, com território definido, observando os princípios da acessibilidade, do vínculo e da continuidade do cuidado (LINHA NOVA, 2018).

Para tanto, o PMS de Linha Nova destaca que sua gestão consiste em:

- I. Gestão Plena da Atenção Básica: conforme enquadramento na NOB – SUS 01/96 – a qual foi definida pela Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996.
- II. Assinatura do Pacto de Gestão conforme Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006, e a Portaria nº 699 de 30 de março de 2006, que regulamenta o Pacto pela Saúde, onde foram definidas prioridades para o monitoramento e acompanhamento das ações em saúde (LINHA NOVA, 2018).

O processo de construção de políticas públicas é dinâmico, necessitando de constantes reformulações, baseadas em análises e avaliações sistemáticas e periódicas. Assim sendo, o PMS destaca que a Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social de Linha Nova tem suas bases de crescimento apoiadas em um planejamento estratégico, com ações voltadas não somente ao fortalecimento da Atenção Primária em Saúde, mas também na consolidação das Redes de Atenção para atendimentos de média e alta complexidade. Em ambas as situações a questão equidade e qualidade dos serviços é ponto chave das decisões (LINHA NOVA, 2018).

## Indicadores de Saúde do Município de Linha Nova (2013-2017)

,Através do Portal BI (RS, 2018) foi consultada a Pactuação Interfederativa de Indicadores 2017-2021, no qual foi disponibilizado um total de 23 indicadores municipais que integram os selecionados para o estudo.

### Quadro 1 - Indicadores de Saúde avaliados para o município de Linha Nova de 2013 a 2017

<b>Indicador de saúde por ano Município de Linha Nova - RS</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT - doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) – nº absoluto de óbitos.	3	3	1	2	3
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados.	0	0	0	0	0,00%
Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	100%	75%	100%	100%	100%
Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade – Pentavalente, Pneumocócica 10-valente, Poliomielite e Tríplice Viral – com cobertura vacinal preconizada.	75%	100%	100%	100%	100%
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após a notificação.	100%	100%	—	0,00%	—
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	—	100%	—	—	—
Número de casos autóctones de malária.	NP	NP	NP	NP	NP
Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.	0	0	0	0	0
Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos de idade.	0	0	0	0	0
Proporção de análises realizadas em amostras de água para o consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	—	97,40%	100,35%	99,48%	100%
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária.	0,72	1,08	1,07	0,88	0,84

→

<b>Indicador de saúde por ano Município de Linha Nova - RS</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.	0,22	0,51	0,26	0,69	0,25
Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar.	16,67%	25,00%	9,09%	18,18%	16,67%
Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos.	16,67%	12,50%	9,09%	0,00%	0,00%
Taxa de mortalidade infantil – nº absoluto de óbitos	0	0	0	0	0
Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	0	0	0	0	0
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	100%	100%	100%	100%	100%
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família.	—	—	—	—	—
Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal.	100%	100%	100%	100%	100%
Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de vigilância sanitária, consideradas necessárias a todos os municípios no ano.	83,33%	16,67%	16,67%	66,67%	50,00%
Ações de matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica.	NP	NP	NP	NP	NP
Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial de dengue.	—	—	—	3	3
Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	—	—	—	—	100%

Fonte: Portal BI Gestor Municipal (RS, 2018). Legenda: NP - Não pactuado

No portal BI, os dados mais atualizados encontrados são os indicadores estabelecidos para a Pactuação Interfederativa de Indicadores 2017-2021. Os indicadores, relacionados a diretrizes nacionais, são compostos por 20 indicadores universais (pactuação comum e obrigatória) e 3 indicadores específicos (pactuação obrigatória quando observadas as especificidades no território).

Atenta-se que o município possui 100% de cobertura para as ações referentes à atenção básica, o que reflete em outros indicadores de saúde como:

- alta porcentagem de cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal;
- cobertura adequada de vacinas selecionadas para crianças menores de 2 anos de idade;
- diminuição da porcentagem de gravidez na adolescência;
- nenhum óbito materno e infantil;
- inexistência de casos novos de AIDS em menores de 5 anos de idade e de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade;
- razão de exames citopatológicos do colo do útero;
- adequada proporção de registro de óbitos com causa básica definida, o que resulta na transparência da qualidade dos serviços prestados na atenção básica em saúde.

No entanto, outros indicadores apresentaram resultados nos quais o município necessita desenvolver ações estratégicas, tais como: na área da vigilância em saúde, através da necessidade de melhoria do indicador referente às ações de vigilância sanitária, altos índices de parto cesáreo, baixa cobertura de exames de mamografia, necessidade de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil e aumento do número de óbitos por doenças crônicas não transmissíveis.

Para o restante, cinco indicadores possuem dados não disponíveis em sua totalidade, o que indica que este serviço não apresenta mensuração pela sua não ocorrência de casos ou pela não existência do serviço. Entre eles se destaca a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família e a proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados.

Por último, dois indicadores de saúde não foram pactuados por não se aplicarem ao município, devido ao seu pequeno quantitativo populacional e por possuir apenas os serviços básicos e essenciais de atenção à saúde de seus municípios, como a inexistência do CAPS e do indicador específico relacionado à transmissão de malária.

## **Indicadores e e Plano Municipal de Saúde**

O PMS consolida e traduz as diretrizes políticas que, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Linha Nova, visam colocar em prática o Plano de

Governo Municipal e a implantação de medidas que fortaleçam o SUS no município, com vistas à necessidade de articulação com os municípios vizinhos, com a Coordenadoria Regional de Saúde e com a União para os próximos 04 (quatro) anos. O PMS é justamente o mecanismo que vai, num único instrumento, diagnosticar a realidade, as reais necessidades e as ações e programas a serem executados (LINHA NOVA, 2018).

Verificou-se no SARGSUS (2018) a situação das ferramentas de planejamento da saúde, como o RAG, o RDQA e, principalmente para este estudo, foi possível consultar o último Plano Municipal de Saúde 2018-2021 do município de Linha Nova (PMS-2018-21), construído em 2017, com vigência no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2021. O PMS 2018-21 se constitui dos seguintes tópicos: introdução, que justifica a elaboração e importância deste frente à saúde dos munícipes; caracterização do município; sistema de saúde com a apresentação de indicadores de saúde; ações e programas realizados, com as estratégias e metas; e o planejamento de saúde para 2018 a 2021.

Na caracterização do município de Linha Nova, o PMS 2018-21 apresenta o histórico do surgimento do município, sua localização, aspectos geográficos e aspectos culturais. Além disso, apresenta dados relativos à demografia, educação, economia, aspectos políticos, infraestrutura, turismo, perfil ambiental e sanitário do município e, principalmente a situação de saúde.

Percebeu-se que no PMS constam a presença e a descrição de indicadores de saúde, referentes ao desempenho do município de Linha Nova. Estes se basearam nos principais indicadores utilizados pelos MS e pelo estado do Rio Grande do Sul, retirados de diversas fontes, para exprimir a situação de saúde no âmbito municipal.

Os indicadores de saúde estão dispostos no PMS da seguinte forma:

- a) Indicadores de natalidade;
- b) Indicadores de atendimentos;
- c) Indicadores de mortalidade e morbidade;
- d) Indicadores da vigilância sanitária.

Frente aos resultados, há dez indicadores da Pactuação Interfederativa 2017-2021 disponibilizados com análise no PMS de Linha Nova, com algumas diferenças de resultados da base do Portal BI (RS, 2018), pois o

PMS utilizou-se dos anos de 2010 a 2017 e dos indicadores específicos de cada programa de saúde.

Quanto aos indicadores de natalidade, itens 13 e 14 (quadro 1), observa-se que:

- a) O indicador 13 tem como objetivo avaliar o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, supondo que uma boa assistência aumente o percentual de partos normais, subsidiando processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção à saúde da mulher e da criança. Segundo os parâmetros internacionais, a necessidade de cesarianas é de 15 a 25% dos partos (WHO, 1996).

Na série histórica de Linha Nova, verificou-se um péssimo desempenho entre os anos estudados. Quando comparado a outros municípios da Microrregião Caxias e Hortênsias – região 23, Canela apresentou uma proporção de 19,01% de partos normais em 2017, Caxias do Sul 28,84%, Gramado 18,62%, Nova Petrópolis 23,97% e Picada Café 22,22% (RS, 2018). Dessa forma, percebe-se a necessidade dos gestores da Microrregião em fomentar ações para implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, com foco na atenção ao pré-natal e ao parto, na importância de identificar os pontos frágeis e trabalhar baseados na promoção da saúde através da humanização do parto e do nascimento.

- b) Houve casos de gravidez na adolescência nos anos de 2013, 2014 e 2015. Nos demais anos da série histórica, não foi constatada gravidez na adolescência (LINHA NOVA, 2018) (BRASIL, 2016b). Sendo assim, este indicador de saúde permite ao município monitorar as situações de gravidez de adolescentes de 10 a 19 anos, subsidiando políticas voltadas para a promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes.

Quanto aos indicadores de Atendimento (indicadores 4, 17, 18 e 19 – Quadro 1), pode ser observado que:

- a) o indicador 4, que informa a cobertura vacinal com as vacinas Pentavalente, Pneumocócica, Poliomielite e Tríplice Viral em crianças menores de

dois anos de idade, apresentou uma cobertura que se manteve superior a 75% desde 2013, atingindo 100% no triênio 2014-2016.

- b) O indicador 17 considera a centralidade da Atenção Básica no SUS, com a proposta de constituir-se como ordenadora do cuidado nos sistemas loco regionais de saúde e eixo estruturante de programas e projetos, além de favorecer a capacidade resolutiva e os processos de territorialização e regionalização em saúde. Analisando o indicador, que apresenta o percentual da população coberta pela Atenção Básica no município, pode-se observar que ao longo do período selecionado, manteve-se em 100%.
- c) O indicador 18, que apresenta o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, tem apresentado resultados satisfatórios, ficando em 100% desde 2012, o que significa que o município faz a sua parte no acompanhamento e monitoramento da saúde das famílias beneficiadas pelos programas sociais desenvolvidos pelo Governo Federal.
- d) o indicador 19 mede o acesso a serviços de saúde bucal na população no âmbito da atenção básica, sempre com cobertura de 100%. Esse indicador possibilita a análise da situação atual dos serviços ofertados, estimando a necessidade de melhorias e onde devem ser realizadas.

Para os indicadores de Mortalidade e Morbidade foram empregados os indicadores número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT - doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas), taxa de mortalidade infantil e número de óbitos maternos em determinado período e local de residência (indicadores números 1, 15 e 16 – Quadro 1).

- a) O indicador 1 contribui para o monitoramento da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que representam a maior causa de óbitos em todo o país. Além de ser um importante parâmetro para planejamento e pactuação de serviços de saúde em todos os níveis de atenção, voltados aos portadores de doenças crônicas (BRASIL, 2016b). No Brasil, as DCNT correspondem a 72% das causas de morte (MALTA et al., 2019). Na série histórica do município de Linha Nova, mesmo mantendo números baixos, não se percebe mudanças ao longo dos anos.

- b) A taxa de mortalidade infantil, expressa pelo indicador 15, tem mostrado resultado satisfatório nos últimos anos para o município de Linha Nova, pois não houve nenhum caso de mortalidade infantil no município no período de 2010 a 2017. Para municípios com população menor que 100 mil habitantes a taxa não é calculada. O indicador é representado pelo número absoluto de óbitos de crianças nas primeiras 24 horas, neonatal precoce (0 a 6 dias), neonatal tardio (7 a 27 dias), pós-neonatal (28 a 364 dias), menor de 1 ano (BRASIL, 2016b).

Espera-se que na região a qual o município está inserido, haja baixas taxas de mortalidade infantil, no entanto Canela apresentou em 2017 uma taxa de 10,82%, Caxias do Sul 8,91%, Gramado 8,24% e Nova Petrópolis 11,24%, totalizando 649 óbitos (9,03%) em 2017 na região 23. Somente Linha Nova e Picada Café não apresentaram óbitos infantis em 2017 (RS, 2018).

- c) O indicador 16 aponta que não houve nenhum caso de óbito materno no município. O objetivo do indicador é de avaliar o acesso e a qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto, supondo que uma boa assistência pautada nas boas práticas de atenção ao parto e nascimento reduzam as mortes maternas evitáveis, considerando que as principais causas de mortes são hipertensão, hemorragia e infecções perinatais. O indicador também visa contribuir na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de saúde, no contexto do modelo assistencial adotado (BRASIL, 2016b).

O indicador de Vigilância Sanitária considerado foi a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais/ E. Coli, Cloro. Em Linha Nova, o parâmetro habitual é de 72 coletas anuais (LINHA NOVA, 2018).

### **Informação e Planejamento das Ações em Saúde**

O PMS do município de Linha Nova (2018, p.49) afirma que “a gestão da Secretaria está apoiada na Atenção Primária da Saúde, visando a qualidade dos atendimentos, o fortalecimento dos vínculos e a descentralização das necessidades de média e alta complexidade dentro das Redes

de Atenção à Saúde”, tendo suas bases de crescimento apoiadas em um planejamento estratégico, com ações voltadas para o fortalecimento da Atenção Básica.

Frente aos resultados dos indicadores apresentados neste estudo, constataram-se diferenças na seleção e nos valores das informações dos indicadores do SISPACTO (RS, 2018) e nos encontrados no Plano Municipal da Saúde, devido aos anos de análise, a outras fontes de informação utilizadas ou até mesmo às escolhas político-partidárias que podem influenciar diretamente sobre o processo decisório setorial e no desenvolvimento das políticas públicas, o que incentiva reflexões acerca do conteúdo exposto para o processo de gestão municipal em saúde.

Além de prover a matéria-prima efetiva, um conjunto de indicadores tende a facilitar a organização de dados e informações para que se atinjam os objetivos e as metas estabelecidos em saúde e estimule o fortalecimento da capacidade de análise das equipes, promovendo o desenvolvimento de sistemas de informação resolutivos para o processo de gestão em saúde.

Para tanto, destaca-se que no Plano Municipal de Saúde do município de Linha Nova (2018) consta a definição de projetos e linhas de ação do governo municipal na área da saúde para os próximos quatro anos, tendo a equidade e qualidade dos serviços como ponto chave para as decisões, mantendo também uma busca constante de recursos nas esferas federais e estaduais.

Para que as metas sejam alcançadas, além da constante estimulação dos profissionais, a Secretaria Municipal de Saúde de Linha Nova procura seguir as Boas Práticas de Gestão recomendadas pela Legislação do Sistema Único de Saúde e pelo Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul e União, verificando, analisando e atualizando mensalmente os dados inseridos nos sistemas de informação da Secretaria Estadual e do Ministério da Saúde, de competência municipal e aperfeiçoando os meios de comunicação com os usuários, ampliando a divulgação dos serviços ofertados na Secretaria Municipal de Saúde (LINHA NOVA, 2018).

Os gestores, juntamente com os profissionais de saúde e com o apoio da população, necessitam estabelecer vínculos de compromisso e de corresponsabilidade frente à saúde de sua comunidade. Sendo assim, mesmo não contemplando todos os indicadores do SISPACTO, os indicadores elucidados no

PMS oportunizaram ricas discussões para a gestão local frente ao objetivo de gerir e coordenar o sistema de saúde por meio de informações reais e consistentes. Contudo, observou-se a existência de indicadores que poderiam ser bem mais analisados e priorizados pelo município: indicadores de qualidade da assistência pré-natal e ao parto, indicadores que refletem a situação do controle do câncer de colo de útero e mama (razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos; razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos) e indicadores que refletem a situação da vigilância em saúde (Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados), incluindo-se ações da vigilância sanitária (Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano) e epidemiológica (Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após a notificação). Ações apontadas por não estarem bem dispostas e discutidas no PMS e com pouca ou inexistente informação no SISPACTO.

O PMS de Linha Nova traz questões cruciais do processo de trabalho que podem ser utilizadas como ferramenta de operacionalização de cuidado. Todavia, notam-se algumas fragilidades, faltando informação, trazendo discussões superficiais, não sendo assim aproveitado como poderia.

Esta problemática trouxe a necessidade de avaliação e planejamento de ações com efeitos a estes determinantes que se encontram vulneráveis sobre as condições de vida e saúde da população de Linha Nova. Sugere-se a ampliação das fronteiras de atuação, com maior resolubilidade às necessidades básicas de saúde e com corresponsabilidade junto à equipe, utilizando-se do controle social e de ações intersetoriais para intervir em circunstâncias que estimulem a reflexão de determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos, família e comunidade.

Como passo inicial, propõe-se ao município a construção de um painel de indicadores em saúde adequados à instituição que contemple as informações compostas pelo rol de indicadores que compõem o SISPACTO para os anos de 2017-2021 e que estas estejam incluídas no próximo Plano Municipal de Saúde, a fim de melhorar a articulação destas ações, seu planejamento, aplicação e o monitoramento da atuação e de seus resultados na saúde do município.

## CONCLUSÃO

O estudo permitiu discutir o sistema de saúde e a qualidade das ações municipais. Demonstrou por meio de indicadores de saúde, nas fontes de pesquisa, que muitas estratégias referentes às ações na atenção básica são resolutivas e de qualidade. No entanto, apresentou limitações em ações de vigilância em saúde, no controle do câncer de colo de útero e de mama e na proporção de parto normal, por não estarem bem dispostas e discutidas no PMS e com pouca ou inexistente informação no SISPACTO.

O estudo valorizou os indicadores de saúde como instrumento avaliativo e indica sua relevância para que gestores utilizem os Planos Municipais de Saúde de seus municípios no processo de gestão, planejamento e avaliação das ações e serviços de saúde pública.

Ressalta-se assim a importância dos indicadores de saúde como instrumento de informação e de evidências capazes de prevenir ou retardar o aparecimento de agravos ou situações de riscos para a saúde. É somente por meio do conhecimento que se pode detectar ou prevenir mudanças em fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva, com a finalidade de adotar medidas de prevenção e controle da saúde, diretamente relacionados à produtividade e com a necessidade de direto apoio do âmbito da gestão e financiamento em saúde.

Espera-se que os dados disponíveis sejam, oportunamente, utilizados na produção e organização de análises sobre a situação de saúde e suas tendências, subsidiando os poderes públicos em todos os níveis de gestão e participação social do SUS e também para a aplicação destas ações em saúde à comunidade linhanovense.

## REFERÊNCIAS

ARAUJO, E.S.; BIZ, M.C.P. O planejamento em saúde na prática. Revista CIF Brasil, 5(5): 24-30, 2016.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 292 p. 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GMS nº 384, de 04 de abril de 2003. Define que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2003.

BRASIL. Senado Federal. 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. Diário Oficial da União, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 8, de 24 de novembro de 2016. Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017- 2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Planejamento no SUS. Fundação Oswaldo Cruz, p. 104-106, Brasília, 2016b.

DANIEL, V. M. Os sistemas de informação em saúde e seu apoio à gestão e ao planejamento do SUS: uma análise de estados brasileiros. Dissertação de mestrado. Porto Alegre (RS): Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2013.

DANTAS, U. I. B; SANTOS, S. R; BRITO, S. S; VIRGOLINO, J.L.B. Percepções dos gestores sobre o aplicativo – Pacto pela Saúde. Revista de Enfermagem. Recife. v. 7, p. 438-444, 2013.

FILHO, W. B. F; MÜLLER, G. Planejamento estratégico segundo Matus: proposta e crítica. In.: GERARDI, L.H.O; MENDES, I.A. (Orgs). Do natural, do social e suas interações. Rio Claro: Programa de Pós-Graduação em Geografia - UNESP; Associação de Geografia Teórica – AGETEO, 2002. p 121-132.

HUERTAS, Franco. O método PES: entrevista com Matus. São Paulo: Fundap, 1996.

LINHA NOVA. Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Linha Nova, 2018.

LUHM, K.R., WALDMAN, E.A. Sistemas informatizados de registro de imunização: uma revisão com enfoque na saúde infantil. Epidemiol Serv Saude, v. 18, n.1, p. 65-78. 2009.

MACHADO, T. C. Pactuação Interfederativa na Bahia: desempenho dos indicadores da vigilância epidemiológica e qualidade das informações do Sispacto. Dissertação de Mestrado. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2015.

MALTA, D.C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. Ciência e Saúde Coletiva, 19(11): 4341-50, 2014.

MARTINS, C. C.; WACLAWOVSKY, A. J. Problemas e Desafios Enfrentados pelos Gestores Públicos no Processo de Gestão em Saúde. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, 4(1): 100-109, 2015.

MATUS, C. Política, planejamento e governo. 3. ed. Editora da USP: São Paulo; 1993.

NASCIMENTO, A. B.; EGRY, E. Y. Os planos municipais de saúde e as potencialidades de reconhecimento das necessidades em saúde: estudo de quatro municípios brasileiros. Saúde e Sociedade, 26(4): 861-871, 2017.

SALIBA, N. A.; GARBIN, C. A. S.; GONÇALVES, P. E.; SANTOS, J. G.; SOUZA, N. P.; MOIMAZ, S. A. S. Plano Municipal de Saúde: análise do instrumento de gestão. Biosci. J. Uberlândia, 29(1): 224-230, 2013.

SARGSUS. Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão. 2018. Disponível em: <<https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=43&codTpRel=01>>.

WHO. World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: WHO, 1996.

# FINANCIAMENTO E GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE EM SETE MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL

GABRIELE BREMM MACHADO  
RITA DE CÁSSIA NUGEM  
ROGER DOS SANTOS ROSA

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera como objetivos fundamentais dos sistemas de saúde melhorar a condição de saúde da sua população, responder às expectativas das pessoas e fornecer proteção financeira relacionada aos custos com problemas de saúde (WHO, 2000). Nesse sentido, existe uma movimentação global para aprimorar a gestão e o financiamento no âmbito da saúde pois é a área na qual os custos crescem e continuarão crescendo em função do aumento nas necessidades de saúde e das demandas populacionais ilimitadas. Essas particularidades intrínsecas ao setor da saúde implicam em um grande desafio para os gestores e formuladores de políticas públicas ao passo que devem aproveitar ao máximo os recursos escassos gerando o mais elevado nível de saúde para a população (ROA, 2016). Andrade *et al.* (2018) complementam afirmando que os obstáculos enfrentados pelos sistemas de saúde são vários e decorrem não só da complexidade do mercado de bens e serviços de saúde mas, também de fatores culturais, políticos, econômicos e institucionais.

No Brasil, no período posterior à Constituição Federal de 1988, no qual se estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS) com caráter público com acesso universal, igualitário e integral as ações e serviços de saúde, as três esferas de governo – municípios, estados e União – passaram a ser responsáveis pelo cofinanciamento do setor saúde seguindo a concepção de uma estrutura descentralizada e hierarquizada. A partir disso, questões relacionadas ao financiamento foram intensificadas. Primeiro, porque o novo modelo exigia uma expansão da rede de serviços reforçando a necessidade de maiores aportes financeiros e, segundo, porque os recursos

eram deficientes, tanto em relação aos montantes quanto à participação dos entes na composição dos orçamentos.

Apesar da incorporação, ao longo dos anos subsequentes, de novos instrumentos legais a fim de solucionar a crise do financiamento público da saúde, o objetivo não foi alcançado. Piola et al. (2013b) apontam que o gasto público com saúde aumentou nas últimas décadas em decorrência da alteração nos aportes de financiamento assegurados pela Emenda Constitucional n° 29/2000 – a qual vinculou receitas públicas para a saúde estabelecendo mínimos legais a serem aplicados no setor. Entretanto, o crescimento verificado ficou aquém dos valores necessários para atender um sistema que tem por obrigação fornecer cobertura universal.

O déficit no financiamento da saúde pública brasileira fica claro quando os gastos públicos em saúde são comparados aos gastos totais no mesmo segmento. O país destinou, em 2015, 8,9% do Produto Interno Bruto (PIB) à saúde, percentual próximo ao encontrado em países de renda alta (WHO, 2018a). Não obstante, uma das diferenças do Brasil em relação a esse grupo de países – Canadá, Espanha, Reino Unido e Suíça – e que reforça a insuficiência de recursos é o fato do gasto público em saúde representar apenas 42,8% do gasto total (3,8% do PIB) ao passo que nos países citados – os quais também possuem sistemas universais de saúde – a proporção de gastos públicos, no mesmo período, supera os 70% dos gastos totais em saúde (WHO, 2018a). Diante da realidade apresentada, Andrade et al. (2018, p. 383) concluem que “essa diferença evidencia que o montante de recursos públicos é insuficiente para ofertar cobertura de serviços adequada, mesmo que seja somente para a população exclusivamente dependente do SUS”.

Ademais, com a exigência quantitativa na coparticipação do financiamento do SUS pelos estados e municípios, o governo federal passou a aplicar cada vez menos no decorrer dos anos, obrigando os governos subnacionais a destinarem aportes crescentes na tentativa de suprir as demandas de um sistema pautado pela universalidade. Em 1990, a participação da União nos gastos públicos em saúde era de 72,7%, em 2000 estava em 59,8% e em 2017 não ultrapassou 42,3%. Em contrapartida, a participação dos estados e municípios cresceu, respectivamente, de 18,5% e 21,7% em 2000 para 26% e 31% em 2017 (PIOLA et al., 2013b; ANDRADE et al., 2018).

O financiamento da saúde pública no Brasil ainda é um desafio a ser superado. O seu debate torna-se ainda mais relevante quando se constata que, em meio à situação de déficit nos investimentos mencionada anteriormente, medidas de austeridade fiscal foram incorporadas restringindo a ampliação de recursos para as próximas duas décadas. Andrade et al. (2018) argumentam que, mesmo com medidas de aumento da eficiência na prestação dos serviços e melhora no desempenho do sistema de saúde, o montante investido atualmente não é razoável para enfrentar o problema de insuficiência no financiamento do SUS.

Diante disso, vislumbra-se a persistência do subfinanciamento crônico na saúde pública nos anos subseqüentes dificultando, ainda mais, a sustentabilidade e o fortalecimento do SUS com possibilidade de reversão das melhorias conquistadas na saúde da população desde a sua criação. Andrade et al. (2018) recomendam, como meta para o fortalecimento da capacidade de oferta e a melhoria da qualidade dos serviços do SUS, o crescimento gradual do gasto público em saúde a ser atingido em, no máximo, duas décadas, o mesmo nível observado em países que mantêm sistemas universais de saúde.

Embora a estrutura do financiamento da saúde não defina de modo integral os níveis dos gastos em saúde, já que para estados e municípios continuam especificados apenas mínimos de investimentos, eles não podem ser completamente dissociados, pois ambos influenciam os resultados de saúde. Roa (2016) corrobora nesse pensamento acrescentando que tanto o nível de gastos quanto as fontes e a estrutura de financiamento da saúde condicionam e determinam como o sistema reage às carências da população.

A abordagem do estudo tem o intuito de contribuir para a provisão do financiamento público adequado com garantia do direito à saúde conforme previsto na Constituição Federal de 1988, baseado na descrição e análise dos gastos em saúde pública. Figueiredo et al. (2018, p. 39) sustentam essa visão afirmando que “os indicadores referentes aos gastos em saúde precisam ser acompanhados para fundamentar políticas e possibilitar o debate com evidências científicas”. Por isso, a questão que se pretende responder é: Quais são as características orçamentárias do financiamento e do gasto público em saúde de sete municípios do Rio Grande do Sul?

Assim, com enfoque nas transferências e aplicações próprias de recursos financeiros, e nas despesas totais em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), o trabalho se propõe a descrever o financiamento e os gastos públicos em saúde em alguns municípios selecionados do Rio Grande do Sul no período de 2015 a 2017.

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Essa pesquisa se caracteriza como quantitativa, descritiva, analítica e longitudinal, por meio da coleta e análise de dados secundários de cunho documental, públicos e de livre acesso.

Foram abrangidos sete municípios do estado do Rio Grande do Sul (RS): Guaporé, Jaguarão, Lagoa Vermelha, Nova Santa Rita, São Sepé, Três de Maio e Vera Cruz. Os municípios foram selecionados por conveniência para conferir homogeneidade na amostra. São municípios localizados em diferentes macrorregiões estaduais de saúde (Centro-oeste, Metropolitana, Missioneira, Norte, Serra, Sul e Vales), apresentam população total entre 20 mil e 50 mil habitantes (com variação populacional inferior a 10 mil habitantes) e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDMH) de nível alto (valores entre 0,700 e 0,799). Seis macrorregiões tiveram como resultado mais de um município e, para estes, a seleção final do município foi aleatória.

Para a investigação da despesa governamental com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), a fonte de dados foi o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) disponibilizado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) do Ministério da Saúde.

O SIOPS é um sistema computadorizado que padroniza e sistematiza os dados de receitas totais e despesas em ASPS da União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Trata-se de um instrumento para consolidação dos gastos totais com o SUS no país a partir de um conjunto de informações de domínio público. Oportuniza, dessa forma, o rastreio, a supervisão e o controle do financiamento do setor público de saúde. Para além, viabiliza a análise das prioridades locais, o grau de autonomia e a capacidade fiscal dos entes federados auxiliando na formulação de políticas públicas em saúde (BRASIL, 2013b).

Com vistas a manter o crescimento real dos gastos preservando o poder de compra, os valores monetários apresentados foram corrigidos para

preços de 2017, utilizando-se a variação anual do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para os cálculos per capita foram utilizadas as estimativas populacionais anuais de cada município – Revisão 2018 – elaboradas pela Fundação de Economia e Estatística (FEE) do governo do estado do Rio Grande do Sul.

Para mensurar o volume de recursos do SUS transferidos pelas esferas federal e estadual aos municípios foi retratada a evolução dos montantes aplicados em saúde pela União e RS no período 2015-2017 em cada município, seguida da comparação entre si e com parâmetros nacionais de transferências e, por fim, a análise da composição percentual das mesmas.

O volume de recursos próprios per capita aplicados em ASPS pelos municípios foi calculado a partir dos recursos monetários aplicados ano a ano pelos municípios com recursos próprios, seguido da evolução percentual dos investimentos e posterior confronto com padrões nacionais de aplicações.

Finalmente, a despesa total per capita em Ações e Serviços Públicos de Saúde foi alcançada descrevendo a evolução dos valores totais gastos de cada município e subsequente comparação entre os indicadores nacionais e internacionais de despesas com saúde pública.

A limitação da pesquisa compreende eventuais distorções nos registros relacionadas à utilização de dados secundários extraídos do SIOPS. Como esse sistema é autodeclaratório, as informações sobre as receitas totais e os gastos com ASPS são preenchidas e homologadas pelos gestores do SUS e apuradas pelos Tribunais de Contas das unidades federadas (União, Estados, Distrito Federal e Municípios). Assim, podem apresentar divergências entre os valores declarados e os efetivamente aplicados em relação tanto a diferenças quantitativas dos montantes quanto aos registros de alocação do investimento ser diferente do realmente empregado.

### **Caracterização dos municípios estudados**

As características socioeconômicas dos municípios selecionados (Guaporé, Jaguarão, Lagoa Vermelha, Nova Santa Rita, São Sepé, Três de Maio e Vera Cruz) encontram-se na Tabela 1.

**Tabela 1- Perfil socioeconômico de municípios selecionados do Rio Grande do Sul**

<b>Indicadores</b>	<b>Guaporé Serra</b>	<b>Jaguarão Sul</b>	<b>Lagoa Vermelha Norte</b>	<b>Nova Santa Rita Metropolitana</b>	<b>São Sepé Centro-oeste</b>	<b>Três de Maio Missioneira</b>	<b>Vera Cruz Vales</b>
População total - média anual (habitantes) (2015-2017)	25.362	27.690	27.666	26.714	22.983	24.629	25.556
Área em km <sup>2</sup> (2015)	298	2.054	1.264	218	2.201	422	310
IDHM (2010)	0,765	0,707	0,738	0,718	0,708	0,759	0,737
Expectativa de vida ao nascer (anos) (2010)	75,2	74,9	78,1	76,2	77,2	75,0	75,5
Taxa de analfabetismo com mais de 15 anos (%) (2010)	3,8	6,6	7,4	4,6	7,5	4,4	4,7
Taxa de Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos) (2016) (%)	6,4	13,0	7,6	11,7	13,8	10,1	13,8
PIB (R\$) (2015)	744.637	600.751	915.004	1.088.248	694.675	849.661	603.747
PIB per capita (R\$) (2015)	30.382	21.220	32.183	42.344	28.433	34.701	23.492

Fonte: Elaborado a partir de FEE (2019).

A média da população total no período estudado é semelhante (variando de 22.983 a 27.690 habitantes), o tamanho do território é bastante díspar (de 218 Km<sup>2</sup> a 2.201 Km<sup>2</sup>), e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) varia entre 0,700 e 0,799 em 2010, incluídos, portanto, na faixa de alto desenvolvimento (FEE, 2019). A expectativa de vida de todos os municípios é superior à média nacional do ano (73,9 anos) (IBGE, 2019) e a taxa de analfabetismo é inferior à média nacional do período (9,6%) (IBGE, 2019). O PIB por habitante tem uma diferença importante entre os municípios, oscilando entre R\$ 21.220 (Jaguarão) e R\$ 42.344 (Nova Santa Rita). Jaguarão, que registrou o menor produto interno bruto per capita, em 2015, possui a metade do montante pertencente a Nova Santa Rita, no mesmo período.

A gestão do sistema público de saúde nos municípios contempla, de forma geral, todas as categorias (municipal, estadual e dupla - municipal

e estadual) de modo individual ou associado. Guaporé, todavia, é o único município que gere todo o seu sistema de saúde – em todos os níveis de complexidade e de atenção à saúde. Para todos os outros municípios, o Estado possui participação (integral ou complementar) na gestão de, pelo menos, um dos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019a).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Volume de recursos do SUS por habitante transferidos das esferas federal e estadual aos municípios

A descentralização da gestão administrativa e fiscal faz parte de um dos princípios-chave para o funcionamento do sistema de saúde brasileiro. Sua base tributária está alicerçada nas transferências intergovernamentais tendo por objetivo trazer um caráter mais redistributivo aos gastos públicos em saúde que estão sob a execução dos governos municipais, principalmente no que tange a atenção básica de saúde (SIMÃO; ORELLANO, 2015). Nessa perspectiva, os valores que serão apresentados correspondem às receitas adicionais por habitante destinadas ao financiamento da saúde transferidos da União e do estado do Rio Grande do Sul para o Sistema Único de Saúde (SUS) dos municípios estudados, no período de 2015 a 2017.

**Tabela 2 - Recursos do Sistema Único de Saúde por habitante transferidos da União para municípios selecionados do Rio Grande do Sul, 2015-2017(preços médios de 2017 - IPCA)**

Municípios	2015	2016	2017	Média
	Recursos (R\$)	Recursos (R\$)	Recursos (R\$)	Recursos (R\$)
Guaporé	263,66	247,95	232,81	248,14
Jaguarão	101,68	133,38	99,14	111,40
Lagoa Vermelha	81,34	98,88	87,33	89,19
Nova Santa Rita	75,74	95,98	104,59	92,10
São Sepé	162,90	165,85	145,99	158,24
Três de Maio	156,28	177,66	155,61	163,18
Vera Cruz	90,22	102,12	114,75	102,36
Média anual	133,12	145,98	134,32	137,80

Fonte: Elaborado a partir de SIOPS e FEE (2018).

De acordo com tabela 2, que descreve os recursos do SUS per capita transferidos da União aos municípios, observa-se um aumento na quantia repassada no ano de 2016 em relação a 2015 em seis dos sete municípios estudados. A média percentual geral correspondeu a um aumento de 9,7% no montante dos recursos transferidos da União. As maiores porcentagens foram computadas em Jaguarão (31,2%) e Nova Santa Rita (26,7%); a exceção foi Guaporé com perda de 6,0 pontos percentuais (p.p) no valor recebido.

Esse aumento no repasse dos recursos no período analisado é diferente dos resultados descritos por Piola, Benevides e Vieira (2018) em relação aos investimentos totais da União. Segundo os autores, as despesas da União com ASPS tiveram uma redução nesse período de R\$ 19,66 por habitante ou 3,5%, passando de R\$ 555,35 (R\$113 bilhões) investidos em 2015 para R\$ 535,69 (R\$109,9 bilhões) em 2016 (ambos em valores de 2017) (PIOLA; BENEVIDES; VIEIRA, 2018). O déficit é confirmado pelo levantamento do Ministério da Saúde o qual apontou que o governo federal deixou de transferir R\$ 7,00 reais por habitante (R\$ 1,44 bilhões) em 2016 (valores de 2017), sendo R\$ 1,00 (R\$ 200 milhões) para os estados e R\$ 6,00 (1,24 bilhões) para os municípios como parte do custeio e ampliação de serviços do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Embora os municípios selecionados, de modo geral, não tenham sido afetados diretamente pela redução dos aportes financeiros nesse ano, a queda no financiamento federal ao SUS, segundo Sá et al. (2018), ocorreu em função da alteração na regra das transferências da União proposta pela Emenda Constitucional n° 86/2015 e que começou a vigorar em 2016, aliada à redução na arrecadação das receitas da União a partir de 2014. A mesma fonte relata que “esta queda demonstra o efeito da recessão econômica sobre as despesas federais com saúde e a opção política de não realizar maiores esforços para preservar o gasto em patamares anteriores” (SÁ et al., 2018, p. 115).

Em contrapartida, no ano seguinte – 2017 – cinco dos sete municípios estudados tiveram redução nos valores absolutos transferidos pela União em relação a 2016. O município de Jaguarão teve a maior redução com 25,7%, seguido do município de São Sepé com 12% de diminuição das transferências em 2017. A média, entretanto, das reduções foi de 8 pontos percentuais (p.p) em função de dois municípios – Vera Cruz e Nova Santa

Rita – que tiveram aumento nas transferências – 12,4 e 9,0%, respectivamente – nesse ano.

Ao contrário do ano anterior, a diminuição no aporte do financiamento federal em ASPS possivelmente seja decorrente da nova alteração do regime fiscal determinada pela Emenda Constitucional n° 95/2016 associada à menor arrecadação do governo federal em 2017. Dados apontaram que a Receita Corrente Líquida por habitante, em 2017, foi R\$ 108,84 menor do que no ano anterior (RCL total por habitante em 2016 R\$ 3.625,46 contra R\$ 3.516,84 em 2017 – valores de 2017) (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2018). O déficit na arrecadação pela União nesse ano, todavia, foi compensado pela alteração na regra de investimento mínimo (de 13,2% em 2016 para 15% em 2017).

Apesar de o governo federal ter aplicado R\$ 27,08 por habitante a mais do que o mínimo determinado em 2017 e R\$ R\$ 18,94 por habitante a mais que em 2016 (ambos em ASPS) (R\$ 4,8 bilhões e R\$ 5,6 bilhões, respectivamente) (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2018; SIOPS, 2018), a vinculação das receitas da União aos aportes de financiamento do SUS, já determinado no ano anterior pela EC n° 86/2015, somados à recessão econômica não conseguiram suprir a insuficiência dos investimentos cessando a lógica de aumentos graduais estabilidade dos gastos com saúde conseguidos pela EC n° 29/2000.

Sá et al. (2018, p. 114) corroboram com os achados do estudo, mencionando que a possibilidade de queda na receita corrente líquida é especialmente relevante “[...] porque agrava o problema do subfinanciamento federal da saúde, podendo comprometer as transferências do Ministério da Saúde para os estados e municípios”. Jaccoud e Viera (2018) complementam declarando que a provável redução da participação da União na alocação de recursos em saúde, em consequência da EC n° 95/2016, agrava o quadro de financiamento do SUS com risco de transferir maiores responsabilidades para os municípios também já pressionados pelo subfinanciamento no setor. Piola, Benevides e Vieira (2018) finalizam evidenciando que há necessidade de manter o crescimento dos recursos federais para o sistema, primeiro porque a evolução dos indicadores demográficos e epidemiológicos e o dever de cobrir as insuficiências de oferta apontam nessa direção e, segundo, porque a maioria dos estados e municípios encontra-se em situação fiscal preocupante e, possivelmente, não conseguirá repor esse custo sozinho.

Quando se comparam os montantes transferidos pela União para cada município observam-se contrastes importantes. Considerando a média de transferências das receitas para os municípios no período (2015 – 2017), verifica-se que Guaporé foi a cidade que mais recebeu (R\$ 248,14), enquanto Lagoa Vermelha e Nova Santa Rita foram as que menos receberam (R\$ 89,19 e R\$ 92,10, respectivamente). Isso significa que o município que recebeu maior aporte de investimentos por habitante da União – Guaporé – ainda assim, recebeu menos da metade da média dos recursos; e os municípios que menos receberam subsídios - Lagoa Vermelha e Nova Santa Rita – embolsaram, em torno de, seis vezes menos do que a média gasta pelo governo federal.

Sobre essas diferenças de aplicações, Piola, Vieira e Benevides (2018) apontam que a alocação igualitária de recursos na saúde não deve ser pensada como a mais ideal ou justa, uma vez que as diferenças de estrutura demográfica, quadro epidemiológico, situação social e econômica sempre existirão e, nesses casos, a distribuição igualitária não seria a mais equitativa. Piola et al. (2013a) reforçam essa visão salientando que, de forma simplista e baseada no senso comum, os recursos federais devem beneficiar em maior proporção regiões de menor desenvolvimento social e econômico.

Logo, assim, não é possível afirmar que, apesar das discrepâncias demonstradas nos achados dessa pesquisa, os recursos repassados pela União aos municípios não são equitativos, posto que a homogeneidade dos municípios dessa amostra, definidos a partir dos critérios de seleção, não abrange todos os quesitos levantados por Piola, Vieira e Benevides (2018).

Por outro lado, quando a média dos gastos da União com ASPS por habitante é confrontada com a média dos municípios da pesquisa nesse período, tem-se uma diferença de R\$ 408,20 ou 4 vezes menor (média da União R\$ 546,00 - valores de 2017 contra R\$ 137,80 média dos municípios) (PIOLA; BENEVIDES; VIEIRA, 2018).

Nesse caso, a diferença observada entre os investimentos do governo federal nos municípios da pesquisa e a média nacional desses mesmos gastos é corroborada por Piola, Benevides e Vieira (2018, p. 30) no qual afirmam que “[...] permanecem grandes as desigualdades regionais na aplicação de recursos no SUS” (PIOLA; BENEVIDES; VIEIRA, 2018, p. 30). Piola et al. (2013a, p. 42) também reforçam os achados em relação a divisão de

recursos pelo governo federal relatando que “[...] a distribuição regional do gasto público em saúde é bastante desigual [...]”.

**Tabela 3 - Recursos do Sistema Único de Saúde por habitante transferidos do Estado para municípios selecionados do Rio Grande do Sul, 2015-2017 (preços médios de 2017 - IPCA)**

Municípios	2015	2016	2017	Média
	Recursos (R\$)	Recursos (R\$)	Recursos (R\$)	Recursos (R\$)
Guaporé	49,63	73,38	81,51	68,17
Jaguarão	43,56	32,69	25,40	33,88
Lagoa Vermelha	15,13	24,75	21,42	20,43
Nova Santa Rita	16,98	21,10	14,82	17,63
São Sepé	7,52	59,60	54,20	40,44
Três de Maio	33,36	38,00	29,50	33,62
Vera Cruz	19,91	30,98	21,52	24,14
Média anual	26,59	40,07	35,48	34,05

Fonte: Elaborado a partir de SIOPS e FEE (2018).

Na tabela 3, que quantifica os recursos do SUS per capita transferidos do Estado aos municípios, nota-se um aumento no montante repassado em 2016 em comparação a 2015 em seis dos sete municípios estudados. Os aumentos foram em média 50,7% maiores, com destaque para Lagoa Vermelha, que teve a maior porcentagem com 63,5%, e Jaguarão, que foi o único município com queda de 25,0% no montante de recursos transferidos. Convém destacar que São Sepé não foi contabilizado na média de aumento, pois recebeu oito vezes menos em 2015 do que em 2016. Esse baixo investimento per capita em 2015 (R\$ 7,52), se comparado a 2016 (R\$ 59,60) e a 2017 (R\$ 54,20), pode ter relação com a “dívida” que o governo estadual desenvolveu com o município nesse ano. Conforme a Secretaria Estadual da Saúde (2018), São Sepé recebeu R\$ 864 mil ou R\$ 37,60 por habitante em fevereiro de 2018 referentes a repasses atrasados de 2015 a 2017 para os programas Saúde da Família, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Medicamentos Básicos.

O aumento no montante transferido aos municípios pode ser explicado pelo acréscimo de R\$ 103,86 por habitante (R\$ 1,31 bilhões) na

arrecadação total das receitas vinculadas do Estado (receita de impostos líquida e de transferências constitucionais e legais) em 2016 (R\$ 2.570,88 em 2015 para R\$ 2.674,74 em 2016 ou R\$ 28,73 bilhões para R\$ 30,04 bilhões - valores de 2017) (SIOPS, 2018), e a aplicação de 12,1% do total das receitas vinculadas em ASPS definidas pela EC n° 29/2000.

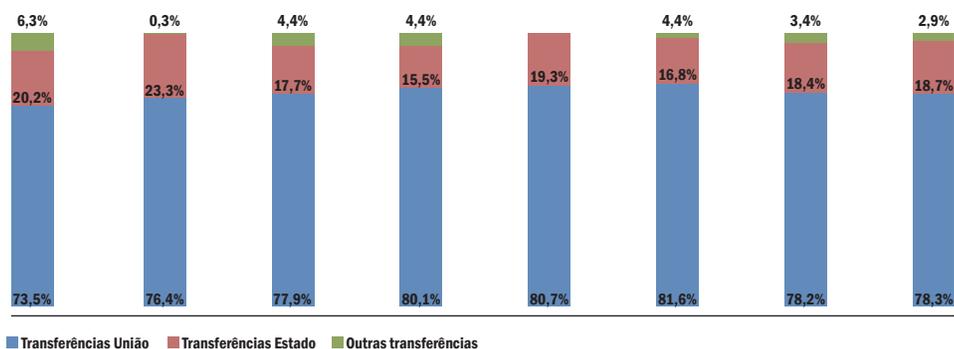
Por outro lado, no ano seguinte – 2017 – seis dos setes municípios estudados tiveram redução nos valores absolutos transferidos pelo Estado em relação a 2016. O município de Vera Cruz teve a maior redução com 30,5%, seguido de Nova Santa Rita com 29,8% na diminuição das transferências em 2017. O destaque fica com Guaporé, único município que teve aumento nas transferências do Estado com 11,1%.

Essa redução no aporte de transferências para os municípios em 2017 contrasta com o aumento no total arrecadado com as receitas vinculadas do Estado. Nesse ano, houve um acréscimo de R\$ 59,40 per capita (R\$ 804 milhões) na arrecadação em relação a 2016 e uma aplicação de 12,2% do total das receitas vinculadas em ASPS. Logo, não se pode concluir que a diminuição nos valores transferidos pelo Estado nesse ano seja resultado da sua arrecadação. A possibilidade mais plausível, entretanto, é que tenha havido um redirecionamento nos recursos da saúde para outras áreas essenciais em virtude da crise financeira que assola o estado e que se intensificou nos últimos anos. Segundo Marques Junior (2015), tal crise é decorrente da dívida acumulada ao longo de décadas, da deterioração fiscal dos últimos anos e da recessão econômica.

Quando a análise é realizada comparando os montantes transferidos pelo Estado para cada município, observam-se diferenças notáveis. Considerando a média de transferências das receitas para os municípios no período (2015 – 2017), verifica-se que Guaporé foi o que mais recebeu (R\$ 68,17) enquanto Nova Santa Rita e Lagoa Vermelha os que menos receberam (R\$ 17,63 e R\$ 20,43 respectivamente). Em termos gerais, Nova Santa Rita recebeu quatro vezes menos investimentos do Estado em relação a Guaporé. Essas diferenças observadas nos recursos transferidos aos municípios, assim como mencionadas anteriormente em relação as transferências da União, não permitem afirmar que se trata de um rateio injusto – não equitativo – dado que os municípios selecionados não são completamente homogêneos e que, para esses casos, a distribuição igualitária não é a mais virtuosa.

Em contrapartida, Piola, Benevides e Vieira (2018) mencionam que a média dos gastos dos Estados por habitante, no período estudado, foi de R\$ 327,00 (valores de 2017), enquanto que dos municípios estudados foi quase dez vezes menor (R\$ 34,05). Neste caso, nota-se que o Estado do Rio Grande do Sul não conseguiu assumir de fato o papel de corresponsável pelo financiamento da saúde pública, aplicando valores muito abaixo do esperado quando comparados a média nacional investida por outros estados no mesmo período.

**Gráfico 1- Composição das transferências do SUS em municípios selecionados do Rio Grande do Sul- Média percentual 2015-201**



Fonte: Elaborado a partir de SIOPS (2019).

No gráfico 1, que apresenta a média anual de participação nas transferências de recursos do SUS, observa-se que a União é a responsável pela maior parte dos repasses aos municípios (78,3%). O Estado, por sua vez, corresponde a 18,7% do montante das transferências, e as outras transferências somam apenas 2,9 pontos percentuais (p.p).

Essa grande presença da União no total das transferências para o SUS demonstra uma dependência importante dos municípios no financiamento da saúde em relação ao governo federal. Por outro lado, as transferências diretas do Fundo Estadual de Saúde (FES) para o Fundo Municipal de Saúde (FMS) demonstram um Estado (unidade federativa) pouco participativo no financiamento. Talvez, mais concentrado na provisão dos serviços de média e alta complexidade e nos possíveis redirecionamentos dos recursos da saúde para outros segmentos públicos em virtude da crise financeira do que na cooperação com o financiamento da saúde municipal.

Santos Neto et al. (2017), em estudo semelhante aos municípios da Região de Saúde Rota dos Bandeirantes no estado de São Paulo, entre 2009 e 2012, concluíram de que o Estado – no caso São Paulo – preocupava-se pouco com o financiamento da saúde pública dos seus municípios, uma vez que era responsável por apenas 5% do total das transferências para o SUS no período estudado.

Todavia, há de se evidenciar que os percentuais apresentados das transferências do Estado do Rio Grande do Sul para o SUS não são baixos como os retratados por Santos Neto et al. (2017) em função do cumprimento (12,2%) do limite mínimo constitucional no período estudado.

No que diz respeito as “Outras transferências para o SUS” são os recursos provenientes de outros municípios – sobre a prestação de serviços de saúde, convênios e consórcios intermunicipais – e de outras receitas do SUS – que incluem transferências voluntárias, operações de crédito vinculadas à saúde e receitas de instituições privadas, do exterior e de pessoas para o financiamento da saúde. Os baixos percentuais observados em todos os municípios estudados – e, em especial São Sepé que não recebeu aportes dessa natureza no período – permitem inferir que não só o processo de regionalização proposto, em última instância, pelo Decreto n° 7.508 em 2011 por meio dos consórcios não se concretizou, mas também que os convênios com o Ministério da Saúde – transferências voluntárias - para o financiamento de projetos específicos na área não fazem parte das estratégias dos municípios para incrementar seus recursos financeiros. Santos Neto et al. (2017, p. 1276) corroboram essa visão, acrescentando que “[...] a “adesão” dos municípios às políticas e programas que trazem incentivos federais é uma decisão autônoma e impacta diretamente no volume das transferências que a União realiza aos municípios”.

### **Volume de recursos próprios per capita aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde pelos municípios**

Os recursos próprios dos municípios são constituídos das receitas de impostos mais as transferências constitucionais e legais previstas na Emenda Constitucional n° 29/2000, excluindo as despesas financiadas com subsídios transferidos por outras esferas de governo (PIOLA; BENEVIDES; VIEIRA, 2018). Para tanto, os valores que serão apresentados correspondem aos in-

vestimentos individuais por habitante dos municípios que foram aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde no período de 2015 a 2017.

**Tabela 4 - Recursos próprios por habitante aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde por municípios selecionados do Rio Grande do Sul, 2015-2017 (preços médios de 2017 - IPCA)**

Municípios	2015	2016	2017	Média por município
	Recursos (R\$)	Recursos(R\$)	Recursos (R\$)	Recursos (R\$)
Guaporé	368,43	338,46	371,85	359,58
Jaguarão	279,97	262,54	360,50	301,00
Lagoa Vermelha	388,96	407,92	466,75	421,21
Nova Santa Rita	348,25	354,66	398,28	367,06
São Sepé	341,17	423,51	494,56	419,75
Três de Maio	303,33	311,84	383,11	332,76
Vera Cruz	340,47	378,88	412,27	377,21
Média anual	338,65	353,97	412,47	368,37

Fonte: Elaborado a partir de SIOPS e FEE (2018).

Os resultados demonstram, nesse período, um aumento gradual no investimento realizado pelos municípios. O aumento médio dos montantes aplicados dos anos foi de 13,2 pontos percentuais (p.p) em referência a 2015, sendo 4,5% em 2016 e 21,8% em 2017. Em observação dos gastos médios com ASPS por habitante pelos municípios, verificou-se homogeneidade entre os valores. Lagoa Vermelha e São Sepé foram os municípios que mais destinaram recursos por habitante (R\$ 421,21 e R\$ 419,75 respectivamente); e Jaguarão o que menos investiu (R\$ 301,00). Na progressão dos investimentos citada, apenas Guaporé e Jaguarão interromperam esse ciclo em 2016, aplicando menos por habitante (8,1% e 6,2% respectivamente) que no ano anterior (2015). Em compensação, São Sepé aplicou, em 2017, 45% mais recursos próprios per capita do que no primeiro ano de referência (2015).

Ao contrário do que se possa imaginar, essa redução dos aportes financeiros investidos pelos municípios referidos – Guaporé e Jaguarão – não são resultados de uma receita líquida total menor. Em 2016, esses municípios tiveram uma queda líquida nas receitas de impostos, em relação a 2015, mas que foram compensados por uma maior receita de trans-

ferências constitucionais proporcionando assim um aumento (R\$ 81,34 por habitante ou 4,3% e R\$ 207,74 habitante-ano ou 12,0%, respectivamente – em valores de 2017) dos recursos disponíveis em comparação ao ano anterior para executar as ações e os serviços públicos no seu território (SIOPS, 2018). Por consequência, é possível concluir que esses municípios poderiam ter aumentado seus aportes financeiros demonstrando um maior comprometimento com a saúde pública no seu território.

É de relevância esclarecer, ainda, que de todos os municípios apenas Lagoa Vermelha teve uma arrecadação total menor (R\$ 21 mil), em 2017, do que no ano anterior (2016) (SIOPS, 2018).

Confrontando a média de gastos com ASPS per capita pelos governos municipais selecionados e a média dos municípios brasileiros, no mesmo período, observa-se que os municípios brasileiros investem R\$ 396,00 (em valores de 2017) contra R\$ 368,37 dos municípios estudados, ou seja, são menos R\$ 27,63 por habitante ou 7,5 pontos percentuais (p.p) que os municípios estudados deixam de investir em saúde com receitas próprias (PIOLA; BENEVIDES; VIEIRA, 2018). Os mesmos autores reforçam que as desigualdades existem em virtude das diferenças de renda e de capacidade de arrecadação de tributos dos municípios (PIOLA; BENEVIDES; VIEIRA, 2018). Mesmo que os municípios selecionados tenham aplicado um pouco menos que a média nacional em ASPS com recursos próprios, percebe-se, assim conforme destacado por Piola et al. (2013a), o empenho relativo em manter uma crescente nos montantes destinados à saúde da sua população.

A média anual dos municípios no período estudado correspondeu a 20,8%. Houve uma pequena queda (0,8 pontos percentuais (p.p)) em 2016 e maior recuperação (1,9%) em 2017, ambos comparados a 2015.

Os resultados apresentados ressaltam o quanto os municípios estão se comprometendo com a saúde de seu território. Os destaques de maior média de aplicação são de Vera Cruz (25,9%) e Lagoa Vermelha (23,8%); sendo o maior percentual em 2017 pelo município de Vera Cruz (28,0%). A menor média, por sua vez, fica por conta de Nova Santa Rita (17,1%) e o menor investimento anual em 2016 com Jaguarão (15,1%).

O percentual aplicado pelos municípios selecionados aponta para o cumprimento estabelecido pela Lei Complementar n° 141/2012, de no mínimo 15% de suas receitas de impostos e transferências constitucionais em ASPS. Entretanto, fica evidente que a política de determinados municípios - a exem-

plo de Nova Santa Rita que manteve uma aplicação baixa e constante no período estudado – é de não ampliar o percentual dos investimentos em saúde, visto que em valores financeiros a média de suas aplicações corresponde a quinta maior (R\$ 367,06 habitante-ano), enquanto que na média percentual está em sétimo e último lugar (17,1%).

Piola, Benevides e Vieira (2018) apontaram que a alocação de recursos próprios dos municípios brasileiros no financiamento do SUS teve média de 31,2% no período entre 2015 e 2017. Santos Neto et al. (2017) em estudo a municípios da Rota dos Bandeirantes, no estado de São Paulo (2009 a 2012), já salientavam a média regional de 37,6% de gastos em saúde com recursos próprios municipais. Nota-se que a maioria dos municípios deste estudo tem médias bem inferiores às apresentadas por esses autores, sendo que o primeiro se refere a valores percentuais do mesmo período desta análise.

Uma das causas para essas disparidades percebidas pode ser a limitação no espaço fiscal dos municípios estudados e/ou a forte dependência das receitas de transferências constitucionais e legais – Cotas partes do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), Imposto sobre a propriedade Territorial Rural (ITR), Impostos sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) e Imposto sobre Produtos Industrializados de Exportação (IPI – Exportação) (PIOLA et al., 2013a) – dificultando maior investimento com receitas próprias municipais.

Vieira e Benevides (2016) corroboram reforçando que as restrições dos municípios ao aumento das suas aplicações em ASPS podem estar associadas à crise econômica brasileira – e que, conforme mencionado anteriormente, também tem afetado as demais esferas governamentais - comprimindo suas finanças e impedindo o aumento nos aportes advindos das receitas tanto de imposto líquido quanto de transferência constitucional e legal destinadas parcialmente a saúde.

Por outro lado, Santos Neto et al. (2017) rebatem que nem sempre níveis maiores de investimentos com aportes próprios são benéficos aos municípios. Segundo os autores, gastos em saúde em níveis acima de 30% da receita própria tornam impraticável a administração do município, uma vez que afetam os investimentos em outras áreas públicas essenciais (SANTOS NETO et al., 2017). Finalmente, os mesmos autores afirmam que é necessária a elaboração de políticas públicas que visem a reduzir a pressão sobre os orçamentos dos municípios que possuem uma arrecadação mais baixa e que o Ministério

da Saúde tem o dever constitucional de ampliar seu percentual de gastos em saúde (SANTOS NETO et al., 2017).

### Despesa total per capita em Ações e Serviços Públicos de Saúde

Os gastos totais em ações e serviços públicos de saúde compreendem os recursos do poder público municipal, aplicados diretamente pela Secretaria Municipal de Saúde, e abrangem, além dos recursos próprios municipais, a transferência dos governos federal e estadual (SANTOS NETO et al., 2017). Logo, os valores que serão apresentados representam as despesas totais por habitante em ações e serviços públicos em saúde nos municípios estudados, no período entre 2015 e 2017.

**Tabela 5 - Despesa total por habitante aplicada em Ações e Serviços Públicos de Saúde por municípios selecionados do Rio Grande do Sul, 2015-2017 (preços médios de 2017 - IPCA)**

Municípios	2015	2016	2017	Média
	Recursos (R\$)	Recursos (R\$)	Recursos (R\$)	Recursos (R\$)
Guaporé	703,76	682,31	707,01	697,69
Jaguarão	455,78	442,53	494,10	464,14
Lagoa Vermelha	497,47	526,19	570,93	531,53
Nova Santa Rita	474,68	478,04	503,07	485,26
São Sepé	587,00	653,82	684,60	641,80
Três de Maio	550,49	534,98	584,77	556,75
Vera Cruz	476,47	508,41	570,68	518,52
Média anual	535,09	546,61	587,88	556,53

Fonte: Elaborado a partir de SIOPS e FEE (2018).

Em relação aos valores totais médios gastos em ações e serviços públicos de saúde por habitante no período demonstrado na tabela 5.4 (acima), verificaram-se diferenças relevantes entre os municípios. Tais divergências representaram 33,5 pontos percentuais (p.p) ou R\$ 233,55 entre o que mais e o que menos gastou (Guaporé - R\$ 697,69 e Jaguarão - R\$ 464,14, respectivamente).

Do período selecionado (2015-2017), 2016 foi o ano no qual os municípios gastaram menos com saúde por habitante. Dos sete municípios, três - Guaporé, Jaguarão e Três de Maio - reduziram os montantes despendidos em relação ao ano anterior (2015). Já para 2017, percebe-se uma

recuperação ao passo que todos os municípios desembolsaram mais que ambos os anos anteriores (2015 e 2016).

As reduções percebidas nos gastos totais por habitante em ASPS dos municípios mencionados - Guaporé, Jaguarão e Três de Maio – em 2016 podem ser decorrentes em maior ou menor proporção, como já mencionado, de transferências federais e estaduais inferiores, e de reduzidos investimentos com recursos próprios, agindo de modo isolado ou associado. A partir das análises citadas relacionadas a 2016, observa-se que Guaporé apresentou redução na transferência federal e destinou menos recursos próprios refletindo em uma queda na porcentagem de aplicação municipal. Jaguarão, no que lhe diz respeito, teve uma transferência estadual inferior e redução no investimento com receitas próprias, ficando evidente na diminuição do percentual próprio alocado. E, finalmente, Três de Maio foi o único município nessa situação que teve aumento nas transferências federal e estadual, porém aplicou uma porcentagem menor de recursos próprios, apesar dos valores monetários terem sido superiores. Essas considerações, talvez, possam elucidar o decréscimo constatado, em 2016, dos gastos totais em ASPS pelos municípios no presente estudo. Permitem deduzir que, embora exista uma associação relevante de todos os entes governamentais na composição dos gastos com saúde pública, as receitas próprias investidas pelos municípios, nesse quesito, tiveram, supostamente, maior impacto sobre os desfechos.

A média per capita dos gastos das três esferas de governo em ASPS dos municípios selecionados, no período de 2015 a 2017, foi de R\$ 556,53. Segundo Piola, Benevides e Vieira (2018) a média nacional dos gastos totais com ASPS por habitante nesse mesmo período foi de R\$ 1.269,001 (em valores de 2017) e a média no estado do Rio Grande do Sul no ano de 2017 correspondeu a R\$ 1.213,002. Comparando esses resultados, os municípios pesquisados tiveram um gasto em ASPS por habitante 56,1% menor que a média nacional e 54,1% menor que a média do Rio Grande do Sul no ano de 2017. Adicionalmente, a despeito dos resultados dos municípios estudados permanecerem inferiores,

- 
- 1 Incluem-se os gastos diretos não regionalizados que representam as despesas das unidades hospitalares vinculadas ao Ministério da Saúde nos estados do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Sul.
  - 2 Incluem-se os gastos diretos não regionalizados (alocações federais para custeio do Grupo Hospitalar Conceição – GHC).

aproximam-se aos menores gastos totais médios per capita com ASPS do país, localizados na Região Nordeste e média de R\$ 875,00 (PIOLA; BENEVIDES; VIEIRA, 2018).

Acrescente-se que, quando a comparação é realizada com países que também dispõem de sistemas similares de saúde, universais e públicos, os valores gastos pelos municípios estudados ficam mais díspares. Ainda que a média da despesa total para cobrir as ações e serviços públicos de saúde da população dos municípios estudados, entre 2015 e 2017, tenha sido de R\$ 556,53 ou US\$ 332,65 per capita, países com propostas de sistemas de saúde semelhantes investiram, em 2017, em média 11 vezes mais (Canadá US\$ 3.383, Espanha US\$ 2.261, Reino Unido US\$ 3.330, Suíça US\$ 5.363) (WHO, 2018a).

Vieira e Benevides (2016) corroboram afirmando que o gasto público per capita com saúde do Brasil é um dos mais baixos entre países que possuem sistema universal e mesmo em países da América do Sul nos quais o direito à saúde não é universal (US\$ 1.167 para a Argentina e US\$ 795 para o Chile, ambos referentes a 2013).

Os dados apresentados, tanto de municípios brasileiros quanto de outros países, como parâmetro aos municípios do estudo oportunizam entender que o país não tem arcado com o seu compromisso no financiamento público da saúde posto que ostenta valores discrepantes dentro do próprio território e aquém do esperado para um sistema público e universal de saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O financiamento da saúde é um grande desafio para a saúde pública, a situação é crítica e a conta parece não fechar: de um lado um sistema de saúde universal, equitativo e igualitário e, de outro, uma trajetória de financiamento não suficiente, inadequada e pouco resolutiva. Explorar “o financiamento e o gasto do SUS nos municípios é uma forma de demonstrar a real situação do financiamento público na ponta” (SANTOS NETO et al., 2017, p. 1274) trazendo à tona as carências de cobertura e de acesso efetivo da população aos serviços de saúde que são decorrentes de um sistema condicionado e determinado tanto pelo nível de gastos quanto pelas fontes e estruturas de custeio (ROA, 2016).

Considerando as transferências intergovernamentais de recursos do SUS destinadas ao financiamento da saúde pública e de efetivação das ações e serviços pelos municípios, verificou-se que as alterações nas regras do custeio federal impactaram nos quantitativos totais alocados pela União. Cada ano do estudo compreendeu regras diferentes para as transferências federais: 2015 foi marcado pela vigência da EC n° 29/2000; 2016 vigorou a EC n° 86/2015; e 2017 foi regido pela EC n° 95/2016. Todavia, a de maior impacto para os municípios foi a EC n° 95/2016 deixando em evidência a questão do agravamento do subfinanciamento da saúde determinada, principalmente, pelas medidas do novo regime fiscal. Além disso, a grande presença da União no total das transferências para o SUS (78,3%) e os baixos valores transferidos – quatro vezes menor – quando em contraste com a média nacional, demonstram, no primeiro, uma dependência importante dos municípios no financiamento da saúde perante o governo federal e, no segundo, uma distribuição desigual dos recursos disponíveis entre as regiões.

No que diz respeito às transferências de recursos do SUS pelo Estado constatou-se que este participa com apenas 18,7% dos totais das alocações e responde por aportes muito baixos – dez vezes menos – quando equiparados a média de todos os estados brasileiros. Valida-se a visão de uma unidade federativa pouco participativa no financiamento, talvez mais concentrada na provisão dos serviços de média e alta complexidade e na superação da crise financeira do estado do que na cooperação com o financiamento da saúde municipal.

Em relação aos investimentos individuais dos municípios aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde apurou-se que destinam em média 20,7% das suas receitas para saúde. Os patamares de aplicações se assemelham a média nacional dos municípios denotando, de modo geral, um maior comprometimento com o financiamento corroborado pelas contribuições progressivas destinadas a execução de serviços no seu território.

Nas despesas totais em ações e serviços públicos de saúde evidenciou-se que todos os entes governamentais contribuem para desfechos relacionados aos gastos com saúde pública. As receitas próprias dos municípios apareceram como maior responsável pelo comprometimento no desempenho final e na efetivação das ações e serviços públicos municipais corroborando com a sua importância na composição dos gastos.

Notou-se que os gastos totais com ASPS correspondem a menos da metade das médias nacional e estadual. Quando confrontados com países de sistemas similares – universais e públicos –, vislumbram compreender a problemática da insuficiência de recursos do SUS, e por consequência, de todo um sistema de saúde que tem por obrigação fornecer cobertura universal, conforme estabelecido em texto constitucional.

A macrorregião da Serra (Guaporé) foi a que mais se beneficiou com as transferências da União e do Estado e a que mais gastou com saúde pública no período. Por outro lado, a macrorregião Norte (Lagoa Vermelha) e a Metropolitana (Nova Santa Rita) foram as que menos receberam aportes do governo federal e do estadual, respectivamente. Já as maiores aplicações com recursos próprios foram da macrorregião dos Vales (Vera Cruz).

Os resultados observados ao final do período analisado retratam o ano de 2016 como o mais complicado para os municípios em virtude, possivelmente, de uma limitação no espaço fiscal de arrecadação e/ou forte dependência das receitas de transferências constitucionais e legais; o ano de 2017 mais difícil na esfera federal, em decorrência a priori da Emenda Constitucional n° 95/2016, e na estadual como efeito possível de um outro destino as receitas das transferências como forma de atender necessidades públicas de outras áreas em função da crise do estado.

Assim, é necessário aprimorar a gestão e o financiamento da saúde pública, de modo a fortalecer e consolidar o SUS na perspectiva de reduzir as desigualdades sociais e regionais no acesso às ações e serviços de saúde. Andrade et al. (2018) propõem para o custeio do sistema de saúde brasileiro a adequação do financiamento do SUS, conseguido por meio do crescimento gradual do gasto público como percentual do PIB, de tal modo a atingir, no máximo em duas décadas o nível observado em países que mantêm sistemas universais.

Entretanto, as probabilidades apontam na direção contrária em virtude da EC n° 95/2016, vislumbrando um possível agravamento no financiamento do SUS, acrescidos da redução da capacidade de coordenação do sistema, da perda de efetividade, do aumento de competição e da fragmentação, além do crescimento da desigualdade de acesso a saúde (JACCOUD; VIEIRA, 2018).

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M. V. et al. Desafios do sistema de saúde brasileiro. In: De NEGRI, J.; ARAÚJO, B. C. P. O. (Orgs.). Desafios da nação: artigos de apoio. v.2, Brasília: Ipea, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. (Série Ecos, Economia da Saúde para a Gestão do SUS; Eixo 2, v. 1).
- FEE – Fundação de Economia e Estatística. Estimativas Populacionais (Revisão 2018). 2018.
- FEE – Fundação de Economia e Estatística. Perfil Socioeconômico do RS. 2019.
- FIGUEIREDO, J. O. et al. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. Saúde em Debate, 42 (n. spe2): 37-47, 2018.
- GUAPORÉ. Prefeitura Municipal de Guaporé. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. 2013
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conta-satélite de saúde: Brasil: 2010-2015 / IBGE, Coordenação de Contas Nacionais - Rio de Janeiro: IBGE, 2017.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades. 2019.
- JACCOUD, L; VIEIRA, F. S. Federalismo, integralidade e autonomia no SUS: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. (Texto para discussão, n. 2399).
- JAGUARÃO. Prefeitura Municipal de Jaguarão. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. 2014.
- LAGOA VERMELHA. Prefeitura Municipal de Lagoa Vermelha. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. 2013.
- MARQUES JUNIOR, L. S. A crise financeira do RS e seus componentes. Carta de Conjuntura FEE, 24(10), 2015.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde herdou déficit de R\$ 3,5 bilhões com estados e municípios. 2016. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/25232-saude-herdou-deficit-de-r-3-5-bilhoes-com-estados-e-municipios>>.
- NOVA SANTA RITA. Prefeitura Municipal de Nova Santa Rita. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. 2013.
- PIOLA, S. F. et al. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. In:
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013a. Vol. 4. pp. 19-70.
- PIOLA, S. F. et al. Financiamento Público da Saúde: uma história a procura de rumo. Rio de Janeiro: IPEA; 2013b (Texto para Discussão, n. 1846).

PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. S.; VIEIRA, F. S. Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. (Texto para discussão, n. 2439).

ROA, A. C. Financiamento dos sistemas de saúde na América do Sul. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde; OPAS/OMS no Brasil, 2016, p. 75-98.

SÁ, E. B. et al. Saúde. In: IPEA. Políticas sociais: acompanhamento e análise, Brasília, 25: 112-152, 2018.

SANTOS NETO et al. Análise do financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil. Ciência e Saúde Coletiva, 22(4): 1269-1280, 2017.

SÃO SEPÉ. Prefeitura Municipal de São Sepé. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2015-2017. 2015.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. SES quita R\$ 176,2 milhões de dívidas com municípios. 27/02/2018. Disponível em: <<https://estado.rs.gov.br/ses-quita-r-176-milhoes-de-dividas-com-municipios>>.

SIMÃO, J. B.; ORELLANO, V. I. F. Um estudo sobre a distribuição das transferências para o setor de saúde no Brasil. Estudos Econ., 45(1): 33-63, 2015.

SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Repasses financeiros. 2018.

TRÊS DE MAIO. Prefeitura Municipal de Três de Maio. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. 2013. Disponível em:< <https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=43&codTpRel=01>>.

VERA CRUZ. Prefeitura Municipal de Vera Cruz. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. 2014.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Brasília: Ipea, 2016. (Nota Técnica, n. 28).

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. S. Nota de Política Social. Controvérsias sobre o novo regime fiscal e a apuração do gasto mínimo constitucional com saúde. In: IPEA. Políticas sociais: acompanhamento e análise. Brasília: IPEA, n. 25 p. 463-489, 2018.

WHO - World Health Organization. The World Health Report 2000—Health Systems: improving performance. Geneva, 2000.

WHO - World Health Organization. Countries. 2018a. disponível em: <<http://www.who.int/countries/en/>>.

# O FINANCIAMENTO DO SUS NO MUNICÍPIO DE MUÇUM/RS, 2013-2020

ARTHUR ZANCHET RIEDI  
BRUNA CAMPOS DE CESARO  
CLEZIO SALDANHA DOS SANTOS

## INTRODUÇÃO

Desde a proclamação da Constituição Federal em 5 de outubro de 1988, onde consta em seu Artigo 196 a célebre frase: “A saúde é direito de todos e dever do Estado...” (BRASIL, 1988), os gestores das mais diversas esferas que compõem o Estado buscam formas de organizar e custear o sistema para que seja possível cumprir a lei na prática como fora escrito.

Talvez um dos pontos mais cruciais e que menos evoluiu nesses mais de 30 anos da atual Carta Magna tenha sido o financiamento da saúde pública. Para se ter uma ideia, em 2015 o Brasil gastou US\$ 594,90 per capita em saúde com recurso público enquanto o Reino Unido, que possui um sistema de saúde pública universal semelhante ao brasileiro, gastou US\$ 3.330,30 (OMS, 2018).

O Brasil apresenta um gasto público em saúde em torno de 4% do PIB enquanto o nível praticado pelos países com saúde de acesso universal tem sido de 7%, minimamente (SANTOS, 2018). Este baixo investimento do país em saúde acaba jogando a conta em cima dos cidadãos, sendo que desde a instituição do Sistema Único De Saúde (SUS) em 1990 o gasto público em saúde nunca ultrapassou o gasto privado. Em 2015 por exemplo, do valor total gasto com saúde no país, o governo arcou com apenas 45,1% enquanto as famílias brasileiras tiveram que custear, com recursos próprios, 53,6% desse valor (IBGE, 2017).

Evidências internacionais sugerem que a universalização dos sistemas de saúde implica gastos públicos iguais ou superiores a 70% de tudo que é gasto com saúde no país, somando-se o público e o privado, e o Brasil tem gasto menos de 50% nos últimos anos (REIS et al. 2016). Ou

seja, não bastasse o quadro de subfinanciamento na saúde pública brasileira, a forma como união, estados e municípios dividem os custos e as responsabilidades também tem gerado divergências nos últimos anos. A Constituição Brasileira em seu artigo 198 inciso I e a Lei 8080/90 em seu artigo 7º inciso IX preveem a descentralização político-administrativa como princípio do SUS, ou seja, a gestão do sistema não seria centralizada a nível federal como era anteriormente, e sim compartilhada com os estados e municípios que passariam a ter poder de decisão sobre o uso dos recursos, sobre políticas locais em saúde e participação na formulação de políticas nacionais.

O fato é que a transição de um sistema centralizado para um sistema descentralizado em um país do tamanho e com as diferenças regionais como o Brasil não seria nada fácil. Uma grande gama de legislação foi produzida com o intuito de viabilizar tal mudança, entretanto estas regras foram produzidas a nível federal causando assim um desequilíbrio no financiamento tripartite de tal forma que a conta do sistema público de saúde vem sendo cada vez mais custeada com recursos próprios do orçamento dos municípios.

A primeira norma que impactou de forma relevante nos orçamentos municipais foi a Norma Operacional Básica do SUS de 1996, (NOB/96). Ela tinha o objetivo de reestruturar e reordenar o modelo de atenção à saúde, priorizando a atenção básica (primária) com o objetivo de que os municípios assumissem seus respectivos papéis de gestores do SUS, imputando a estes a responsabilidade direta e imediata pela saúde de sua população com a implementação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF). Na prática houve um aumento substancial do gasto em saúde pelos municípios que tiveram que contratar profissionais para compor estes programas (BRASIL, 1996).

Outro resultado prático da NOB/96 foi a transferência gradual de grande parcela das unidades assistenciais das SES (Secretaria Estaduais de Saúde) às SMS (Secretarias Municipais de Saúde), principalmente as de atenção básica e de média complexidade. A execução das ações e serviços de Saúde, bem como a contratação, o controle, a avaliação e auditoria dos serviços foram transferidos do MS (Ministério da Saúde) para as SES e destas, progressivamente, para as SMS, consolidando assim o processo de descentralização da saúde e onerando desproporcionalmente os municípios.

Neste contexto, é importante salientar a NOAS/2001 (Norma Operacional da Assistência à Saúde) que teve como princípio promover modificações importantes na relação entre os gestores do SUS estaduais e municipais, dando ênfase na regionalização e no aumento da equidade. Buscando assim, a organização dos sistemas de saúde funcionais entre os níveis de atenção, enfatizando a média e alta complexidade neste processo e qualificando os determinantes das políticas de saúde com o uso de incentivo financeiro para este fim (BRASIL, 2001).

Em 2002, o Ministério da Saúde instituiu a NOAS-SUS 01/2002 que basicamente trazia dois principais objetivos, primeiro o reforço das ações para regionalização da saúde que segundo esta norma deveria dar: “acesso dos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência”; de serviços de atenção básica e média complexidade, e, segundo, ampliava a responsabilidade dos municípios na Atenção Básica, pois a partir desta eles deveriam atuar com ênfase no controle da tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes mellitus, ações de saúde bucal, ações de saúde da criança e ações de saúde da mulher, além de acrescentar uma vasta gama de procedimentos de média complexidade que os municípios deveriam dispor aos seus cidadão (BRASIL, 2002).

Em contrapartida, o Ministério da Saúde criou o Piso da Atenção Básica Ampliado, que se somaria ao PAB Fixo para os municípios que cumprissem as condições da NOAS-SUS 01/2002. Apesar disso, mais uma vez o valor repassado pelo MS foi desproporcional às obrigações que o município teve que arcar aumentando assim mais uma vez o gasto das prefeituras com saúde.

Em 1993 as contribuições previdenciárias deixaram de ser consideradas solidárias ao financiamento da saúde e, com isso a situação de instabilidade do financiamento ficou agravada, fato este atenuado em 1996 com a criação da Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira (CPMF). Com o intuito de acabar com os problemas orçamentários foi criada a Emenda Constitucional N° 29/2000 (BRASIL, 2000) que assegura recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Esta emenda obriga União, Estados e municípios a investirem um percentual mínimo de seus orçamentos no SUS (PIOLA, 2012).

Na prática a Emenda Constitucional N° 29/2000 representou um incremento expressivo de recursos no SUS, entretanto esse aumento veio

da ampliação da participação dos Estados e municípios no financiamento do sistema público de saúde (PIOLA, 2012). Em 2000 quando a emenda começou a vigorar, a União respondia por 60% do total de recurso público aplicado em saúde, dez anos depois em 2010 esse valor passou para 45% (PIOLA, 2012). A regulamentação da Emenda Constitucional Nº 29 veio com a Lei Complementar 141/2012 (BRASIL, 2012), que definiu percentuais mínimos para serem aplicados por cada ente da federação.

Já para a União, ao contrário dos Estados e municípios, não foi fixado um percentual mínimo sobre a receita, mas sim um cálculo que levava em conta o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de no mínimo o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual, não sendo reduzido no caso de variação negativa (BRASIL, 2012). Esta forma de cálculo instituída pela Lei Complementar 141/2012 aumentou ainda mais, ao longo dos anos, a defasagem do investimento da União na saúde proporcionalmente ao que era investido por Estados e principalmente por municípios (RIO GRANDE DO SUL, 2017).

A desproporcionalidade entre os entes federativos no financiamento do sistema público de saúde está tão agravada que segundo o relatório final da Comissão Especial Sobre A Sustentabilidade Financeira do SUS e a Participação dos Entes Federados da Assembleia Legislativa do RS - Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2017), o SUS vem sofrendo um desabastecimento financeiro, causado, entre outras questões, pela forma como o financiamento está constituído hoje, os municípios, vem cobrindo esse déficit com recursos próprios.

Este mesmo relatório cita também a Emenda Constitucional 95/2016 (BRASIL, 2016) como outro risco ao sistema único de saúde. Segundo o documento, a EC 95/2016 (BRASIL, 2016), que trata sobre o Novo Regime Fiscal da União, congela, e, conseqüentemente com o passar dos anos, reduzirá a despesa per capita do gasto com saúde no período compreendido entre 2018 a 2036.

Se, por um lado, o direito ao acesso aos serviços públicos de qualidade é garantido constitucionalmente aos cidadãos, a má gestão dos recursos públicos compromete este direito. A Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) estabelece limites às ações dos governantes, responsabilizando-os pelo mau uso dos recursos públicos com o objetivo de preservar as finanças

públicas e garantir que a sociedade tenha acesso aos serviços públicos eficazes (PRATES, 2015).

A Constituição Federal dispõe sobre limites para gastos com pessoal (Art. 169), sobre o financiamento da saúde (Art. 198) e investimento em educação (Art. 212) (BRASIL, 1988). Leis Complementares definem os limites para gastos com pessoal e os percentuais mínimos para aplicação em saúde e educação.

De acordo com o disposto no art. 19, da LRF, os entes da Federação não podem exceder os percentuais da receita corrente líquida, em cada período de apuração: I – União: 50%; II – Estados: 60%; III – Municípios: 60%. O art. 20 da LRF trata sobre a repartição dos limites globais acima referidos, na esfera federal: 2,5% para o Legislativo, incluído o Tribunal de Contas da União; 6% para o Judiciário; 40,9% para o Executivo, 0,6% para o Ministério Público da União; na esfera estadual: 3% para o Legislativo, incluído o Tribunal de Contas do Estado; 6% para o Judiciário; 49% para o Executivo; 2% para o Ministério Público dos Estados; na esfera municipal: 6% para o Legislativo, incluído o Tribunal de Contas do Município, quando houver; 54% para o Executivo.

Para a área da saúde, são consideradas despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), aquelas direcionadas a promoção, proteção e recuperação da Saúde (BRASIL, 2019, texto digital). A Lei Complementar nº 141, de 2012, dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente, pelas três esferas do governo. Considerando que este estudo se realiza na esfera municipal, é definido em lei, art. 7º que Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo 15% da arrecadação dos impostos (BRASIL, 2012).

Os impostos a que se refere o art. 156 da CF são aqueles que competem aos municípios. São eles: a) Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU); b) Imposto sobre a Transmissão de Bens Imóveis “inter vivos” (ITBI); e c) Imposto Sobre Serviço de qualquer Natureza (ISS).

Os recursos de que trata o art. 158 da CF são provenientes de impostos de competência da União ou do Estado, mas que têm sua receita tributária repartida com os municípios. São eles: a) Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF), sobre rendimentos pagos pelo próprio município; b) 50% do produto da arrecadação do Imposto sobre a propriedade Territorial Rural (ITR), relativa aos imóveis situados no município; c) 50% do produto

da arrecadação do Imposto do Estado sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) licenciados no município; d) 25% do produto da arrecadação do Imposto do Estado sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias (ICMS).

Os recursos de que tratam a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, são os provenientes de transferências da União e do Estado aos Municípios, são eles: a) transferências da União: cota parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM); b) transferências do Estado: cota parte do produto da arrecadação do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI).

Conforme disposto na Lei Complementar nº 141/2012, a comprovação da aplicação de 15% em ASPS das receitas acima citadas pelos municípios, se dá através do preenchimento do Sistema de Informação sobre o Orçamento Público em Saúde – SIOPS. Este Sistema deve ser informado pelos municípios bimestralmente em até 30 dias após o término do bimestre. O percentual mínimo de aplicação de 15% deve ser atingido ao fim do sexto bimestre.

O município de Muçum tem uma população de 4.989 habitantes e abrange uma área territorial de 111,23 km<sup>2</sup>. Localizado no Vale do Taquari, a 160 km de Porto Alegre, este município gaúcho apresentou, em 2014, um Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 215.595.930,00, e um PIB per capita de R\$ 43.292,35, bem acima do PIB per capita brasileiro que foi de R\$ 28.498,00 (BRASIL, 2019). Outro fator a destacar é a alta dependência dos repasses federais e estaduais já que em 2015, 83,8% da receita do poder público municipal veio dessas fontes externas (BRASIL, 2019).

Demograficamente a população de Muçum apresenta uma expectativa de vida de 75 anos, uma proporção de idosos na população de 24,61% e 9,30% de crianças (MUÇUM, 2019). Para fomentar a qualificação da gestão e demonstrar a realidade do financiamento da saúde no município de Muçum no período de 2013 a 2017, se analisa os investimentos em saúde, seu impacto no orçamento e a representatividade dos repasses estaduais e federais. Pretende-se responder ao final do trabalho as seguintes questões: quais as implicações que o cenário, orçamentário e legal, atual e futuro terão sobre o financiamento municipal e sobre a prestação dos serviços na área da saúde no triênio seguinte (2018-2020).

## MÉTODOS

Este estudo empregou dados secundários registrados no SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde), TCE-RS (Tribunal de Contas do Estado do RS), FNS (Fundo Nacional da Saúde) e Portal da Transparência do Município de Muçum, referentes ao município de Muçum, no período de 2013-2017.

Para projetar os dados orçamentários ao período de 2018-2020, utilizou-se o Método de Indicadores, que consiste em um modelo incremental utilizado pela Secretaria do Orçamento Federal (SOF) como base para a previsão das receitas. A metodologia pode ser traduzida pela seguinte fórmula:

$$P_m(t) = A_m(T-1) * (1+E_p) * (1+E_q) * (1+E_L)$$

**P<sub>m</sub>(t):** Previsão da receita mensal ou anual - significa o valor a ser projetado de certa receita, podendo ser mensal para atender à execução orçamentária, cuja programação é feita mensalmente.

**A<sub>m</sub> (T-1):** Arrecadação mensal ou anual do período anterior - é obtida por meio da série histórica de arrecadação da receita, sem as atipicidades, e, dependerá do seu comportamento mensal. Dessa forma, a base de cálculo pode ser:

- a arrecadação de cada mês (arrecadação mensal) do ano anterior;
- a média de arrecadação mensal do ano anterior (arrecadação anual dividido por doze);
- a média de arrecadação mensal dos últimos doze meses ou média móvel dos últimos doze meses (arrecadação total dos últimos doze meses dividido por doze).

**(1 + E<sub>p</sub>):** Variação de Preços - variação média dos preços de uma determinada cesta de produtos, como o IGP-DI, o INPC, o IPCA, a variação cambial, a taxa de juros, dentre outros.

**(1 + E<sub>q</sub>):** Variação de Quantidade - variação física de um fator de produção, fornecendo a variação média na quantidade de bens de um determinado seguimento da economia. Destacam-se: o Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil, do estado ou município.

**(1 + E<sub>L</sub>):** Efeito Legislação - trata de possíveis mudanças na alíquota ou na base de cálculo de alguma receita. Normalmente, tarifas públicas e recei-

tas tributárias sofrem influência de ajustes na legislação ou nos contratos públicos que devem ser levados em consideração.

Os dados referentes a indicadores como o IPCA, crescimento do PIB, taxa de juros entre outros foram extraídos do Relatório FOCUS<sup>1</sup> lançado em 01 de fevereiro de 2019.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na tabela 1 se encontra a Receita Total de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais Vinculadas à Saúde do período de 2013 a 2017 e projetada, através do Método de Indicadores, para 2018 a 2020. O resultado foi uma estimativa que a receita total líquida vinculada à saúde aumente 68% em relação à receita arrecadada em 2013. Para fins de comparação, a receita da União tem uma estimativa de aumento de 45% no mesmo período.

**Tabela 1: Receita total de impostos e transferências constitucionais e legais vinculadas à saúde, 2013-2020 (em milhares de R\$)**

<b>Ano</b>	<b>Valor</b>	<b>Varição</b>
2013	10.091	-
2014	10.817	7,0%
2015	11.038	9,0%
2016	12.959	28,0%
2017	12.945	28,0%
2018*	14.329	42,0%
2019*	15.565	54,0%
2020*	16.924	68,0%

Fonte: SIOPS, 2011-2017, \*Projetado

Os valores relacionados à despesa total dos serviços de saúde encontram-se na tabela 2. Como resultado, estima-se que a Despesa Total com Ações e Serviços Públicos de Saúde aumente 111% em relação à despesa de 2013.

**Tabela 2: Despesa total com ações e serviços públicos de saúde, 2013-2020 (em milhares de R\$)**

Ano	Valor	Variação
2013	3.094	-
2014	3.800	23,0%
2015	3.743	21,0%
2016	4.136	34,0%
2017	4.618	49,0%
2018*	5.101	65,0%
2019*	5.764	86,0%
2020*	6.513	111,0%

Fonte: SIOPS, 2011-2017, \*Projetado

Este aumento na despesa total em saúde ocorre em virtude de diversos fatores, entre os quais:

**a) A assunção da gestão plena pelo Município de Muçum em 2015:** esse movimento administrativo fez com que o Estado repassasse ao município a responsabilidade pela gestão, contratualização e pagamento de todos os serviços de média complexidade<sup>2</sup>

**b) A crise fiscal do Estado do RS:** os municípios da região se organizaram no CONSISA (Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Rio Taquari) para custear despesas não planejadas (ex.: SAMU, o Centro Oftalmologia, Hospital Regional). Esse fato impactou no orçamento municipal de forma considerável - no período de 2013 a 2017 o custo destes serviços via consórcio aumentou 322%, de acordo com dados extraídos do TCE/RS;

**c) A dispersão dos serviços de referências no RS:** as referências de média e alta complexidade que atendem o município de Muçum e região tem se espalhado pelo território do RS em virtude de decisões administrativas. Tal quadro culminou em aumento no transporte sanitário fornecido pelo município, aumentando a despesa com esse serviço em torno de 150% no período de 2013-2018, segundo dados da secretaria municipal da saúde.

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

Os próximos dados levantados foram referentes aos repasses federais na área da saúde recebidos pelo Município de Muçum no período de 2013-2017. Para projetar os valores para 2018-2020 a pesquisa utilizou os parâmetros definidos na Emenda Constitucional N° 95/2016<sup>3</sup> e na evolução histórica dos valores repassados (Tabela 3).

Apesar de os recursos de origem federal terem apresentado um aumento de 115% na projeção para 2020 em relação ao valor repassado em 2013, deve-se destacar que esse aumento deu-se em virtude da assunção da Gestão Plena por parte do município de Muçum em 2015 o que representou um aumento em torno de 84% entre 2015-2016 no repasse de recursos federais, em contra partida houve um aumento proporcional na despesa.

**Tabela 3 – Repasse federal de recursos correntes para custeio de ações e serviços públicos de saúde, 2013-2020 (em milhares de R\$)**

<b>Ano</b>	<b>Valor</b>	<b>Variação</b>
2013	650	-
2014	542	-17,0%
2015	751	16,0%
2016	1.301	100,0%
2017	1.314	102,0%
2018	1.332	105,0%
2019*	1.365	110,0%
2020*	1.399	115,0%

Fonte: FNS, 2011-2018, \*Projetado

Destaca-se que após o início dos repasses referentes a gestão plena, há uma variação de apenas 2% de aumento nos repasses (2016-2017), valor este que deve se manter nos próximos anos ou na melhor das hipóteses acompanhar a inflação em virtude das razões já discutidas.

Conforme Vasquez (2011), no período em que o governo federal busca a adesão dos municípios aos seus programas, normalmente os incentivos

3 A Emenda Constitucional N° 95/2016 determina em seu Inciso II do §1º do Art. 1º, que a União terá seus gastos limitados ao “valor referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA”. Com isso os reajustes nos repasses aos municípios devem ficar em valores abaixo da inflação ou até mesmo sem reajuste (BRASIL, 2016).

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 estagnação da receita proveniente desta fonte com a conseqüente redução da participação da União no financiamento da saúde como um todo.

Os dados estaduais do período de estudo demonstraram duas características relevantes: inconstância nos repasses, e forte redução no valor repassado em 2018 em relação a 2013. Tal desempenho já era esperado em virtude da crise fiscal do Estado do RS<sup>4</sup>. Devido a inconstância nos repasses, a projeção para 2019 e 2020 foi feita pela média aritmética dos últimos 4 anos, período em que a oscilação foi menor.

De acordo com os dados levantados junto ao portal da Secretaria Estadual da Saúde do RS, o repasse de recursos ao município de Muçum caiu 52% em 2018 em relação à 2013, assim como houve queda em todos os anos anteriores.

**Tabela 4: Repasse estadual de recursos correntes para custeio de ações e serviços públicos de saúde, 2013-2020 (em milhares de R\$)**

Ano	Valor	Variação
2013	646	-
2014	403	-38,0%
2015	257	-60,0%
2016	294	-54,0%
2017	381	-41,0%
2018	312	-52,0%
2019*	311	-52,0%
2020*	311	-52,0%

Fonte: SES, 2011-2018, \*Projetado

O gasto com pessoal na área da saúde crescerá até 2020, segundo projeção, 111% em relação ao valor despendido para o mesmo fim em 2013,

4 Para o ano de 2019, o Orçamento Estadual prevê um déficit de R\$ 7,39 bilhões nas contas do RS (RIO GRANDE DOS SUL, 2019).

tendo assim um desempenho muito semelhante ao do gasto total com saúde. No final de 2018, o CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) da Unidade Básica do Município juntamente com o da Secretaria Municipal da Saúde, apresentava 48 funcionários no total, sendo que destes, 31 (64,5%) possuem estabilidade no cargo em virtude de concurso público ou processo seletivo e 9 deles estão diretamente ligados a programas como NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), NAAB (Núcleo de Apoio a Atenção Básica) e as Oficinas Terapêuticas Na Atenção Básica.

Este desenho dos recursos humanos mostra que em caso de dificuldades financeiras no futuro, a administração municipal terá pouco espaço de manobra no que se refere a redução de gastos com pessoal, já que 64,5% dos funcionários possuem estabilidade, 18,75% estão ligados a programas que possuem contrapartida federal e estadual e dos 16,75% restantes mais da metade estão ligados a equipe mínima do ESF<sup>5</sup> (Estratégia de Saúde da Família) e a falta deles, ou redução, culmina na diminuição do repasse federal para Atenção Básica.

Após a coleta e a projeção dos valores da despesa total com saúde do Município de Muçum e dos repasses da União e do Estado calculou-se quanto o município deverá desembolsar em recursos próprios, até 2020, para fazer frente aos gastos projetados (Tabela 5).

**Tabela 5: Gasto municipal com recurso próprio para custeio de ações e serviços públicos de saúde, 2013-2020 (em milhares de R\$)**

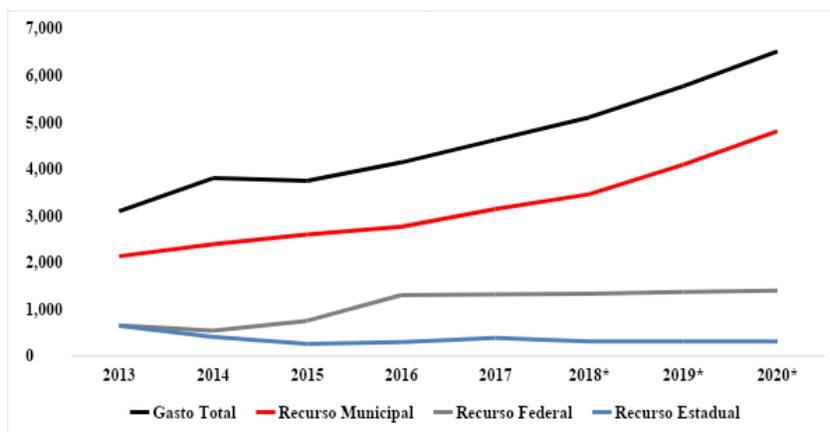
<b>Ano</b>	<b>Valor</b>	<b>Varição</b>
2013	2.130	-
2014	2.385	12,0%
2015	2.594	22,0%
2016	2.758	29,0%
2017	3.140	47,0%
2018*	3.457	62,0%
2019*	4.088	92,0%
2020*	4.803	125,0%

Fonte: SIOPS, 2011-2017, \*Projetado

5 A ESF é um programa federal. Sua equipe é composta por no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2019).

Projeta-se que em 2020 o município de Muçum desembolsará 125% a mais em recursos próprios que em 2013 (Tabela 5), ao passo que a receita corrente líquida aumentará apenas 68% (Tabela 1). Tal aumento no dispêndio municipal deve-se ao crescimento constante da despesa ao passo que os repasses estaduais e federais estão estagnados e tendem a se manter desta forma (Gráfico 1).

**Gráfico 1: Comparação dos desembolsos municipal, estadual e federal em relação ao gasto total com saúde, 2013-2020 (em milhares de R\$)**



Fonte: Elaboração Própria

A expectativa, de acordo com os dados levantados, é que em 2020 o município de Muçum utilizará 28,38% de sua Receita Corrente Líquida para cobrir os gastos com a área da saúde, equivalente a quase o dobro do mínimo determinado pela Lei Complementar N° 141/2012 que é de 15% para municípios (BRASIL, 2012).

Existem alguns movimentos políticos que podem representar no médio prazo algum alívio para as contas municipais. A PEC n° 54/2019<sup>6</sup> está dentre os mais relevantes, busca revogar a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) n° 95/2016 que congelou os gastos do governo por 20 anos, caso aprovada, vai permitir ao governo federal incrementar o orçamento

6 Proposta de Emenda à Constituição (PEC) n° 54/2019 – Esta proposta nasceu através da Sugestão n° 31/2018 feita por meio da participação popular e convertida em proposta pela Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa em 10 de abril de 2019.

do Ministério da Saúde para que dessa forma possa haver aumentos significativos nos repasses federais aos municípios.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho demonstrou que o investimento municipal em saúde tem crescido consideravelmente desde 2013, já os repasses federais e estaduais tem diminuído e/ou estabilizado ao longo do período. De acordo com os dados levantados, estima-se que a receita do município de Muçum aumente em torno de 68% até o ano de 2020, em relação a auferida em 2013, enquanto a despesa com saúde deverá crescer em torno de 111% no mesmo período.

A comparação entre as projeções de receita e despesa indicam uma forte tendência de aumento nos aportes municipais, quando o município de Muçum terá que desembolsar quase um terço de sua receita, aproximadamente 28,38%, para custear a saúde pública até 2020, podendo assim comprometer outros serviços.

Quanto aos repasses estaduais e federais, que são considerados fundamentais para o equilíbrio financeiro entre a receita e a despesa em saúde, os números apontam para um quadro preocupante no curto e médio prazo. Os repasses federais uma média de reajuste é de 2,5% ao ano no período 2016-2018, abaixo da média de aumento da despesa total em saúde do município de Muçum, que foi de 15,5% ao ano no mesmo período.

Já em relação aos repasses estaduais a preocupação é ainda maior pois os resultados levantados apontam para uma diminuição de 52% no valor repassado pelo estado do Rio Grande do Sul ao município de Muçum em 2020 em relação ao valor recebido em 2013. Além disso, a irregularidade nos repasses também prejudica o planejamento municipal em relação ao custeio das despesas com saúde.

Como demonstrado durante o estudo, a administração municipal tem poucas opções caso seja necessário equalizar o orçamento da saúde, já que a maioria dos funcionários possuem estabilidade no cargo e o cancelamento de programas ou diminuição na oferta de serviços pode causar pressão popular e política sobre o gestor. Com isso uma gestão cada vez mais eficiente dos recursos e a necessidade de uma repactuação no financiamento tripartite apresentam-se como as principais soluções para manter o atendimento à saúde da população.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição Federal (1988). Constituição: República Federativa do Brasil. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2203, de 5 de novembro de 1996.

BRASIL. Constituição 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. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm)>.

BRASIL. Constituição Federal (1988). Emenda Constitucional nº 95, de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm)>.

BRASIL. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Dados demográficos de Muçum, 2010 – 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?codmun=431260>>.

BRASIL. 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 nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm)>.

BRASIL. Ministério Da Transparência Fiscalização e Controle Portal Da Transparência. Disponível em: <<http://www.portaltransparencia.gov.br/PortalFuncoes.asp?Exercicio=2016&Ordem=3>>.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Portal Da Saúde, 2019. Disponível em: <[http://portalms.saude.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&layout=edit&id=21001#preench05](http://portalms.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&layout=edit&id=21001#preench05)>.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de Fevereiro de 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html)>.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de Janeiro de 2001. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095\\_26\\_01\\_2001.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html)>. Acesso em: 19 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. SUS de A à Z. Brasília: Ministério da Saúde/CONASEMS, 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/>>

OMS (Organização Mundial da Saúde). Domestic general government health expenditure (GGHE-D) per capita in PPP int\$ (Gasto Governamental Com Saúde Nacional per capita em PPP USD). Disponível em: <<http://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDGGHEDpCPPSHA2011?lang=en>>.

PIOLA, S. F. et al. Financiamento do Sistema Único de Saúde: Trajetória Recente e Cenários para o Futuro. Revista Análise Econômica, 30(n. especial): 9-33, 2012.

PRATES, Cleber de O. A observância dos limites da LRF para despesas com pessoal e dos limites constitucionais para aplicações em educação e em saúde no município de Jacuizinho–RS nos anos de 2009 a 2012. In: Repositório institucional UFSC. Jacuizinho, 2015. Disponível em:<<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/163177>>.

REIS, Ademar Arthur Chioro; SÓTER, Ana Paula Menezes; FURTADO, Lumena Almeida Castro; PEREIRA, Silvana Souza da Silva. Tudo a Temer: Financiamento, Relação Público e Privado e o Futuro do SUS. Saúde Debate, 40(n. especial): 122-135, 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Relatório Final. Comissão Especial Sobre a Sustentabilidade Financeira do Sus e a Participação dos Entes Federados. Porto Alegre/RS, 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Mapa da Transparência do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <<http://www.mapa.rs.gov.br/gastos?ano=2016&periodo=acumulado&mes=12>>.

SANTOS, Lenir. SUS-30 anos: um balanço incômodo? Ciência & Saúde Coletiva, 23(6): 2043-2050, 2018.

# PERFIL, FORMAÇÃO E ATUAÇÃO DOS GERENTES DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE CAXIAS DO SUL/RS

ELIANE LIPRERI  
CAMILA GUARANHA  
FERNANDO DIAS LOPES

## INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária; é a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. Este é o trabalho das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que são os estabelecimentos de saúde que prestam ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (ANDRÉ; CIAMPONE, 2007).

No tocante ao perfil de formação do gerente de UBS, alguns estudos citados por Santos, et al. (2016) expõem que, idealmente, o gestor deve ter formação acadêmica em ciências da saúde e formação específica em gestão de serviços de saúde, visando aglutinar o conhecimento técnico e de gestão. Destaca-se que, atualmente para ser gerente não basta ser indicado e querer, faz-se necessário ter formação e competências específicas para a função, lembrando que só se desenvolve uma competência quando ela já existe, e os programas de desenvolvimento de competências atuam como apoio no seu fortalecimento (ANDRÉ; CIAMPONE; SANTELLE, 2013).

Em se tratando de saúde pública, além das competências gerenciais, o gestor de Unidade Básica de Saúde deverá apropriar-se dos Princípios e Diretrizes do SUS e da RAS os quais necessitam ser operacionalizados na Atenção Básica. Também é necessário que o gestor realize articulação e implementação de processos que aumentem a capacidade clínica das equipes, que propiciem o fortalecimento de práticas de microrregulação nas Unidades Básicas de Saúde, tais como gestão de filas próprias da UBS e dos exames e consultas realizados na unidade, que facilitem a comunicação entre UBS, centrais de regulação e serviços especializados, com pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial, entre outros (BRASIL, 2017).

Para que o gerente desenvolva o seu papel de forma efetiva, eficaz é necessário dar ênfase a sua formação, tanto na esfera acadêmica quanto de educação permanente voltada as necessidades locais. De acordo com André e Ciampone (2007), para que o modelo assistencial preconizado seja operacionalizado, faz-se necessário desenvolver localmente um modelo gerencial pertinente que seja capaz de conduzir as ações fundamentais à sustentação do processo. Ou seja, além do conhecimento que o gestor busca individualmente através de cursos de extensão e pós-graduação na área de gestão, faz-se necessário um programa de capacitações e educação permanente para que sejam desenvolvidas/aprimoradas as competências gerenciais, bem como construído um modelo gerencial tendo em vista a realidade local.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), apontam como uma das causas dos problemas de desempenho dos serviços de saúde deficiências na capacidade gerencial, em especial na esfera local. Desta forma, pode-se inferir que há falta de profissionalização, capacitação e institucionalização do cargo para o desempenho da função de gerente de Unidade Básica de Saúde (UBS), isto pode se dar pelo fato de, historicamente, a gerência ser apenas executora de ações planejadas em âmbito federal, o que não possibilitou acúmulo de experiência de gestão em âmbito local (GONTIJO et al., 2017).

Estudo realizado por Lorenzetti et al. (2014) com gestores do setor público e privado, demonstrou que é de consenso dos gestores participantes que um dos principais problemas do setor saúde é a gestão e que esta mudança deve ser um desafio prioritário. Sendo que elen-

cam como principais dificuldades o despreparo dos profissionais para o exercício da gestão, morosidade na incorporação de novas tecnologias de informação, de processos de gestão e de organização do trabalho. E no setor público, além das questões já mencionadas, foram levantadas também barreiras de legislação que restringem a agilidade necessária, a alta rotatividade dos gestores em virtude da relação com os processos partidários e eleitorais, dificultando a continuidade dos processos, gerando desmotivação das equipes.

No Brasil, ainda persiste a cultura de que qualquer profissional pode realizar a gestão e de que administrar se aprende na prática. Desta forma, são poucos os gestores que passaram por processos de formação com o intuito de obter conhecimentos e habilidades próprias da gestão, como motivar, liderar, contribuir para uma gestão efetiva, eficaz e eficiente e melhoria da qualidade de vida dos profissionais no trabalho. Em se tratando de cursos de graduação, o de enfermagem é o único da área da saúde que possui em seu currículo uma disciplina de administração que inclui atividade prática (LORENZETTI et al., 2014).

Pesquisa realizada por Sales, Silva e Pinto (2014), demonstrou que 70% dos coordenadores de Centros de Saúde da Família, que participaram do estudo, realizaram pós-graduação lato sensu, indicando uma preocupação em atualizar seus conhecimentos, sendo que os profissionais reconhecem a importância de participar de cursos de pós-graduação como forma de contribuir para a qualificação profissional, somando-se aos conhecimentos adquiridos na prática assistencial e gerencial.

Outro estudo realizado por Ximenes e Sampaio (2007) em Sobral – Ceará com 28 gerentes de território de Estratégia Saúde da Família, no período de 2006 e 2007, identificou que, no tocante a qualificação, há predomínio de temas voltados para a atenção à saúde, sendo isto atribuído ao fato de somente 7 gerentes atuarem exclusivamente na prática gerencial. Percebeu-se também que os gerentes não estão inseridos em programas de educação permanente direcionados ao processo de trabalho gerencial, visto que quando questionados em relação as principais necessidades de qualificação, 60% dos gerentes mencionam a área de gestão em saúde, 57% a área de gestão de pessoas e 21% análise de custos em saúde.

Henrique (2017) em sua tese de doutorado realizou estudo com gestores de Unidades Básicas de Saúde do município de Criciúma - SC e identificou que em relação à formação 74% possuem pós-graduação, e que dentre as pós-graduações mais realizadas estão as de Saúde da Família (29%), saúde pública (17%) e gestão em saúde (17%) e, um total de 32% referiram ter feito ou estar realizando alguma pós-graduação na área de gestão (planejamento, organização ou gestão dos serviços de saúde). Os gestores que participaram do estudo referiram falta de preparo para atuar de acordo com a função e a necessidade de desenvolver os papéis de informação e decisão, e as competências de visão sistêmica, disseminador, trabalhar com planos, alocação de tempo, coordenar e monitorar o planejamento e a gestão de pessoas. A autora expõe a necessidade de trabalho conjunto com o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais para que sejam ofertadas especializações, cursos e formação para o desenvolvimento das competências dos gestores de UBS, além do apoio por parte da gestão municipal para promover no local de trabalho, através de casos concretos, a educação continuada.

Em outro estudo realizado com gerentes de UBS, identificou-se que os saberes utilizados pelos gerentes enfatizavam a burocracia, a divisão do trabalho, o produtivismo e o distanciamento do trabalhador do seu produto final, ações de supervisão e controle, deixando em segunda instância o planejamento, a avaliação da equipe, dos processos de trabalho e práticas de saúde. Ficando muito clara a tensão entre o assistir e o gerenciar, demonstrando-se como dicotômicos e não como ações complementares (FRACOLLI; EGRY, 2001).

No tocante à forma de seleção para a função de gerente de Unidade Básica de Saúde, Henrique (2017) afirma que os gestores participantes do estudo relatam que houve imposição, uma vez que são enfermeiros, atuam na gestão e também na assistência e não lhes é oferecido nenhum tipo de gratificação pecuniária para isso.

Em dissertação de mestrado, Silva (2006) defende que para o profissional assumir a gestão de uma Unidade Básica de Saúde ou quaisquer Serviços de Saúde deveria ser adotado um Sistema de Avaliação de Competências e Certificação de Formação Profissional, na qual os cursos específicos de Gestão em Saúde fossem elencados como pré-requisitos para a ocupação do cargo.

A confirmação da relevância do papel do gerente de UBS na gestão local, vem com a Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro 2017, a qual trata da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e expõe a importância da inclusão do

Gerente na Atenção Básica, visando contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial (BRASIL, 2017). A Portaria Nº 2.436 destaca o conceito de gerente, regulamentando esta função na Atenção Básica:

Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica (BRASIL, 2017, p. 73).

O município de Caxias do Sul-RS possui gerentes de Unidades Básicas de saúde que em sua totalidade são profissionais advindos da assistência (enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo, dentre outros). O objetivo deste estudo é de descrever o perfil dos gestores de UBS de Caxias do Sul (RS), bem como verificar a congruência/incongruência da qualificação dos gestores frente aos desafios gerenciais da UBS.

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo do tipo descritivo documental, que utilizou como fontes dados de documentos do setor de Gestão da Atenção Básica da Secretaria Municipal da Saúde de Caxias do Sul, relativas ao perfil dos gerentes das UBS, quais sejam: sexo, faixa etária, tempo de atuação como servidor público e como gerente de UBS, número de UBS que gerencia, profissão e cargo, bem como dados relativos a qualificação (pós-graduação) em geral e específica para a área de gestão. Também foi realizado levantamento de atividades de educação permanente voltadas para a área de gestão realizadas nos anos de 2015 a 2018, cujo o público alvo tenham sido os gerentes de UBS e a evolução da descrição dos cargos de Gerente de UBS através do comparativo dos Regimentos Internos da SMS de 2013 e 2018 respectivamente.

Caxias do Sul possui cobertura populacional estimada na Atenção Básica de 57,79% em fevereiro de 2019 (BRASIL, 2019). Faz parte da 5ª Coordenadoria Regional da Saúde, Região 23 – Caxias e Hortênsias. A cidade dispões de 49 Unidades Básicas de Saúde, sendo 27 UBS com equipes de Estratégia

gia de Saúde da Família com 45 equipes, 6 UBS com Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, 15 UBS com modelo Tradicional e 1 UBS prisional (BRASIL,2019).

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) é responsável pela gestão plena do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Caxias do Sul. Integra a 5ª Coordenadoria Regional de Saúde, cuja abrangência é de 49 municípios na região Nordeste do Rio Grande do Sul. É de responsabilidade da SMS a formulação e a implantação de políticas, programas e projetos que visem à promoção de uma saúde de qualidade aos usuários do SUS. A missão da secretaria é prestar atenção integral à saúde da população da cidade, o que inclui desde a assistência básica até o atendimento aos casos mais complexos, incluindo a atenção hospitalar e os casos de urgência e emergência (CAXIAS DO SUL, 2018).

A população estudada foram os gerentes das 49 Unidades Básicas de Saúde de Caxias do Sul (n=27, já que 16 profissionais gerenciam mais de uma UBS) e um diretor de território, totalizando 28 profissionais. Cabe salientar que o município está com proposta de nova territorialização, com a presença de um diretor para cada território. Neste contexto, há um território piloto implantado que compreende quatro UBS, com a presença dos gerentes de UBS e um diretor de território.

Para a coleta de dados sobre o perfil e qualificação dos gerentes de UBS foi empregado um instrumento com dados objetivos que foram levantados nos documentos institucionais. Como complemento, foi realizada a observação das práticas de gestão dos gerentes, sendo que para isso foi utilizado um roteiro de observação, previamente elaborado.

Também foram empregados dados de levantamento realizado pelo setor de Gestão da Atenção Básica sobre facilitadores, dificultadores e necessidades de qualificação elencados pelos próprios gestores de UBS.

A coleta dos dados da instituição foi realizada após a apreciação da carta de apresentação e projeto de pesquisa, mediante a aprovação da instituição através do parecer sobre solicitação de projetos de pesquisa emitido pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O levantamento do perfil dos 28 gerentes das 49 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Caxias do Sul apontou para uma maioria feminina (22 gerentes,

78,6%), entre 36 e 45 anos (17 gerentes, 60,7%), em sua totalidade servidor público municipal (estatutário) e gerenciando uma ou duas Unidades Básicas de Saúde (11 e 12 casos, respectivamente, totalizando 82,2%). Dos 28 profissionais, 10 (35,7%) exercem a gerência e desenvolvem atividades assistenciais, ao passo que 18 (62,3%) exercem apenas a função gerencial.

Em estudo realizado por Coelho (2015) em Unidades de Saúde de São Luís (MA) identificou que 59% dos gestores eram do sexo feminino, entre 31 e 50 anos (75%). Outro estudo encontrou predominância do sexo feminino (91,1%), com mais de 31 anos (46,7%) (OHIRA; CORDONI JUNIOR; NUNES, 2014).

No que tange ao vínculo empregatício, em Caxias do Sul 100% dos gestores de UBS são estatutários. Estudo realizado com gerentes da APS em municípios de pequeno porte do Paraná encontrou apenas 35,5% dos gestores como servidor público municipal, com preponderância de contratos via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) ou por convênio/terceirização.

Dos 11 gestores que gerenciam somente uma UBS, cabe salientar que 10 realizam atividades gerenciais e também assistenciais e, destes, 4 pertencem ao território piloto em que há a presença do diretor de território, diferentemente do que ocorre nas demais UBS. Estudo realizado com gerentes de APS de municípios de pequeno porte identificou que 56,7% dos gestores exerciam outras funções além da gerência, concomitantemente (OHIRA; CORDONI JUNIOR; NUNES, 2014).

De acordo com Gomes e Paula (2014), é prática comum do enfermeiro assumir de forma concomitante assistência de uma área e a gerência da unidade de saúde, porém, mesmo que por períodos curtos ou pela ausência de gerente local não compete a ele este acúmulo de funções. Cabe ao enfermeiro, bem como aos demais profissionais das equipes de ESF colaborar com os gestores nas atividades que lhes sejam próprias, que estejam vinculadas ao seu objeto de trabalho, ou seja, a assistência direta e indireta aos usuários, famílias e comunidades.

Dos 28 profissionais que ocupam a função de gestor de UBS, 22 (78,6%) possuem graduação em enfermagem, cargo ocupado por 21 destes no município. Pesquisas mostram a crescente atuação dos enfermeiros como gestores de Unidades Básicas de Saúde, ou mesmo o profissional dominante na atenção primária (OHIRA; CORDONI JUNIOR; NUNES, 2014). E, desta forma, tendo que ampliar seu olhar para toda a equipe multiprofissional e desenvol-

ver novas competências profissionais no que se refere à gestão dos processos de trabalho e à liderança de parte das ações das equipes, por ser o responsável pelo gerenciamento dos territórios (XIMENES NETO; SAMPAIO, 2008; GOMES; PAULA, 2014; COELHO, 2015).

No tocante ao tempo de formação, 17 (60,7%) gestores possuem entre 11 e 20 anos de formação e 19 (67,9%) entre 6 e 15 anos de atuação como servidor público. Já o tempo de atuação como gestor de UBS é a um ano (42,9%) ou entre 2 a 5 anos de atuação (32,1%). Ou seja, o tempo de contratação como servidor público é muito superior ao de desempenho da função de gerente. Estudo realizado por Lorenzetti et al. (2014) com gestores do setor público e privado demonstrou que no setor público a alta rotatividade dos gestores ocorre em virtude da relação com os processos partidários e eleitorais, o que ocasiona dificuldade na continuidade dos processos e gera desmotivação das equipes.

Neste quesito, percebe-se que muitas vezes o gerente solicita retornar para a função assistencial que desempenhava anteriormente (cargo com o qual ingressou como servidor municipal). Em muitas situações por não ter se identificado com a função de gestor e algumas vezes referindo sobrecarga ou acúmulo de funções.

Quanto à escolaridade, todos os gerentes possuíam nível superior completo, exceto um, profissional de nível médio (ainda que cursando o curso de Direito). Dos 28 gestores, 16 (57,1%) possuem especialização ou formação específica na área de gestão, 4 desses em andamento. Dados semelhantes ao obtidos por Ohira, Cordoni Junior e Nunes (2014), que encontraram 75,6% dos gestores de APS com especialização e 23,3% com formação específica na área de gestão.

Os gestores de UBS de Caxias do Sul-RS ocupam a função a convite da direção da Atenção Básica com a anuência do Secretário Municipal da Saúde, sendo que não há requisitos pré-estabelecidos, exigência de qualificação prévia ou formação na área gerencial. Leva-se em consideração a atuação do profissional na Atenção Básica, ser servidor público, preferencialmente ter nível superior completo, porém o que prepondera é a avaliação da gestão em âmbito central. Cabe salientar que os gerentes recebem um incentivo pecuniário para desempenho da função, denominado de Função Gratificada. Não há um Plano de Cargos, Carreiras e Salários e/ou avaliação por desempenho instituídos.

No período entre 2015 e 2018 foram ofertados cinco cursos ou capacitações voltadas à gestão, sendo que não houve adesão dos gestores aos mesmos. Dos 28 gestores, 13 (46,4%) não participaram de nenhum, 8 gestores de um (28,6%) e 7 gestores de duas atividades (25%). Em se considerando o tempo na função de gerência, pode-se inferir pela rotatividade (42,86% estão há menos de 1 ano na função).

Em levantamento realizado pelo setor de Atenção Básica da Secretaria Municipal da Saúde de Caxias do Sul – RS, sobre o processo de gestão das UBS, foi solicitado aos gestores que expusessem os facilitadores, dificultadores e necessidades de qualificação tendo em vista a melhoria deste processo. Este levantamento foi realizado pelo setor para auxiliar no embasamento de proposta futura de educação permanente para os gestores de UBS. Dos 28 gestores, 7 (25%) responderam ao levantamento. No Quadro 1 estão elencados os facilitadores, dificultadores e necessidades de qualificação identificadas pelos gestores das UBS.

**Quadro 1 – Identificação de facilitadores, dificultadores e necessidade de qualificação tendo em vista os aspectos operacionais da gestão das UBS.**

<b>Aspectos operacionais</b>	<b>Facilitadores</b>	<b>Dificultadores</b>	<b>Qualificação necessária</b>
Registro de atividades em sistemas informatizados, extração e análise de dados	Sistema informatizado de fácil manuseio; Busca de dados facilitada; Capacitação oferecida aos usuários do sistema.	Ausência de computadores em todas as salas; Falta de rotina para a extração e análise de dados; Falta de conhecimento em informática; Pouca utilização dos relatórios disponíveis; Utilização de mais de um sistema de informação; Internet lenta e com quedas do sistema; Muitas opções de relatórios.	Capacitação sobre lançamento de dados no sistema, e emissão de relatórios; Capacitação gerencial sobre importância dos indicadores para a gestão local; Troca de experiências entre os gestores; Melhor rede de internet; Instalação de computadores em todas as salas; Sistema informatizado único que exporte dados necessários para outros sistemas e possua integrações.

→

<b>Aspectos operacionais</b>	<b>Facilitadores</b>	<b>Dificultadores</b>	<b>Qualificação necessária</b>
Gestão de Recursos humanos (RH)	Servidores comprometidos; Afinidade com a área de gestão; Bom relacionamento interpessoal; Experiência; Flexibilidade; Desenvolver a potencialidade de cada servidor; Perfil negociador.	Demora na reposição de profissionais e ausência de substituição de férias e licenças; Acúmulo de funções (assistência e gerência); Gerenciar mais de um serviço; Desmotivação da equipe por imposição de normas do nível central; Servidores com alto índice de licença saúde; Falta de agente administrativo; Dificuldade de trabalhar em equipe; Excesso de formalização.	Capacitação gerencial voltada para a gestão de Recursos humanos; Apoio ao gestor com discussão de casos; Trabalho do nível central in loco com intuito de auxiliar as equipes; Protocolos com rotinas pré-estabelecidas; Maior agilidade na reposição de servidores; Substituição de férias e licenças; Portal do servidor com maior quantidade de informações funcionais; Reavaliação dos processos de trabalho junto ao setor de RH (SMS), tendo em vista reduzir excesso de formalização; Ampliação de recursos humanos, com a presença de agente administrativo.
Gestão de infraestrutura e equipamentos	Sistema de controle patrimonial eficiente; Sistema informatizado para solicitação e controle de manutenções.	Sistema de manutenção de equipamentos preventiva e corretiva ineficaz; Demora na reposição de equipamentos e retorno do conserto; Projetos estruturais inadequados para os fins; Solicitação de conserto feita somente pelo gerente; Falta de retorno sobre a previsão de conserto.	Processo de manutenção preventiva e corretiva eficaz; Fiscalização de empresas terceiras quanto ao cumprimento do contrato; Otimização e ampliação de recursos humanos próprios (capacitação dos mesmos para atender as demandas locais) e maior agilidade nos processos referentes às necessidades de infraestrutura; Melhoria do sistema informatizado, tendo em vista a organização das demandas; Ter disponível equipamentos para backup.

.....→

<b>Aspectos operacionais</b>	<b>Facilitadores</b>	<b>Dificultadores</b>	<b>Qualificação necessária</b>
<b>Gestão de Estoque</b>	Quantitativo de itens cadastrados; Sistema informatizado; Cronograma de reposição do estoque; Comunicação e bom relacionamento com almoxarifado central; Designar responsável específico para a área.	Faltas pontuais de componentes do estoque; Falta de tempo para supervisionar o processo; Sistema informatizado implantando recentemente necessita de melhorias; Erro na reposição de alguns itens; Ausência do profissional farmacêutico nos locais onde ocorre a dispensação de medicamentos; Local inadequado para o armazenamento do estoque, tendo que ser dividido em vários locais.	Capacitação voltada para gestão de estoque; Troca de experiência com demais gestores; Dispensação de produtos com leitor de código de barras; Inventários de estoque mais frequentes (mensais ou bimensais); Conferência de insumos no momento da entrega com profissional da UBS e do almoxarifado; Planejamento para a aquisição de insumos conjunto (Atenção Básica, Assistência Farmacêutica e Almoxarifado).
<b>Ferramentas de gestão</b>	Facilita o diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação das ações a serem executadas no território; Organizam o trabalho da equipe e gerência; Reuniões de equipe;	Tempo insuficiente para registro, análise de dados e indicadores; Ausência de alguns registros; Acúmulo de funções (assistência e gerência);	Capacitação sobre ferramentas de gestão e sua utilização; Troca de experiência com demais gestores de UBS; Inclusão de agente administrativo para auxiliar em atividades burocráticas;

....→

<b>Aspectos operacionais</b>	<b>Facilitadores</b>	<b>Dificultadores</b>	<b>Qualificação necessária</b>
Ferramentas de gestão	Sistema informatizado; Padronizações (escalas de trabalho e registros em sistemas de informação); Foco no atendimento ao usuário.	Necessidade de pesquisar em vários sistemas para obter as informações pretendidas; Necessidade de envio de documentos em forma física.	Otimizar o sistema de informação para envio de solicitações e documentos via sistema; Ter disponível computador na sala do gerente.
Processos de trabalho	Funcionamento do serviço de forma mais uniforme; Sistema informatizado.	Quadro incompleto de profissionais; Capacitações e reuniões agendadas com pouco tempo de antecedência; Necessidade de deslocamento do gerente ao nível central várias vezes, a fim de entregar/ retirar documentos e materiais; Decisões tomadas no âmbito central, sem a participação da gestão local; Repasse de atividades sem a prévia análise da realidade local.	Troca de experiência entre os gestores deste e de outros municípios; Necessidade de rever alguns processos micro e macro com o intuito de desburocratizar com foco no resultado; Padronização dos processos de trabalho na rede; Participação na tomada de decisões que irão influenciar na gestão local; Ampliação de recursos em sistema informatizado.

Fonte: Elaborado pela autora. Caxias do Sul (2019).

No que tange aos facilitadores, dificultadores e necessidades de qualificação tendo em vista os aspectos operacionais da gestão, elencados pelos gerentes e constatado nos momentos de observação participante, percebe-se que muitas das questões levantadas como dificultadores não dependem da atuação do gestor local, tais como: aquisição e manutenção de equipamentos, infraestrutura, planejamento para aquisição de insumos, acúmulo de funções (assistencial e gerencial), não substituição de férias e licenças saúde, necessidade de recursos humanos, necessidade de adequação do sistema informatizado, pouca participação nas decisões

a nível central, dentre outros. Sabe-se o quanto algumas questões são mais complexas em se tratando de instituições públicas, tendo em vista a necessidade do cumprimento das questões legais no que se refere a utilização dos recursos e processos licitatórios, o que muitas vezes faz com o processo torne-se moroso dificultando a atuação do gestor local.

De acordo com levantamento realizado por Ximenes Neto e Sampaio (2007) as principais facilidades relatadas pelos gerentes no seu processo de trabalho foram: bom relacionamento com a equipe; a organização do serviço de saúde; e equipe comprometida com o trabalho. Em contrapartida, as principais dificuldades relatadas foram: conciliar atividade de enfermagem e gerenciamento; estrutura física da unidade; falta de capacitação para o gerenciamento; e a interferência de questões políticas.

Para o gerenciamento de recursos humanos faz-se necessário capacitação profissional com o intuito de gerar mudanças e resultados desejáveis. Importante salientar que o gerente obtém seus resultados mediante o desempenho de outros trabalhadores, ou seja, ele depende da atuação dos demais profissionais que compõem a equipe para considerar sua atuação como executada (FERNANDES & CORDEIRO, 2018).

Em vários momentos os gerentes trouxeram o sistema informatizado como parte importante e facilitador do processo de trabalho, sendo imprescindível ferramenta de gestão. Guimarães e Évora (2004) mencionam que a tomada de decisão é função inerente ao cargo de gerente e salientam que independentemente do aspecto da decisão, ela deve partir de um processo sistematizado, que envolve o estudo do problema a partir de um levantamento de dados, produção de informação, estabelecimento de propostas de soluções, escolha da decisão, viabilização e implementação da decisão e análise dos resultados obtidos. Sendo assim, o sistema de informação deve responder às demandas e necessidades dos serviços, tendo em vista suas peculiaridades, podendo ser únicos para a organização ou específicos para cada serviço, e viabilizar a extração das informações necessárias para embasar as tomadas de decisão da gestão local.

Além disso, é de suma importância identificar as necessidades de qualificação dos gestores de UBS, tendo em vista potencializar a resolutividade na APS. Dentre as necessidades de qualificação mencionadas pelos gestores no Quadro 1 estão: capacitação voltada para o sistema de informação (alimentação, extração e análise de dados); indicadores; gestão

de recursos humanos; gestão de estoque; ferramentas de gestão e sua utilização; troca de experiências entre os gestores locais e de outros municípios; Além das sugestões de temas para capacitações, também surgiu a necessidade de apoio ao gestor para discussão de casos e o deslocamento de profissionais do nível central para auxiliar os profissionais que atuam nas UBS.

No que diz respeito ao desenvolvimento de competências, os gestores elencaram como facilitadores e dificultadores muitas questões individuais e salientaram que há a necessidade de capacitações voltadas à liderança, comunicação assertiva, gestão de conflitos e feedback com o intuito de aprimorar estas competências. Além disso, mencionaram a necessidade de apoio ao gestor local em casos específicos de gestão de conflitos, acompanhamento psicológico para as equipes e a necessidade de receber feedback da gestão do nível central periodicamente.

Em estudo realizado no Rio de Janeiro, os gerentes relataram necessidade de escuta e troca de experiências entre os próprios gerentes pertinente às angústias e dificuldades relacionadas ao trabalho gerencial. Sendo que propuseram a criação de espaços de troca de experiências entre Gerentes; desenvolvimento de competências/habilidades como a escuta qualificada, liderança, autonomia, governança clínica, gestão de pessoas; mediação de conflitos; gestão compartilhada, participativa e democrática; planejamento, monitoramento e avaliação baseada em sistemas de informação e indicadores de saúde (BLOISE, 2015).

Outra questão evidenciada pelos gestores como dificultador foi o fato de gerenciarem mais de uma UBS e também o acúmulo de funções no caso de gestores que realizam assistência e a gerência. Em estudo realizado por Bloise (2015) são levantadas questões como a sobrecarga de trabalho, que somada a diversidade de tarefas a serem realizadas ao mesmo tempo e a incapacidade de controlar o curso do próprio trabalho, tendo em vista as situações imprevisíveis que ocorrem no dia a dia de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, dificultam a gestão local. Esta dificuldade advém da sobrecarga de trabalho, com atividades que muitas vezes não podem ser delegadas, sofrendo pressões e tendo que planejar e reprogramar frequentemente seu dia de trabalho.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do levantamento do perfil dos gestores das Unidades Básicas de Saúde de Caxias do Sul-RS identificou-se que há uma predominância do sexo feminino, com formação superior em enfermagem, faixa etária entre 36 e 45 anos, sendo que todos os gestores ingressaram através de concurso público e possuem vínculo de trabalho estatutário.

Identificou-se que a maioria dos profissionais gerenciam duas ou mais UBS, ainda que com atividade predominantemente gerencial e que, apesar da experiência profissional e como servidor público, há considerável rotatividade no que se refere ao cargo de gestor de UBS, o que impacta diretamente na continuidade e nos resultados a serem alcançados localmente.

A escolha do gestor de UBS é feita pela direção da Atenção Básica, com a anuência do Secretário da Saúde, sendo que, atualmente, não há formalização de pré-requisitos para a ocupação desta função. Percebe-se que se leva em consideração o trabalho previamente desenvolvido e percepção de que o profissional possui perfil para a gestão, porém não há como pré-requisito formação específica na área de gestão ou recrutamento e seleção para o cargo.

Mesmo não sendo a formação específica um pré-requisito de seleção para a função, cerca da metade dos gestores possui esta qualificação. Ao investigar se o município possui política de educação permanente voltada para os gestores de UBS, identificou-se que entre 2015 e 2018 foram realizados 5 momentos de cursos e/ou capacitações voltadas para a gestão, porém somente 53,57% dos atuais gestores participaram de algum destes momentos. Este quesito reforça a rotatividade dos gestores de UBS e demonstra a necessidade de se ter um plano de educação permanente que contemple estas mudanças na gestão local.

Em se tratando de dificultadores para a gestão local, identifica-se vários em que a resolução não está ao alcance do gestor local, tais como: aquisição e manutenção de equipamentos, infraestrutura, planejamento para aquisição de insumos, acúmulo de funções (assistência e gerência), não substituição de férias e licenças saúde, necessidade de recursos humanos, necessidade de adequação do sistema informatizado e pouca participação nas decisões em âmbito central.

## REFERÊNCIAS

ANDRÉ, Adriana Maria. Competências para a Gestão de Unidades Básicas de Saúde: Percepção do gestor. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

ANDRÉ, Adriana Maria; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Competências para a Gestão de Unidades Básicas de Saúde: Percepção do gestor. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 41(Esp): 835-40, 2007.

ANDRÉ, Adriana Maria; CIAMPONE, Maria Helena Trench; SANTELLE, Odete. Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas. Revista de Saúde Pública, 47(1): 158-63, 2013.

BLOISE, Monique de Souza. Os Gerentes de Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro: perfil, vivências e desafios. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

BRANDÃO, H. P.; GUIMARÃES, T. DE A. Gestão de competências e gestão de desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo construto. RAE – Revista de Administração de Empresas, 41(1): 9, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Aprova a Política Nacional Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. e-Gestor. Relatórios Públicos dos Sistemas de Atenção Básica. Histórico de Cobertura. Fev. 2019. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>.

CAMPOS, Katia Ferreira Costa; SENA, Roseni Rosângela de; SILVA, Kênia Lara. Educação permanente nos serviços de saúde. Escola Anna Nery, 21(4): e20160317, 2017.

CARVALHO, Brígida Gimenez. *et al.* Gerência de Unidade de Saúde na Atenção Básica: quem faz e como faz. *In*: Congresso Brasileiro de Política, Planejamento de Gestão em Saúde, 2º, 2013, Belo Horizonte. Universalidade, Igualdade e Integralidade da Saúde: Um projeto possível. Disponível em: <<http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais/026.pdf>>.

CAXIAS DO SUL. DECRETO Nº 16.779, DE 6 DE DEZEMBRO DE 2013. Aprova o Regimento Interno da Secretaria Municipal da Saúde, nos termos da Lei Complementar nº 321, de 22 de dezembro de 2008, e revoga o Decreto nº 15.263, de 11 de maio de 2011. Caxias do Sul, 6 dez. 2013.

CAXIAS DO SUL. DECRETO Nº 19.628, DE 28 DE MAIO DE 2018. Aprova o Regimento Interno da Secretaria Municipal da Saúde, nos termos da Lei Complementar nº 321, de 22 de dezembro de 2008, e revoga o Decreto nº 16.779, de 6 de dezembro de 2013. Caxias do Sul, 28 mai. 2018.

CAXIAS DO SUL. Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. Secretaria Municipal da Saúde. Gestão. Disponível em:<<https://caxias.rs.gov.br/gestao/secretarias/saude>>.

COELHO, Emanuely Souza. *et al.* Perfil dos Gestores de Unidades Básicas de Saúde em São Luis-MA. Revista de Investigação Biomédica, 7: 47-57, 2015.

FERNANDES, Josieli Cano; CORDEIRO, Benedito Carlos. O Gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde no Olhar dos Enfermeiros Gerentes. Revista de enfermagem UFPE, 12(1): 194-202, 2018.

FLEURY, Maria Tereza Lema; FLEURY, Afonso. Construindo o conceito de competência. Revista de Administração Contemporânea, 5:183-196, 2001.

FLEURY, Maria Tereza Leme; OLIVEIRA JUNIOR, M.M, organizadores. Gestão estratégica do conhecimento: integrando aprendizagem, conhecimento e competências. São Paulo: Atlas, 2001.

FRACOLLI, LA, EGRY, EY. Processo de trabalho de gerência: instrumento potente para operar nas práticas de saúde? Rev. Latino-am Enfermagem, 9(5): 13-18, 2001.

GOMES, Karen Jaqueline Santana; PAULA, Sílvia Helena Bastos de. O Enfermeiro e o Gerenciamento na Estratégia Saúde da Família. Os desafios do trabalho na atenção básica. BIS -Boletim do Instituto de Saúde - SES, 15(2): 64-73, 2014.

GONTIJO, Tarcísio Laerte. *et al.* Funções Administrativas na Gestão Local da Atenção Básica em Saúde. Revista de enfermagem UFPE, 11(12): 4980-8, 2017.

GUIMARÃES, Eliane Marina Palhares; ÉVORA, Yolanda Dora Martinez. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. *Ciência da Informação*, 33(1): 72-80, 2004.

HENRIQUE, Flávia. Competência de gestores de Unidades Básicas de Saúde. 2017. Dissertação (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades - Caxias do Sul- RS. 2017. Disponível em:<<http://www.cidades.ibge.gov.br>>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa da População Residente no Brasil e Unidades da Federação com data de Referência em 1º de julho de 2018. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br>>.

LAVRAS, Carmem. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. Saúde e Sociedade, 20(4): 867-874, 2011.

LAZZAROTTO, Elizabeth Maria. Competências essenciais requeridas para o gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

LE BOTERF, G. De la compétence – essai sur un attracteur étrange. In: *Les éditions d'organisations*. Paris: Quatrième Tirage, 1995. Apud FLEURY, Maria Tereza Lema; FLEURY, Afonso. Construindo o conceito de competência. Revista de Administração Contemporânea, 5(esp): 183-196, 2001.

LORENZETTI, Jorge. *et al.* Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. Texto Contexto Enfermagem, 23(2): 417-25, 2014.

OHIRA, Regina Hitomi Fukuda; CORDONI JUNIOR, Luis; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida. Perfil dos gerentes de Atenção Primária à Saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2): 393-400, 2014.

PRESTES, Maria Luci de Mesquita. A pesquisa e a construção do conhecimento científico: do planejamento aos textos, da escola à academia. 2. ed. São Paulo: Rêspel, 2003.

SALES, Nayane Coelho; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da; PINTO, Francisco José Maia. Competências essenciais desenvolvidas por coordenadores de centros de saúde da família. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 23(3): 389-397, 2014.

SANTOS, Álvaro da Silva. *et al.* Perfil de gerentes da Atenção Primária à Saúde de um município de Minas Gerais, Brasil. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 5(1): 3-11, 2016.

SILVA, Yara Cardoso; ROQUETE, Fátima Ferreira. Competências do gestor em serviços de saúde: análise da produção científica, no período de 2001 a 2011. *RAS – Revista de Administração em Saúde*, 15(58): 2-12, 2013.

STARFIELD, Bárbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf> >.

XIMENES NETO, F. R. G.; SAMPAIO, J. J. C. Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(6): 687-695, 2007.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães; SAMPAIO, José Jackson Coelho. Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(1): 36-45, 2008.

# ANÁLISE DE REPRESENTATIVIDADE E INTERESSES NA COMPOSIÇÃO DE UM CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

MAITÍCIA FERNANDA NOLL  
BRUNO KAUSS  
GUILHERME DORNELAS CAMARA

## INTRODUÇÃO

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e observando a Constituição Federal com relação à participação da comunidade na gestão da saúde, foi criada a Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que discorre sobre a participação da comunidade na gestão do SUS (BRASIL, 1990a; 1990b). Esta lei prevê, em seu artigo 2º, a participação da comunidade na gestão do SUS através dos Conselhos de Saúde (CS), órgãos colegiados compostos por representantes do governo, de profissionais da saúde, de prestadores de serviços de saúde do SUS e de usuários. A Lei caracteriza, ainda, as competências dos CS como atuantes na formulação de estratégias, controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos financeiros e econômicos. Com base no disposto, fica evidente a função e importância dos CS na gestão do SUS.

Cotta, Cazal e Martins (2010) apontam que a participação social passou a ser um dos princípios do SUS, criando novos canais de participação nas três esferas governamentais, sendo os CS os principais órgãos do controle social. Côrtes (2009) cita que a instalação do SUS se deu em um momento tumultuado, quando governo, sociedade e mercado disputavam espaço nas discussões sobre a política de saúde nacional.

Conforme a Resolução 453 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) os CS devem ser compostos por 50% de representantes do segmento de usuários, 25% de representantes de entidades de profissionais de saúde e 25% de representantes do governo e prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos (BRASIL, 2012). A representatividade superior por parte do segmento dos usuários com relação aos demais seg-

mentos pode ser para proporcionar maior participação da comunidade nas tomadas de decisão, tendo em vista que é neste espaço que são tomadas decisões e pensadas estratégias de saúde para toda a sociedade.

Lopes, Silva e Martins (2016) afirmam que os CS compartilham com os governos os poderes de decisão e possuem autonomia em todas as instâncias para exercer esta atribuição de gestão compartilhada do SUS. Correia (2000) afirma que a proposta do controle social fundamentou uma participação importante no setor da saúde, considerando que a sociedade desta forma pôde interferir na gestão do que é público, tanto com relação a ações em saúde planejadas e executadas, como também controlando e orientando os gastos para benefício da coletividade. A participação da sociedade na gestão possibilitou que um novo olhar fosse dado ao que é de todos, tornando assim mais transparente o que é aplicado com o dinheiro que é do coletivo.

O controle social pode ser caracterizado como o controle da sociedade sobre as políticas de saúde. Nesse sentido, a participação da sociedade foi ampliada, qualificada e democratizada, passando então a ser entendida como controle social. Em tese, com o fortalecimento dos CS a sociedade passara a participar da gestão da saúde, exercendo o controle social, formulando as políticas públicas de saúde, fiscalizando as ações do governo e analisando a utilização dos recursos financeiros destinados à saúde. Desde 1990, cada município passou a constituir seu Conselho Municipal de Saúde (CMS) para efetivar o controle no SUS (BRASIL, 2013a; 2013b).

Para que se realize a construção democrática do SUS, deve-se garantir o direito de participação de todos os segmentos nele envolvidos: representantes de instituições, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e usuários dos serviços de saúde. Essa participação se caracteriza por definir e atuar decisivamente na tomada de decisão sobre as políticas que lhes competem, bem como fiscalizar as ações e serviços de saúde prestados (LANDERDHAL et al., 2010).

O direito à participação nas tomadas de decisão é a capacidade que a comunidade tem de participar da gestão pública, propondo ações ao governo que vão ao encontro dos interesses da comunidade. A participação nos CS deveria possibilitar que a comunidade fiscalize as ações realizadas pelo governo no que tange a elaboração, controle e fiscalização das políticas públicas de saúde. Entretanto, se não há nenhuma deliberação que parta do

próprio CS, isso é indício de que este espaço talvez seja utilizado por alguns de seus atores, como gestor ou prestadores de serviços, para aprovar as propostas apresentadas pelos mesmos – o que contraria sua competência de formular e propor estratégias. Neste caso, mesmo funcionando regularmente não há garantia de que o mesmo seja efetivo, englobando a participação ativa de seus participantes (LANDERDHAL et al., 2010).

Wendhausen e Caponi (2002) referem que existe uma relação assimétrica entre conselheiros usuários e demais representantes, denunciado um silenciamento estratégico, utilizado principalmente pelo segmento governamental, como forma de reforçar o seu poder. Colocando desta forma a verdade da representação dos usuários como pouco respeitada ou algumas vezes nula, propiciando assim um espaço demarcado pelo que pode ou deve ser dito. Os autores observa ainda que se criou um ambiente em que não é permitida a existência de um diálogo, ponto fundamental e presente na democracia.

Em estudo realizado por Cotta, Cazal e Martins (2010), concluem que há dificuldade por parte dos representantes do poder executivo em dividir o poder decisório de temas que competem também aos CMS. Observam que as desigualdades nas relações sociais presentes em todo país, existem também nos CS, dificultando a participação dos grupos populares, mesmo que prevista e defendida na legislação. Esse espaço fragilizado pode ocasionar a burocratização destes conselhos, fato este que deve ser combatido para que haja efetivação da democracia, tornando legítimos os direitos conquistados pela população.

Morita, Guimarães e Di Muzio (2006) relatam que em um estudo realizado com um CMS, os conselheiros representantes dos usuários geralmente participavam de todas as reuniões, porém em nenhuma delas houve alguma manifestação concordando ou discordando de algum assunto tratado, apenas votavam e iam embora. Desta forma, se percebeu uma participação meramente formal da representação. De um lado, o CS parece a forma de a comunidade participar das decisões; do outro, o formalismo faz com que apenas os representantes das instituições atuem com participação efetiva nos conselhos.

Côrtes (2006) menciona em seu estudo que os CS são deliberativos somente no que está presente na agenda setorial; as relações dentro destes espaços não são iguais. Alessio (2016) cita que no Brasil o controle social dentro dos CS possui muitas histórias bem-sucedidas, mas tam-

bém muitas críticas. Em seu estudo identifica inúmeras fragilidades nos CS, destacando um modelo enfraquecido onde não está sendo possível efetivá-lo integralmente.

Ao longo das décadas de 1990 a 2010, houve diversas mudanças nas políticas de saúde, e estas mudanças refletiram em um sistema de controle social mais participativo, qualificado, independente e deliberativo. Os CS e as Conferências de Saúde são os principais espaços para o exercício do controle social, o qual tem como principais atores a sociedade civil, organizada para proteger e deliberar sobre as políticas de saúde consideradas direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 2013a; 2013b).

Diante disso, este estudo objetiva, a partir de uma análise documental, caracterizar a atuação dos representantes do Conselho Municipal de Saúde de um município de pequeno porte da região de saúde Vales e Montanhas (RS).

## **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Trata-se de uma pesquisa documental, que emprega materiais da própria secretaria executiva do CMS estudado, assim como dados extraídos do sítio eletrônico da Prefeitura Municipal e o Portal da Transparência do município. Foram utilizados os seguintes documentos: as portarias de nomeação dos conselheiros referentes ao ano de 2018, as atas e as listas de presença das reuniões do CMS de janeiro a dezembro do ano de 2018, bem como seu Regimento Interno e demais documentos que contribuíram para análise das informações, como leis, resoluções e portarias que tinham como ponto principal o CMS.

Buscou-se categorizar toda a documentação levantada, segundo os principais assuntos tratados, a participação dos conselheiros nas reuniões, os posicionamentos e apontamentos levantados pelos mesmos, a assiduidade na participação e por fim a efetividade e autonomia na proposição de ações e estratégias para a saúde pública.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O município em questão foi emancipado oficialmente instalado no ano de 2001. Possuía, segundo estimativas do IBGE de 2018, 2.424 habitantes,

faz parte de região de saúde Vales e Montanhas (RS) e está inserido no Vale do Taquari, no estado do Rio Grande do Sul. Aproximadamente distante 135 km da capital Porto Alegre. A maioria da população reside na zona rural e prevalecem descendentes de origem alemã (IBGE, 2018).

O CMS foi criado mediante Lei Municipal n. 13, de 22 de fevereiro de 2001. No Regimento Interno do CMS ficou determinado que sua composição deva ser de acordo com a Resolução n. 333 de 1992 do CNS, que prevê 50% de representantes do segmento de entidades de usuários, 25% do segmento de trabalhadores da saúde e 25% de representantes governamentais e de prestadores de saúde. Dispõe ainda que cargos de chefia ou de confiança, por poderem influenciar na autonomia representativa do conselho, podem ser indicativos de substituição de conselheiros.

No Regimento consta que o CMS deverá se reunir mensalmente de forma ordinária e extraordinariamente quando convocada pelo presidente ou por um terço de seus membros. O conselheiro que faltar a três reuniões consecutivas ou cinco alternadas em um ano sem justificativa perderá o mandato e será substituído.

Em 2019, o CMS contava com doze membros titulares, doze membros suplentes, e um secretário executivo pertencente ao quadro de funcionários efetivos da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), que atua e desenvolve atividades ligadas ao conselho, porém não exclusivamente. O CMS não dispõe de espaço físico próprio ou destinado às suas atividades, as reuniões são realizadas no auditório de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e os documentos oriundos do CMS são arquivados na própria unidade de saúde.

De acordo com a Resolução n. 333 de 2003 do CNS, os CMS devem ter composição paritária, ou seja, serem compostos por 25% de entidades de trabalhadores da saúde, 25% de representantes do governo e de prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos e 50% de entidades de usuários. Conforme portarias de nomeação dos membros integrantes do CMS, datadas de 15 de janeiro de 2018 e 02 de agosto de 2018, pode-se observar que a composição do CMS está de acordo com a legislação. Contudo, não há menção de quais entidades os profissionais da saúde e os usuários representam.

Conforme composição dos membros do CMS dispostos na portaria de 15 de janeiro de 2018, dos vinte e quatro conselheiros entre titulares e

suplentes de todos os segmentos, dezesseis (67%) são funcionários do município nas mais diferentes áreas de atuação e oito (33%) conselheiros não possuem nenhum vínculo empregatício com a administração municipal. Dos conselheiros funcionários da administração municipal, três são funcionários contratados com cargo em comissão e treze são funcionários concursados que recebem uma gratificação por atividades especiais (três destes como representantes dos profissionais de saúde). Dos doze representantes do segmento dos usuários, entre titulares e suplentes, seis conselheiros são funcionários do município (cinco são funcionários concursados e ocupa cargo em comissão).

Somente seis dos 24 conselheiros, entre titulares e suplentes, não possuem algum vínculo com a administração municipal – direto, no caso dos funcionários, ou indireto, no caso de prestadores de serviços. A grande participação de funcionários da administração na composição do CMS pode fragilizar este espaço de discussão e interferir de forma negativa no seu funcionamento. Suspeita-se que por manterem um vínculo próximo com a administração municipal, estes conselheiros possam não ser críticos ou não questionarem de forma enérgica as decisões tomadas pela gestão, quando estas não vão ao encontro do que é preconizado pelo sistema de saúde e/ou de interesse da coletividade a qual representam, tendo em vista que pode ser desagradável para o funcionário se opor ao seu chefe ou gestor.

Ao longo do ano de 2018 houve uma recomposição do CMS e uma nova portaria de nomeação foi expedida, datada de 02 de agosto de 2018. Nessa, dos novos 24 conselheiros, 15 (62,5%) são funcionários do município nas mais diferentes áreas de atuação. Ou seja, na segunda composição não houve alterações que impactassem na composição do CMS, persistindo o domínio do CMS pela administração municipal, comprometendo a autonomia e o verdadeiro sentido do CMS.

É comum que os representantes do segmento governamental sejam escolhidos pelo governo, mas salienta-se também que os representantes dos profissionais da saúde, dos seis conselheiros titulares e suplentes, um é funcionário de uma empresa que presta serviços ao município, que conforme a legislação deveria estar no segmento de prestadores de serviços, um conselheiro é funcionário contratado pelo município para ocupar cargo em comissão, três são funcionários concursados que recebem gratifica-

ção por desempenharem funções especiais, e somente um é funcionário concursado sem nenhum outro vínculo.

Dos 12 representantes do segmento dos usuários seis são funcionários do Município.

Outro ponto relevante encontrado e que cabe mencionar, é que durante a análise das listas de presenças, se observou uma nova alteração na composição do CMS, desta vez sem documento oficial alterando e nomeando seus integrantes, fato este que torna curiosa a forma de escolha de seus membros e como este conselho se organiza com relação à composição. Se observa uma grande participação de funcionários da administração municipal presentes em praticamente todos os segmentos constituintes do CMS, podendo elitizar o funcionamento deste espaço de discussão. Situação também encontrada por Cotta et al. (2011).

Stralen et al. (2006) apontam que os CMS tendem a se elitizar devido às organizações com maior capacidade possuírem maior predominância na representação, e isto pode ser claramente percebido neste conselho, em que a administração municipal tem maior representação mesmo que indiretamente, principalmente com seus funcionários participando em todos os segmentos. O mesmo autor menciona ainda a institucionalização como uma dificuldade de participação direta por parte dos cidadãos, observando que por um lado se incluem novos atores sociais, mas por outro se excluem atores sem vínculo com o governo.

Não se encontrou nenhum aparato legal ou recomendação que impeça a participação de funcionários do município representando segmentos que não o governamental, mas se supõe, com base nos dados apresentados, que a participação ativa prevista aos CS pode estar prejudicada, levando em consideração o beneficiamento de diversos conselheiros por parte da administração municipal. Ademais, conforme regimento interno do CMS estudado em seu capítulo III, Art. 4º, inciso V, prevê que,

A ocupação de cargos de confiança ou de chefia que interfiram na autonomia representativa do conselheiro deve ser avaliada como possível impedimento da representação do segmento e, a juízo da entidade, pode ser indicativo de substituição do conselheiro (DECRETO N. 960, DE 03 DE MARÇO DE 2015, p 3).

Não se tem conhecimento, com base nos documentos analisados, de como o CMS estudado foi constituído e quais entidades o compõem,

mas segundo Labra e Figueiredo (2002, apud SILVA et al., 2012), devido aos CS serem fundamentais e imprescindíveis para que haja repasse de recursos financeiros aos municípios e também por sua função frente às ações previstas na saúde, por vezes os gestores tendem a escolher seus integrantes, tornando assim o CS manipulável segundo seus interesses e por pessoas de sua confiança, que por assim serem escolhidos, diversas vezes são incapazes de exercer o papel fundamental do controle social que é acompanhar, fiscalizar e apontar possíveis irregularidades.

Martins et al. (2008) demonstram que problemas com relação à composição, representação e representatividade são comuns em diversos CS, uma vez que em muitos ocorrem intromissões políticas, usualmente com relação à representação dos usuários, podendo estes não representar de forma verdadeira os interesses coletivos. Observa-se que mesmo quando respeitada a questão da paridade, não significa que este grupo terá capacidade de intervenção.

O envolvimento de diversos atores no processo de implementação e execução de políticas públicas deve ser levado em consideração, uma vez que o conselho é constituído por participantes de órgãos públicos e privados, podendo ou não estar vinculados ao governo. E este fator geralmente gera conflitos de interesses podendo interferir na capacidade do conselho de ser efetivo perante as políticas de saúde (KLEBA; ZAMPIROM; COMERLATTO, 2015).

Com relação à participação dos conselheiros nas reuniões do CMS, se observa que em todas as reuniões houve, conforme o regimento interno do CMS estudado, a participação de no mínimo 1/3 dos conselheiros. Fato este necessário para que a reunião e suas deliberações sejam validadas. Foram realizadas treze reuniões de janeiro a dezembro de 2018, doze reuniões ordinárias e uma extraordinária, com uma média de 9,7 conselheiros presentes por reunião.

Dentre os presentes nas reuniões, uma média de 7,2 conselheiros são funcionários do município e representam além do segmento governamental e de profissionais da saúde, também o segmento dos usuários. Ainda, cabe salientar que em média 5,3 conselheiros presentes por reunião são funcionários do município ocupando cargo em comissão ou funcionários efetivos que recebem alguma gratificação.

Tal expressividade de participação de conselheiros funcionários em comparação aos demais pode estar relacionada à composição do CMS,

como já visto anteriormente, e de forma geral pode se presumir que tal participação está relacionada à necessidade de aprovação das pautas originadas na SMS e à preservação de assuntos de interesse da própria administração. Não se percebe que os poucos assuntos trazidos por alguns conselheiros, ou de interesse da população, tenham uma importância relevante no CMS estudado.

A presença de representantes dos profissionais de saúde foi a mais percebida, sendo que esteve presentes uma média de três conselheiros por reunião (ou representação pena). Esta participação pode ser justificada devido os profissionais de saúde atuavam diretamente na UBS onde são realizadas as reuniões do CMS, facilitando assim o seu comparecimento.

O segmento dos usuários é composto por seis conselheiros titulares e seis conselheiros suplentes, com uma média de 4,2 conselheiros por reunião, abaixo do esperado no total das reuniões realizadas. Ademais, houve representantes que compareceram a apenas uma reunião durante todo o ano de 2018. Cabe salientar que, conforme Regimento Interno do CMS, o conselheiro que faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco reuniões alternadas sem justificativa no período de um ano, perderá o mandato. Não se teve acesso a alguma justificativa dos membros que não se fizeram presentes, mas se percebe que em nenhum momento este ponto foi observado nas reuniões realizadas, e somente no final do ano estudado houve a substituição do membro titular deste segmento, permanecendo o suplente. Problemas com relação à participação e representação também foram encontrados em estudos de Cotta, Cazal e Martins (2010) e Silva et al. (2012).

O segmento governamental e dos prestadores de serviços possui uma composição igual a dos profissionais da saúde, onde três conselheiros são titulares e três são suplentes. Neste segmento houve uma média de presença de dois conselheiros por reunião, abaixo do total. Esta presença pode estar prejudicada, pois se observa que de treze reuniões realizadas, em oito reuniões não houve a presença de representantes dos prestadores de serviços. A baixa ou nula participação dos prestadores de serviços que, compõem o CMS foi percebida por Stralen et al. (2006), quando sinalizam que por serem minoria, preferem discutir seus assuntos diretamente com o gestor da saúde, e os espaços de discussão de múltiplos interesses relacionados à saúde pública passa a ser palco por vezes, somente de vozes de trabalhadores e usuários.

Cabe refletir que presença não é sinônimo de participação, e não se pode assegurar que embora esteja algum segmento bem representado, o mesmo tenha uma participação concreta durante as reuniões e menos ainda que o mesmo possa propor medidas.

Ao promover a leitura das atas para identificar os assuntos discutidos pode-se observar que em diversos documentos houve mais de um assunto para a pauta. Assuntos relacionados à alteração, nomeação e desligamento de conselheiros aparecem na pauta em sete reuniões. Planos de aplicação de recursos, alteração em planos de aplicação de recursos e informações com relação a recursos remanescentes ou vinculados aparecem na pauta em cinco reuniões. Relatório Municipal de Gestão da Saúde anual ou quadrimestral aparecem como assuntos da pauta em três reuniões. Plano anual da saúde para o ano de 2019 aparece na pauta de duas reuniões, assuntos relacionados ao Programa Estadual de Vigilância e Controle do *Aedes Aegypti* estiveram na pauta em duas reuniões e a inclusão de medicamentos na relação municipal de medicamentos essenciais esteve na pauta em uma reunião.

O Plano Municipal da Saúde 2018-2021 aparece como pauta somente em uma reunião. O assunto foi mencionado rapidamente e obteve aprovação de todos os presentes, sem disputa, sem questionamentos, sem sugestões de alteração ou inclusão de algum item, sabendo que este documento deve ser minuciosamente construído e serve de apoio à gestão, pois norteia as ações de saúde para o período de quatro anos, pode-se imaginar que pela complexidade deste documento, o mesmo não foi corretamente debatido pelo plenário do CS.

Assuntos informativos e de menor relevância, como nomeação e desligamento de apoio administrativo ao CMS, informe para secretaria da educação, pré-convite para reunião dos conselheiros, apresentação/inscrição em evento e balancete da despesa apareceram como pauta em apenas uma reunião. Chama a atenção que os assuntos presentes e discutidos nas reuniões são semelhantes e repetitivos, e o fato de em sete reuniões serem discutidas alteração, nomeação e desligamento de conselheiros nos faz desconfiar da fragilidade deste espaço, em que seus membros chegam, saem ou são realocados de segmento com frequência, proporcionando assim uma instabilidade no CS.

Observou-se, ainda, que em todas as treze reuniões as atas foram aprovadas por todos conselheiros participantes sem que houvesse ques-

tionamentos, sugestões ou solicitação de alteração nos textos. Situação também encontrada por Vieira e Calvo (2011). Fato este que põe em dúvida o real entendimento e participação efetiva dos conselheiros.

Discursos referindo que os conselheiros puderam tirar dúvidas sobre os assuntos discutidos nas reuniões apareceram em sete atas, contudo, em nenhuma delas está descrito quais e com relação a qual assunto as dúvidas se referiam, e nem como foram respondidas ou resolvidas.

Outra declaração que esteve presente em cinco atas foi a de que os conselheiros puderam colocar assuntos em pauta. Foram assuntos voltados ao funcionamento da UBS, sugestão de aquisição de materiais para facilitar o trabalho dos profissionais e o bem-estar dos usuários na UBS e apresentação da necessidade de atividades de educação em saúde com públicos específicos. Porém, não fica evidente qual ou quais os conselheiros que se manifestaram, se houve debate entre eles ou se as solicitações foram acolhidas.

Em praticamente nenhuma ata se podem verificar quais atores se manifestam ou se articulam dentro do CMS estudado, uma vez que o discurso parece sempre impessoal e não caracteriza o ator. Porém, um ponto que chamou a atenção durante a leitura das atas foi a que em uma reunião para discussão de um plano de aplicação de recurso, uma conselheira representante dos profissionais da saúde fez apontamentos e questionamentos sobre a atuação de profissionais da saúde atuantes na UBS. Outros conselheiros também se posicionaram e solicitaram modificações com relação ao tema discutido, propiciando a elaboração de um documento formal para que a secretaria da saúde tomasse providências e prestasse esclarecimentos. Na reunião seguinte a Secretária da Saúde e o profissional-alvo dos questionamentos se fizeram presentes na reunião do CMS para esclarecimentos. Nesta mesma reunião, a conselheira que levantou a questão e solicitou mudanças solicitou seu desligamento do CMS.

Esta foi a única manifestação questionando os serviços prestados à população, que se identificou partir de um conselheiro. Em todas as atas, embora em algumas se perceba uma sutil participação mais ativa dos conselheiros, pode-se perceber um discurso burocrático, administrativo e semelhante em que pouco os assuntos abordados são ativamente discutidos. Somente em uma ata se percebe encaminhamento de propostas por parte do plenário, nas demais se observa que os assuntos são trazidos pela administração e apreciados rapidamente pelo CMS.

Imagina-se que a pequena participação por parte dos conselheiros nas reuniões pode estar relacionada ao caráter burocrático identificado neste CMS, considerando que todas as reuniões parecem serem semelhantes e realizadas somente para cumprir o que preconiza a legislação e aprovar as demandas trazidas prontas pela administração. Em nenhum momento se pode identificar uma participação efetiva dos conselheiros em assuntos relacionados à gestão participativa no SUS. Fato também identificado por Cotta et al. (2011).

Guizardi e Pinheiro (2006) apontam que a falta de preparo fica evidente quando em estudo realizado quase a totalidade das pessoas participantes afirmaram não conseguirem participar ativamente nestes espaços de discussão. Percebem ainda que as relações de poder assimétricas e o fato de não se sentirem preparadas para tais discussões, principalmente os representantes dos usuários, faz com que o discurso técnico e bem elaborado que prevalece nestes ambientes, faça parecer que só o executivo tem o conhecimento necessário e o poder para deliberar nestes espaços. Situação que decorre de os conselheiros representantes governamentais comumente disporem de uma boa infraestrutura e toda uma rede de suporte que os apoia, diferentemente do que ocorrem com os demais, principalmente os representantes dos usuários. Desta forma, os CS embora tenham o objetivo da participação democrática, podem não estar sendo espaços em que esteja realmente acontecendo a democratização das políticas públicas.

A falta de preparo e conhecimento, atrelado a fatores já mencionados como a alta incidência de funcionários da administração presentes na composição do CMS, permite afirmar que a verdadeira função do CS não está sendo cumprida conforme recomenda a legislação, embora em funcionamento, não demonstra claramente que está envolvido na formulação de propostas que atendam ao interesse da coletividade da qual representam.

## CONCLUSÃO

No presente trabalho, constataram-se nuances e complexidades no exercício da participação social no conselho de saúde de um município de pequeno porte da região de saúde Vales e Montanhas (RS). Inicialmente,

constatou-se que a participação de funcionários do executivo CMS, como representante governamental inserido no espaço dos usuários, pode influenciar a tomada de decisão dos participantes, uma vez que, no contexto de um município pequeno, alguns conselheiros indicados pela prefeitura e suas entidades coligadas dificilmente irão se opor ao que é encaminhado pela administração central do município.

Os documentos analisados apontam que o CMS estudado, em algumas vezes, resume-se a atender os encaminhamentos da administração municipal. Com isso, acaba não propondo estratégias e, por conseguinte, não atua no desenvolvimento de suas atribuições concebidas na Constituição e na Lei 8.142.

Além disso, os resultados encontrados apontam desafios para a efetivação do controle social por parte do CMS estudado. Dentre estes desafios, pode-se citar uma maior participação por parte dos conselheiros na busca em tornar o conselho um espaço de discussão e negociação, onde todos possam expressar as posições e interesses daqueles que representam sem melindres e com a mesma finalidade, que é a melhoria e qualidade dos serviços de saúde e a garantia do direito à saúde.

Assim, pode-se concluir que o CMS não é efetivo em sua atuação. Para fortalecer espaços desta natureza, é necessário qualificar as informações sobre sua organização, fomentar a participação social e perseguir objetivos claros que priorizem o interesse público. A capacitação dos conselheiros talvez seja uma ferramenta de valia para que os mesmos reconheçam sua importância dentro da gestão do SUS, e façam valer o direito à saúde e os dever em garanti-lo, enquanto conselheiros.

## REFERÊNCIAS

ALESSIO, Maria Alice Gabiatti. Conselhos de Saúde: A percepção dos membros do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS) quanto a este modelo de controle social. Dissertação de mestrado, Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, p. 292.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990a.

\_\_\_\_\_. Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990. 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. Diário Oficial. Brasília, DF, p. 25.694, 31 dez. 1990b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333 de 4 de novembro de 2003. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao\\_333.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf)>. Acesso em: 19: maio 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Para entender o controle social na saúde. Brasília, 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

CÔRTEZ, Soraya Vargas. Participação e Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; CAZAL, Mariana de Melo; MARTINS, Poliana Cardoso. Conselho Municipal de Saúde: (re) pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(5): 2437-2445, 2010.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. *Physis*, 21(3): 1121-1138, 2011.

FORQUETINHA (Município). Lei municipal nº 13, de 22 de fevereiro de 2001. Cria o Conselho Municipal de Saúde – CMS, e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 960, de 03 de março de 2015. Homologa o Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde - CMS, e dá outras providências.

GUIZARDI, Francine Lube; PINHEIRO, Roseni. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(3): 797-805, 2006.

KLEBA, Maria Elisabeth; ZAMPIROM, Keila; COMERLATTO, Dunia. Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde. *Sáudee Sociedade*, 24(2): 556-567, 2015.

LABRA, Maria Eliana; FIGUEIREDO, Jorge St. Aubyn de. Associativismo, participação e cultura cívica: O potencial dos conselhos de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(3): 537-547, 2002 .

LANDERDHAL, Maria Celeste et al. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático? *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(5): 2431-2436, 2010.

LOPES, Bruno de Jesus; SILVA, Edson Arlindo; MARTINS, Simone. Conselho municipal de saúde sob a ótica de seus conselheiros: estudo realizado em uma capital brasileira. *Interações (Campo Grande)*, 17(2): 163-172, 2016.

MARTINS, Poliana Cardoso et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. *Physis*, 18(1): 105-121, 2008.

MORITA, Ione; GUIMARAES, Julliano Fernandes Campos; DI MUZIO, Bruno Paulino. A participação de conselheiros municipais de saúde: solução que se transformou em problema? *Saúde e Sociedade*, 15(1): 49-57, 2006.

SILVA, Lucilane Maria Sales da et al. Análise da organização e funcionamento dos conselhos de saúde e a gestão participativa em Fortaleza, CE. *Saúde e Sociedade*, 21 (S1): 117-125, 2012.

STRALEN, Cornelis Johannes Van et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(3): 621-632, 2006.

VIEIRA, Mauro; CALVO, Maria Cristina Marino. Avaliação das condições de atuação de conselhos municipais de saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 27(12): 2315-2326, 2011.

WENDHAUSEN, Águeda; CAPONI, Sandra O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 18(6): 1621-1628, 2002.



# EQUIPAMENTOS DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DISPONIBILIZADOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA REGIÃO DO VALE DOS SINOS (RS), 2018

CRISTIANE MULLER DUARTE  
BRUNA CAMPOS DE CESARO  
PAULO ANTÔNIO BARROS OLIVEIRA

## INTRODUÇÃO

A incorporação de tecnologias e as expectativas dos usuários dos serviços de saúde são temas de preocupação dos gestores em todos os níveis do sistema de saúde, devendo ser constantemente analisadas e aprimoradas para que sua adoção ocorra de forma sustentável, transparente e que favoreça a consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS (LIMA; BRITO; ANDRADE, 2018).

A quantidade de intervenções na atenção à saúde é imensa. A cada ano que passa, surgem novos equipamentos, medicamentos, procedimentos médicos, aumentando a dificuldade do sistema de saúde pública fornecer aos usuários as opções mais modernas e atuais do mercado. Isso se dá, justamente, pelo fato do alto custo dos aparelhos, pela necessidade de capacitação das equipes e atualização dos instrumentos de regulação e certificação e pelos altos investimentos em infraestrutura física para acomodar tais inovações.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), Tecnologia em Saúde é *“a aplicação de conhecimentos e habilidades organizados na forma de dispositivos, medicamentos, vacinas, procedimentos e sistemas desenvolvidos para resolver um problema de saúde e melhorar a qualidade de vida”*. O termo “Tecnologia em Saúde” abrange, então, um conjunto de aparatos com o objetivo de promover a saúde, prevenir e tratar as doenças e reabilitar as pessoas, incluindo: medicamentos, dispositivos mé-

dicos, procedimentos, sistemas organizacionais e de suporte dentro dos quais os cuidados à saúde são oferecidos e, ainda, a triagem diagnóstica (CCATES, 2019).

As Tecnologias em Saúde e seu rápido avanço vêm sendo um fator de extrema importância para que os gestores busquem ferramentas que os auxiliem no momento de tomada de decisões. A Avaliação das Tecnologias em Saúde (ATS) é um método sistemático e racional que tem sido utilizado para subsidiar os gestores nesta tomada de decisões.

No Brasil, o interesse de se estabelecer uma estrutura formal de avaliação para apoiar as atividades de incorporação de novas tecnologias no mercado e no Sistema de Saúde surgiu nos anos 1980, mais precisamente no Seminário Internacional de Ciência, Tecnologia em Saúde (1989), atividades de ensino e pesquisa em ATS. Porém, diversos fatores adiaram a aplicação da ATS como um instrumento de apoio à gestão dos recursos em saúde, como a grande resistência por mudanças entre gestores e profissionais da saúde, aliada à falta de coordenação e investimentos para estas ações, dificuldades metodológicas, insuficiência e capacitação de recursos humanos, além da ausência de interesse político dos governantes ao ser abordado este problema (BRASIL, 2009).

De outro lado, o aumento crescente dos custos em saúde, o reconhecimento da existência de desperdício de recursos, a necessidade de garantir direitos constitucionais do cidadão e a crescente intervenção do poder judiciário no setor de saúde faz com que o governo busque meios mais formais de aprimorar o processo de decisão quanto à incorporação e ao uso das tecnologias em saúde.

Na área das tecnologias de diagnóstico por imagem, Caetano (apud ABREU, 2016, p. 26), buscando estudar o processo de progresso técnico de três importantes tecnologias médicas, introduzidas nos cuidados de saúde nos últimos trinta anos, a tomografia computadorizada (TC), a imagem por ressonância nuclear magnética (RMN) e a tomografia de emissão de pósitron (PET), pôde levantar algumas considerações importantes. Para ele, as trajetórias examinadas foram compostas de poucas inovações radicais, seguidas de refinamentos e melhorias. Estas melhorias, ainda que não tenham tido a capacidade de desequilibrar o mercado ou abrir mercados não explorados, foram estratégias de competição utilizadas, com frequência, pelos diversos fabricantes. O desenvolvimento desse progresso

técnico se deu, por um lado, a partir de necessidades e demandas clínicas específicas e, por outro, por estratégias competitivas do mercado de equipamentos radiológicos, mediado ainda por reação da indústria a políticas governamentais, no sentido de “disciplinar” a disseminação de equipamentos. É possível destacar a interação entre a própria lógica interna dos paradigmas, contemplando oportunidades e fronteiras dos avanços técnicos; a evolução nas necessidades e exigências dos consumidores; as percepções e ações dos fabricantes dos equipamentos interessados no retorno econômico e, por último, as ações de políticas públicas (ABREU, 2016).

A incorporação de tecnologias no setor saúde, um processo dinâmico e exponencial, na maior parte dos países, depende tanto de decisões governamentais quanto dos prestadores privados de serviços de saúde (IBGE, 2009). Para Trindade (2008), além das ações e interesses dos diversos grupos envolvidos nos processos decisórios de incorporação, fatores como a própria natureza da tecnologia são também determinantes na adoção das inovações tecnológicas.

A incorporação de novas tecnologias, o processo de difusão nos territórios e a repercussão que gera nas práticas de saúde e sistemas de cuidado têm um impacto tão grande no setor saúde, que até se fala em um novo paradigma tecnológico em saúde, o que acaba por suscitar novos enfrentamentos e perfis diferenciados para se produzir saúde (ABREU, 2016).

Portanto, devido às particularidades que envolvem os processos de implantação de novas tecnologias, principalmente a aquisição de equipamentos médico-hospitalares, é imprescindível não só o envolvimento de uma equipe multidisciplinar composta por profissionais com amplo conhecimento técnico nas áreas da Saúde, Arquitetura, Engenharia Clínica, Tecnologia da Informação, Administração, Jurídico, entre outras, desde o início até o fim do processo de aquisição das novas tecnologias, como também treinamento dos profissionais que irão operar tais equipamentos, garantindo segurança e bons resultados para o usuário final.

A TC é um exame não invasivo, indolor, prático, rápido e eficaz, que combina equipamentos emissores de radiação ionizante (raios-x), combinados com computadores programados para produzir imagens da anatomia de órgãos internos. É utilizada, por exemplo, para o diagnóstico de problemas neurológicos; problemas pulmonares e em procedimentos minimamente invasivos.

Estudos realizados por Gutierrez (2009), Andreazzi e Andreazzi (apud SANTOS, 2013, p. 10), Santos et al. (2013) e Silva (2017) demonstram que a distribuição dos equipamentos de TC ocorre de forma desigual, tanto na esfera pública quanto na esfera privada, com histórica escassez destes equipamentos em alguns estados da Federação, frente a excessos destes nas outras regiões do Brasil, como: Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Distrito Federal. O que torna a equidade nesses serviços de saúde para população prejudicada.

A distribuição geograficamente concentrada da TC tem gerado um aumento excessivo, muitas vezes desnecessário, de procedimentos de diagnóstico por imagem, em parte, pois é crescente o número de patologias que podem ser diagnosticadas com o uso desta tecnologia, o que acaba estimulando seu uso (SANTOS, 2013). No RS, ao final de 2018, existiam 350 equipamentos de TC em uso, sendo 176 (50,3%) disponibilizados pelo SUS, para todos os tipos de prestadores, públicos ou privados.

Neste contexto, o presente estudo pretende descrever a distribuição geográfica dos equipamentos de TC e a capacidade de produção dos mesmos nos serviços do SUS da Região Vale dos Sinos do estado do Rio Grande do Sul (RS), que agregava 15 municípios, em 2018. Ao final, com o quantitativo de exames realizados e o quantitativo de equipamentos disponibilizados pelo SUS, objetiva comparar os dados obtidos com os parâmetros da Portaria GM/MS n° 1.631 (BRASIL, 2015).

## MÉTODOS

O estado do Rio Grande do Sul (RS) é o quinto mais populoso do país, com 11.329.605 habitantes (IBGE, 2018). A Região Vale dos Sinos, região em estudo, faz parte da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS, composta de 15 municípios: Araricá, Campo Bom, Dois Irmãos, Estância Velha, Ivoti, Lindolfo Collor, Morro Reuter, Nova Hartz, Novo Hamburgo, Portão, Presidente Lucena, Santa Maria do Herval, São José do Hortêncio, São Leopoldo e Sapiranga, e conta com o total de 823.873 habitantes (IBGE, 2019).

Para fins de comparação quanto aos dados coletados, este estudo seguiu as orientações da Portaria GM/MS n° 1.101, (BRASIL, 2002), pos-

teriormente revogada pela Portaria GM/MS nº 1.631, de 01 de outubro de 2015, que “Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS” (BRASIL, 2015).

As informações obtidas correspondem ao ano de 2018 e aos 15 municípios da Região Vale dos Sinos, relacionando: a quantidade populacional de cada município, conforme população estimada em 2018, pelo IBGE; quantitativo de equipamentos de TC disponibilizados pelo SUS, através da plataforma de Informações de Saúde, no site do DATASUS, bem como no banco de dados do CNES; o número de exames realizados por todos prestadores de serviços do SUS, independente de sua Natureza Jurídica, ao longo do ano, obtidos no banco de dados do DATASUS.

Paralelamente à pesquisa realizada nas bases de dados DATASUS, CNES e IBGE, foi encaminhado e-mail ao endereço eletrônico institucional das 15 Secretarias de Saúde dos municípios da Região Vale dos Sinos e à Secretaria Estadual de Saúde. Nesse e-mail foram solicitadas informações de como ocorria a regulação para acesso ao exame TC e a oferta de exame nos municípios. Foi solicitado o quantitativo de exames realizados, capacidade de produção dos serviços/equipamentos e se existem equipamentos desativados, aguardando por manutenção ou por qualquer outro motivo.

No intuito de melhor avaliar a adequação da distribuição dos equipamentos de TC na Região Vale dos Sinos, inicialmente, foram realizadas pesquisas de dados disponíveis no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), através da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, de 2009, que abrange aspectos como o número de estabelecimentos existentes por esfera administrativa, condições de funcionamento, categoria e tipos de atendimento; serviços oferecidos por modalidade de agente financiador (público, particular e convênio); além de informações sobre os equipamentos médico-hospitalares em condições de uso nos estabelecimentos investigados, segundo Grandes Regiões, Unidades da Federação e Municípios das Capitais (IBGE, 2018) cruzados com as bases de dados do DATASUS (DATASUS, 2018).

Para verificar se o número de equipamentos está distribuído, proporcionalmente ao número de habitantes da Região avaliada e se está de acordo com o preconizado pela Portaria GM/MS 1.631/2015, utilizou-se a fórmula empregada por Silva (2017):

$$\text{TC-SUS}/100.000 \text{ hab} = \frac{\text{nt SUS} \times 100.000}{\text{qp}}$$

Sendo:  $nt\ SUS$ - Nº equipamentos disponíveis ao SUS;  $qp$  = quantidade populacional de determinada região;  $TC-SUS/100.000$  = quantidade de tomógrafo público ou privado e/ou filantropia (conveniados ao SUS) para cada 100.000 habitantes.

Este cálculo é um importante indicador para analisar as variações geográficas e a distribuição dos equipamentos de TC, auxiliando os Gestores a identificarem possíveis situações de desigualdade além de ser usado para auxiliar em processos de planejamento e gestão dos serviços de saúde.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 2009 a Região Sul do Brasil possuía 193 equipamentos de TC, 115 (59,6%) disponíveis ao SUS. Destes, apenas 19 (9,8%) em estabelecimentos de saúde públicos. Em 2018, seriam 350 equipamentos, 176 (50,3%) disponíveis ao SUS.

Em se tratando especificamente da Região Vale dos Sinos, o número total estimado de habitantes dos 15 municípios, no ano de 2018, totalizava 823.873 habitantes (IBGE, 2019). Nela, segundo o DATASUS, existem 09 equipamentos de TC disponíveis, nos municípios de Campo Bom, Estância Velha e Portão (um, cada) e em Novo Hamburgo, São Leopoldo e Sapiranga (dois, cada). Empregando os registros do CNES, seriam 10 equipamentos, com o acréscimo de mais um aparelho em Novo Hamburgo, em um mesmo Hospital (ou seja, provável erro de registro). Aplicando a fórmula proposta por Silva (2017), o número de equipamentos de TC é de 1,09 para cada 100.000 habitantes, dentro do preconizado pela Portaria GM/MS 1.631/2015.

Destes municípios, Campo Bom, Estância Velha, Novo Hamburgo e São Leopoldo estão cadastrados sob Gestão Municipal e Portão e Sapiranga, sob Gestão Estadual. Vale ressaltar, que Sapiranga ainda está cadastrada como Gestão Dupla.

Ao analisar o número de procedimentos realizados no ano de 2018, por municípios, conforme relatório emitido pela Secretaria de Saúde do Estado, para todos os serviços de TC da Região Vale dos Sinos, verificou-se que o município de Portão não obteve produção de exames naquele ano. De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Portão, o município não possui equipamento de TC disponível pelo SUS, como descrito na base de dados do DATASUS e CNES.

Os resultados da SMS de Portão, enviados posteriormente por e-mail, apontam que foram realizados 295 exames em 2018; existem 258 ainda aguardando para serem realizados (já estão agendados); e 317 pacientes em lista de espera, aguardando agendamento. Informam ainda, que os pacientes são encaminhados via Regulação, para realizar os exames em serviço contratado pela própria SMS.

Vale ressaltar que, ao se buscar o prestador de serviços terceirizados registrado na ficha do CNES, remete ao CNES do Hospital de Sapiranga. Ou seja, os usuários do SUS do município de Portão, muito provavelmente, são encaminhados para a realização dos exames via Regulação, no município de Sapiranga.

Quanto ao município de São Leopoldo, verificou-se que o mesmo possui 02 dois equipamentos de TC cadastrados pelo SUS, sendo um no Hospital Centenário e um no Serviço de Investigação Diagnóstica (SIDI). Por não haver registro de produção, por parte do SIDI, no relatório do Estado, foram apuradas mais informações acerca destes prestadores, e constatado que na ficha cadastral do CNES do Hospital Centenário, consta que este possui serviço de TC terceirizado, remetendo ao registro CNES do SIDI de Porto Alegre. E esta informação foi confirmada por e-mail pela Gerência do SIDI. Ou seja, o equipamento cadastrado no Hospital Centenário corresponde ao mesmo equipamento do prestador de serviço terceirizado SIDI. Sendo assim, foi constatada uma inconsistência de dados em relação ao número de equipamentos de TC disponíveis pelo SUS no município de São Leopoldo, na base de dados do MS (CNES/DATASUS, 2018).

Desta forma, os dados foram revisados e desenhado um novo panorama da distribuição dos equipamentos de TC na Região Vale dos Sinos, atualizando o cálculo para 0,97 equipamentos disponíveis pelo SUS para cada 100.000 habitantes, valor abaixo dos padrões recomendados pela PRT GM/MS 1.631/2015.

Entretanto, esta relação varia por porte populacional, de um mínimo de 0,43 em São Leopoldo a 2,03 equipamentos/cem mil habitantes em Estância Velha.

Novo Hamburgo (NH) é o município com maior porte populacional da Região do Vale dos Sinos, onde o serviço de TC é disponibilizado pela Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo (FSNH), entidade jurídica-

ca sem fins lucrativos, de interesse coletivo e de utilidade pública, com autonomia gerencial, patrimonial, orçamentária e financeira, e que integra a Administração Indireta do Município de Novo Hamburgo (FSNH, 2018).

O Hospital Municipal de Novo Hamburgo (HMNH) é a unidade hospitalar gerenciada pela Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo (FSNH), seus serviços são 100% SUS e, além de atender a população de Novo Hamburgo, é referência na região em algumas especialidades. Na Cardiologia, por exemplo, é referência de Alta Complexidade para os seguintes Municípios: Novo Hamburgo; Araricá; Campo Bom; Dois Irmãos; Estância Velha; Ivoti; Lindolfo Collor; Morro Reuter; Nova Hartz; Presidente Lucena; Santa Maria do Herval e Sapiranga (FSNH, 2018).

No que diz respeito ao serviço de TC, o HMNH dispõe de dois equipamentos, sendo um de propriedade do município, inaugurado no ano de 2016, que serve de apoio para a SMS, e o outro, de empresa terceirizada, para atendimento das demandas de pacientes internados/emergências, contratada pela FSNH. Porém, este equipamento não estava registrado na base de dados do CNES, quando da redação deste estudo.

Em seu Relatório de Gestão, a FSNH informa que foram realizados 8.494 exames de TC em 2017, tanto para pacientes ambulatoriais quanto para internados. Ao final do 2º Quadrimestre do ano de 2018, a FSNH atingiu o número de 5.734 exames de Tomografia (FSNH, 2018). Porém, os dados fornecidos pelo Departamento de Assistência Hospitalar do RS são de 4.308 exames em 2018, o que gera uma inconsistência de informações, não sendo possível ser identificado o motivo até a conclusão deste estudo.

Além da FSNH, o município conta com o Hospital Regina, que está cadastrado como prestador de serviços para SMS em virtude da Alta Complexidade da Oncologia, no âmbito do SUS. Neste caso, os pacientes atendidos pela Oncologia são encaminhados para realização dos exames no próprio Hospital Regina. Ou seja, utiliza-se da estrutura daquela instituição hospitalar, com recursos do contrato firmado com a SMS, para atendimento da Alta Complexidade em Oncologia. Conforme dados do Departamento de Assistência Hospitalar do RS, no ano de 2018, o Hospital Regina realizou 2.352 exames de TC.

Para a relação Capacidade de Produção (CP) dos equipamentos se empregou a definição do tempo disponível dos equipamentos para a re-

alização de exames em serviços ambulatoriais de 08 horas/dia, durante 260 dias por ano, levando, em média, 30 minutos para realizar um procedimento (02 exames/h). Para os serviços hospitalares, o tempo de funcionamento seria de 24 h diárias, durante 365 dias do ano.

Desta forma obteve-se uma capacidade de produção para a Região Vale dos Sinos em 2018 de 99.280 exames, acima da produção informada pela SES/RS, de 20.260 exames, ou uma taxa de utilização de 20,41%. O prestador de serviços de Sapiranga apresentou uma taxa de utilização acima de 100%, destoando dos demais serviços, que oscilaram na casa dos 20%.

## CONCLUSÃO

Muito embora órgãos como IBGE, DATASUS e CNES sejam importantes fontes de dados para pesquisa em saúde, foram identificadas inconsistências quanto ao número de equipamentos disponíveis para o SUS na Região Vale dos Sinos e destino dos dados de produção realizados no processo de regulação.

Em relação ao número de equipamentos disponíveis pelo SUS na Região Vale dos Sinos, é possível identificar que estão abaixo do preconizado na PRT GM/MS 1.631/2015. Por outro lado, a taxa de utilização dos mesmos aponta para uma ociosidade média de 80% dos equipamentos existentes.

## REFERÊNCIAS

ABREU, G R F. Utilização e Acesso às Tecnologias de Diagnóstico por Imagem pelo SUS no estado da Bahia: O caso do Tomógrafo Computadorizado e equipamento de Ressonância Magnética. 2016. 92 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Avaliação de Tecnologias em Saúde: ferramentas para a Gestão do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 110 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). CNESNet: Consulta de Estabelecimentos. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>.

BRASIL. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). CNESNet: Indicadores – Equipamentos- Estado RS. Disponível em: [http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Equipamentos\\_Listar.asp?Vcod\\_Equip=11&VTipoEquip=1&VListar=1&VEstado=43&VMun=431340&VComp=201812](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipamentos_Listar.asp?Vcod_Equip=11&VTipoEquip=1&VListar=1&VEstado=43&VMun=431340&VComp=201812).

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária – AMS -2009 Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/saude/9067-pesquisa-de-assistencia-medico-sanitaria.html?=&t=o-que-e>>.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). População. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/panorama>.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Serviços de saúde. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/pesquisa/32/28163>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Bloco 17 - Equipamentos de diagnóstico por imagem. Disponível em: <[http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ams/webhelp/bloco\\_17\\_equipamentos\\_de\\_diagn\\_stico\\_por\\_imagem.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ams/webhelp/bloco_17_equipamentos_de_diagn_stico_por_imagem.htm)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS -Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Cadernos de Informações de Saúde Rio Grande do Sul. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rs.htm>>

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS -Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Notas Técnicas- 2018. Disponível em:<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipors.def>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017, p.33. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/auditoria/manuais/manual\\_sih\\_janeiro\\_2017.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/auditoria/manuais/manual_sih_janeiro_2017.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.101/GM, de 12 de junho de 2002. Aprova os Parâmetros Assistenciais do SUS. Disponível em: <[bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1101\\_12\\_06\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1101_12_06_2002.html)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.690, de 5 de Novembro de 2009. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. Brasília, DF, 05 de nov. 2009. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2690\\_05\\_11\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2690_05_11_2009.html)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Brasília, DF, 01 de Out. 2015. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631\\_01\\_10\\_2015.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão do SUS Regulação. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/gestao-do-sus/programacao-regulacao-controle-e-financiamento-da-mac/regulacao>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude#principios>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. SOMASUS na alocação de recursos. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/gestao-do-sus/economia-da-saude/alocacao-de-recursos/somasus>>

CENTRO COLABORADOR DO SUS – Avaliação de Tecnologias & Excelência em Saúde (CCATES). Avaliação de Tecnologias em Saúde. Disponível em: <<http://www.ccates.org.br/areas-tematicas/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/>>.

FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE NOVO HAMBURGO. Relatório de Gestão 3º Quadrimestre 2017. Disponível em: <<http://www.fsnh.net.br/arquivos/File/publicacoes/RELATORIO%203%C2%BA%20QUADRIMESTRE%202017.pdf>>

FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE NOVO HAMBURGO. Relatório de Gestão 2º Quadrimestre 2018. Disponível em: <[http://www.fsnh.net.br/arquivos/File/publicacoes/RELATORIO\\_2%C2%BA\\_QUADRIMESTRE\\_2018.pdf](http://www.fsnh.net.br/arquivos/File/publicacoes/RELATORIO_2%C2%BA_QUADRIMESTRE_2018.pdf)>.

GUTIERREZ, M S. A oferta de tomógrafo computadorizado para o tratamento do acidente vascular cerebral agudo, no Brasil, sob o ponto de vista das desigualdades geográficas e sociais. 2009. 87 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

LIMA, S G G; BRITO, C; ANDRADE, C J C. O processo de incorporação de tecnologias em saúde no Brasil em uma perspectiva internacional. *Ciência e Saúde Coletiva*, 24(5):1709-1722, 2019.

SANTOS, D L. Distribuição do Tomógrafo Computadorizado e da Tomografia Computadorizada no SUS. Dissertação (Pós-graduação em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

SILVA, A S D G. Panorama da Gestão de Tomógrafos Ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na área metropolitana de Brasília (AMB): Dificuldades enfrentadas pela população na realização de exames de Tomografia Computadorizada (TC). Dissertação (Mestrado em Engenharia Biomédica) - UnB: Universidade de Brasília - Faculdade Gama, Distrito Federal, Brasília, 2017.

SILVA, G L. Análise e distribuição de Tomógrafos Computadorizados no Brasil e avaliação do grau de utilização e usabilidade dos Tomógrafos em um, estabelecimento assistencial de saúde público Dissertação (Mestrado em Engenharia Biomédica) – Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, 2017.



# ACESSO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PARA A POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE NO ESTADO DE SANTA CATARINA

REGES ANTONIO DEON  
CAMILA GUARANHA  
ANDREA GONÇALVES BANDEIRA

## INTRODUÇÃO

A Constituição Brasileira apresenta um conjunto de direitos que devem ser instituídos pelo Estado a fim de garantir, democraticamente, a participação popular nas decisões sociais e a consequente melhoria das condições de vida da população. Entre estes direitos garantidos, está o direito à saúde para todos os cidadãos (BRASIL, 1988).

Anteriormente à Constituição de 1988 e da consolidação e regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), uma população específica já tinha o direito à saúde garantido por lei: eram as pessoas privadas de liberdade. Este direito está previsto na Lei de Execução Penal (LEP) de 1984, que estabelece as responsabilidades do Estado e garante direitos assistenciais, como saúde, educação, trabalho, assistência jurídica, social e religiosa às Pessoas Privadas de Liberdade (PPLs) durante o período de prisão (BRASIL, 1984).

Após a regulamentação do SUS e sob a concepção da saúde como direito universal, a população prisional também foi incluída na assistência à saúde a partir do SUS. O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) instituído em 2004 foi o marco efetivo desta garantia (BRASIL, 2004).

Esse plano foi instituído considerando as condições desfavoráveis de higiene e insalubridade da maioria das unidades prisionais, bem como as elevadas taxas de prevalência de infecção por HIV/AIDS, tuberculose, hepatites e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Contudo, o plano foi pouco efetivo na prática, considerando a dimensão do nosso país, as diferenças sociodemográficas, o financiamento insuficiente para

ações de saúde, falhas de atendimento, bem como a dificuldade de acesso à rede (OLIVEIRA; COSTA; MEDEIROS, 2013).

Desde a sua implantação no Brasil, as instituições penais apresentam precárias condições de saneamento, o que proporciona um ambiente favorável para a disseminação de doenças infectocontagiosas, dentre elas a tuberculose (TB). A TB nas prisões constitui um importante problema de saúde, especialmente nos países de alta e média endemicidade. Há elevada incidência relacionada ao tratamento irregular e à detecção tardia dos casos. Contribuem para este cenário a superlotação, condições precárias de higiene e conforto, má alimentação, sedentarismo e a falta de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2013).

A magnitude deste agravamento no ambiente prisional era desconhecida até 2007, quando foi introduzida na ficha de notificação a informação sobre a origem prisional, permitindo uma avaliação em nível nacional. Em 2017, 7.317 (10,5%) dos casos novos de tuberculose registrados no Brasil foram em pessoas privadas de liberdade. E o risco de adoecimento nesta população foi 25 vezes maior que o da população geral (BRASIL, 2018).

Visando sanar estas dificuldades e melhor operacionalizar a assistência à população privada de liberdade no âmbito do SUS, foi instituída, em 2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que tem entre seus objetivos o acesso e promoção do cuidado integral e humanizado às PPLs (BRASIL, 2014). De acordo com a PNAISP, a atenção básica é prestada por Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESPs) visando controlar ou reduzir os agravos mais frequentes que acometem essa população (BRASIL, 2014).

O Brasil tem a quarta maior população prisional do mundo, com 678 mil detentos, ficando atrás apenas dos EUA (2,2 milhões), da China (1,6 milhão) e Rússia (740 mil). A Região Sul do país tem um quantitativo de 87697 presos. Destes, 34098 no Rio Grande do Sul, 31230 no Paraná e 22369 em Santa Catarina (BRASIL, 2017).

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa, transmitida, principalmente, por via respiratória. Afeta geralmente os pulmões e pode levar à morte se não tratada. É a segunda maior causa de óbitos no mundo, ficando atrás apenas do HIV. Em 2015 o número mundial estimado de novos casos foi de 10,4 milhões. Nesse mesmo ano, o número estimado de mortes foi de 1,4 milhão. As mortes por tuberculose em pessoas HIV positivas

foram de 374 000 (WHO, 2016). Em 2016, foram diagnosticados e registrados 66.796 casos novos e 12.809 casos de retratamento de tuberculose no Brasil. Nesse mesmo ano a incidência de casos de tuberculose foi de 32,4 por 100 mil habitantes no país. Já a porcentagem de realização de testagem para HIV nesses novos casos foi de 73,2% (BRASIL, 2018), superior aos 61% encontrados por Macedo et al. (2017).

No Brasil, em 2012, a incidência de TB entre privados de liberdade foi 25 vezes maior do que na população em geral. Os casos de TB entre a população privada de liberdade representam 6,8% dos casos notificados no Brasil, embora o sistema prisional corresponda a somente 0,2% da população do país. Outro aspecto a considerar é a incidência da coinfeção TB/HIV, sendo umas das principais causas de morte entre os portadores. Além disso, a saúde no âmbito prisional é um problema de saúde pública, visto que algumas doenças e agravos são bem mais prevalentes nessa população em comparação à população geral (ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME, 2012; WHO, 2014).

Em se tratando de uma população vulnerável e de um ambiente de maior prevalência deste agravo, a acesso ao diagnóstico e tratamento está atrelado à disponibilidade de profissionais de saúde, exames laboratoriais e de acompanhamento dos casos. Neste sentido, os Ministérios da Justiça e da Saúde publicaram, em 2 de janeiro de 2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que tem entre seus objetivos o acesso e promoção do cuidado integral e humanizado às PPLs (BRASIL, 2014).

A fim de controlar e reduzir a incidência desta doença, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), organizando as ações estratégicas nos seguintes níveis: atenção à saúde; prevenção; assistência e diagnóstico. Neste contexto, o controle da tuberculose é baseado na busca de casos, no diagnóstico precoce e adequado tratamento, preconizando o Tratamento Diretamente Observado (TDO) com objetivo de interromper a cadeia de transmissão, aumentar o vínculo profissional-paciente, acompanhar a evolução dos casos e evitar possíveis adoecimentos (BRASIL, 2011).

Contudo, o conhecimento deste agravo endêmico e sobretudo a prevalência na população prisional, que apresenta maior vulnerabilidade para o desenvolvimento da doença, é um importante indicador para o planeja-

mento, execução e avaliação das ações de saúde a serem implementadas pelos gestores. Frente a este cenário, se objetiva identificar o acesso, diagnóstico e tratamento da tuberculose na população privada de liberdade no estado de Santa Catarina.

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Os dados foram coletados através da consulta à base de dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no endereço eletrônico <http://www.datasus.gov.br>. Informações referentes às Equipes de Saúde Prisional foram obtidas no site do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES - <http://cnes.datasus.gov.br>). No que se refere às unidades prisionais, os dados foram coletados no site do Conselho Nacional de Justiça (CNJ - [http://www.cnj.jus.br/inspecao\\_penal/mapa.php](http://www.cnj.jus.br/inspecao_penal/mapa.php)

A amostra foi composta por 618 casos diagnosticados de tuberculose em unidades prisionais, notificados ao SINAN no período de 2015 a 2018 no estado de Santa Catarina (SC). A busca de dados ocorreu utilizando-se os seguintes filtros: Ano: 2015-2018; Pessoa Privada de Liberdade (PPL); Município de notificação; Idade; Sexo; Escolaridade; Confirmação laboratorial; Tipo de entrada; HIV; TDO realizado; Situação de encerramento.

O campo de estudo foi o sistema prisional catarinense, que possui 50 estabelecimentos penais, distribuídos em 34 municípios, dispendo de um total de 17.546 vagas, uma população carcerária de 23.829 e um déficit de 4.203 vagas.

Com relação à assistência à saúde, apenas 11 unidades prisionais possuem cadastro de Equipe de Atenção Básica Prisional (EABP). Nas demais, a assistência é prestada por equipes de saúde da atenção básica ou, nos estabelecimentos com menor número de detentos, são atendidos em unidades básicas de saúde próximas à unidade penal, principalmente em situações agudas, exceto o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em Florianópolis.

## RESULTADOS

A tuberculose ainda é uma doença com alta incidência de casos na população geral. Durante o período compreendido entre os anos de 2015 e 2017 o número de casos novos diagnosticados manteve-se relativamente estável, em torno de 2170 casos. No ano de 2018, até o mês de outubro, já havia registro de 1533 casos.

Na população em estudo, no período entre 2015 e outubro de 2018, foram registrados 618 casos de tuberculose, um decréscimo nos casos confirmados em 2015 (184 casos) e 2017 (150 casos). Dos 618 casos confirmados, 516 (83,5%) realizaram algum exame laboratorial dentre os preconizados pelo protocolo do Ministério da Saúde. Porém o número de casos diagnosticados clinicamente é um indicativo de falha na detecção precoce destes.

Do total de casos, 470 (76%) foram diagnosticados pela primeira vez quando rastreados dentro do sistema prisional, 73 (11,8%) no reingresso após abandono de tratamento, 39 (6,3%) na recidiva, 33 (5,3%) no momento da transferência entre instituições e 3 (0,5%) não havia informação.

O município com maior número de casos notificados foi Florianópolis, seguido de Blumenau e Itajaí, sendo estes responsáveis por um total de 378 (61,2%) casos, ainda que possuam uma população prisional somada de 7162 pessoas, 30% do total de presos do estado de Santa Catarina.

Na análise por sexo, observou-se um predomínio do sexo masculino, com 570 casos (92%); quanto à cor da pele, predomínio da branca (71,8%) e parda (15,7%); segundo a faixa etária, entre 20 e 29 anos (46,8%), seguido de 30 a 39 anos de idade (32,4%); com escolaridade entre 5 e 8 anos de estudo (31,1%), secundado por ausência de informação (23,3%).

Com relação à realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO), 429 (69,4%) casos fizeram uso deste recurso para acompanhamento e otimização da intervenção em saúde. Em se considerando a situação de encerramento dos casos, a taxa de cura no período foi de 61,3% (397 casos), aquém do preconizado pelas organizações de saúde. Relevantes também os casos de transferência, característica intrínseca do sistema prisional (64 casos), e abandono (56 casos), em virtude da finalização de sua passagem pelo sistema penal e ruptura de vínculo.

Dos 618 casos, 85% foram testados quanto ao HIV e, dentre eles, 78 (12,6%) eram portadores do referido vírus. Um total de 81 casos não ti-

veram rastreio, o que poderia ocultar um número relativamente superior de coinfectados.

## DISCUSSÃO

A população do estudo é caracterizada por jovens entre 20 e 39 anos, predominantemente do sexo masculino, com baixa escolaridade e de raça/cor da pele branca. Estas características demonstram o perfil da população prisional do estado e refletem o panorama geral em nosso país, como observado nos dados do Banco Nacional de Monitoramento de Prisões (2018), onde 95% (572.764) são homens e 42% (87.835) são de cor/raça branca. Pessoas analfabetas, alfabetizadas informalmente e aqueles que têm até o ensino fundamental completo representam 72,13% da população prisional.

Devem-se destacar ainda dois fatores significativos: primeiro, que entre homens jovens está a maior taxa de criminalidade influenciando nas estatísticas relacionadas à mortalidade e morbidade. E, segundo, que o homem culturalmente apresenta uma forma peculiar de se relacionar com o sistema de saúde, questão mais sensível ainda nas camadas menos favorecidas da sociedade, o que favorece a alta endemicidade da tuberculose nesta população, agravo este que na maioria das vezes só é rastreado pelo serviço de saúde quando do ingresso do recluso no sistema prisional.

Em Santa Catarina, dos 50 estabelecimentos penais para maiores de idade, somente 11 possuem equipes de atenção básica prisional vinculadas à política. O acesso ao sistema e serviços de saúde constitui, para a população do estudo, uma necessidade primária dentro deste ambiente diferenciado em relação aos demais cidadãos, pois, segundo Machado (2009), “o ambiente carcerário é um lugar impróprio para se conseguir algum benefício ou ressocialização do indivíduo”. Outra questão que diferencia esta situação é a relação jurídica distinta advinda da responsabilidade do Estado pela integridade física e psicossocial regulamentada por leis específicas. Em relação à saúde, apesar de haver um plano nacional de saúde no sistema prisional (2004) e uma política específica para os PPLs (2014), a implementação das ações sofre com problemas relacionados à gestão, infraestrutura, recursos materiais e humanos e diálogo entre as diversas áreas do Estado envolvidas (BRASIL, 2004; 2014).

Referente ao diagnóstico de TB, 83% realizaram algum dos exames diagnósticos preconizados pelo Ministério da Saúde (exame de escarro, cultura de escarro e/ou raio x de tórax). Os demais, 17%, foram diagnosticados clinicamente, o que representa uma falha na detecção precoce dos casos. A incidência de casos no estudo foi de 1,95% (1.958 por 100.000). Em comparação a estudos em países desenvolvidos, como, por exemplo, a França (Hanau-Berçot et al. 2000), onde foi identificada uma incidência de 215 casos em 100.000 presos, constata-se uma incidência nove vezes menor do que a encontrada em nosso estado. Já, em um estudo chileno (Aguilera et al., 2016), foi apurado uma incidência de 123,9 por 100.000, novamente inferior à do presente estudo. Em comparação a outros estados brasileiros, em um estudo no Mato Grosso do Sul (CARBONE et al., 2018), identificaram uma incidência de 1.839 por 100.000 habitantes, muito próxima à do presente estudo.

A alta rotatividade dos detentos dentro da unidade penal e entre as demais unidades contribui por aumentar ainda mais a transmissibilidade e o número de pessoas exposta ao bacilo. Além dos detentos, incluem-se os profissionais de segurança, saúde, educação e os familiares que regularmente visitam o sistema. Por estas circunstâncias, a tuberculose no sistema prisional é considerada um problema social, ultrapassando as fronteiras do cárcere.

Outro fator de risco que favorece o desenvolvimento da TB são os casos de coinfeção por HIV. Dos 618 casos de TB do estudo, 78 indivíduos (12,62%) eram coinfectados, e a testagem foi realizada em 84,95% do total de casos. Observou-se que 81 casos não foram rastreados, o que poderia ocultar um número relativamente superior de coinfectados. Em 2015, no Brasil, dos apenas 68,9% casos novos de TB que foram testados para HIV, 9,7% corresponderam a pessoas com a coinfeção TB-HIV. O MS preconiza a testagem para o HIV em 100% dos casos de TB, tendo em vista a íntima relação entre as patologias (BRASIL, 2016).

Há, nesse sentido, a necessidade do conhecimento da situação da coinfeção TB/HIV para planejar a assistência adequada. O manejo do tratamento para TB na coinfeção tem suas particularidades relacionados ao uso concomitante de medicamentos para controle e cura destas doenças, diretamente relacionados ao grau de adesão ao tratamento pelo indivíduo (BRASIL, 2013).

Nesse cenário, o TDO é uma estratégia que oferece maior acolhimento, melhor adesão, com aumento da cura e redução de abandono do tratamento (BRASIL, 2011). Na população em estudo, 69,41% se utilizaram deste instrumento. A não adesão a este método pode estar relacionada ao fato, por parte do profissional de saúde, de não identificar a necessidade do doente (lembrando que a grande maioria dos detentos apresenta baixo nível de instrução), pela indisponibilidade de profissionais de saúde nas unidades penais e se priorizar, no sistema penal, a questão de segurança, envolvendo a movimentação do detento e o consequente aumento no número de agentes de segurança.

Contudo, a taxa de cura para os casos de tuberculose da população em estudo foi de 61,32%, conforme a situação de encerramento abaixo da média brasileira, que é de 73,5% (DE ALMEIDA WINTER; GARRIDO, 2017). Influenciam este percentual os casos de abandono (56 casos), primeiramente, pelo fato de que, após cessados os sintomas no primeiro ou segundo mês de tratamento, o doente tem percepção de melhora e não vê necessidade de continuar até o fim. Segundo, por situações de fuga do sistema penal e perda do vínculo com a unidade e profissionais de saúde. Outro fator importante, neste contexto, são os casos de transferências (64 casos), em que a falta de comunicação referente às condições de saúde do detento entre as unidades penais torna-se um obstáculo, retardando ou interrompendo o processo de tratamento. Estas são algumas das condições que colaboram para os casos de tuberculose drogarr resistente, que inevitavelmente refletem no aumento do tempo, custo, adesão ao tratamento e cura da doença. A tuberculose se não tratada, pode levar ao óbito. Foram 10 casos de óbito por TB no período do estudo. No Brasil, em 2016, foram registrados 4.426 óbitos por tuberculose (BRASIL, 2018).

## CONCLUSÃO

Pode-se verificar, com o estudo, que o acesso ao sistema e serviços de saúde para a população prisional, no Estado de Santa Catarina, é feito de forma parcial. Considerando que há uma política de saúde específica para esta população, apenas 11 dos 50 estabelecimentos penais dispõem de equipe de saúde prisional.

Identificou-se um número significativo de casos de tuberculose no período em estudo e que em alguns deles o diagnóstico foi realizado tardiamente. Significativos também são os casos de coinfeção, que necessitam manejo particular para tratamento das doenças.

Em relação à taxa de cura, o estado situou-se, no período, abaixo da média nacional. Reflexo disso são as próprias características sociodemográficas da população, de infraestrutura prisional e falta de adoção e uniformização de protocolos de assistência à saúde no momento da entrada no sistema prisional.

O estudo respondeu aos objetivos propostos, identificando 618 casos de tuberculose, uma taxa de cura de 61,32% e o percentual de 12,62% de casos coinfectados pelo HIV. Proporcionou também verificar a forma de acesso ao sistema e serviços de saúde através das equipes de saúde prisional ou equipes de atenção básica.

Importante destacar que o não preenchimento ou preenchimento incompleto dos campos da ficha de notificação e atualização até outubro de 2018, do número de casos no SINAN, foram fatores limitantes desta investigação, provavelmente ocultando um número superior de casos de tuberculose e coinfeção pelo HIV na população privada de liberdade no estado.

Esta análise contribui para evidenciar ainda mais a problemática deste agravo no sistema prisional do estado e a necessidade de pactuação de parcerias entre as Secretarias de Justiça e Saúde do estado e gestores de saúde dos municípios para elaboração e implementação de medidas de controle da doença, fortalecendo os sistemas de referência entre as esferas. Ainda, este será apresentado ao Grupo Condutor da Política de Saúde Prisional do estado para conhecimento da situação e elaboração de ações estratégicas para enfrentamento da tuberculose nas unidades prisionais catarinenses.

## REFERÊNCIAS

AGUILERA, X. P. et al. Tuberculosis in prisoners and their contacts in Chile: estimating incidence and latent infection. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 20(1): 63-70, 2016.

BRASIL. Constituição [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Lei n. 72210 de 11de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 jul. 1984. Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1980-1987/lei-7210-11-julho-1984-356938-normaatuualizada-pl.pdf>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário. Brasília: Ministério da Justiça, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n.º 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui 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). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 de jan. 2014. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001\\_02\\_01\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html)

\_\_\_\_\_. Ministério de Justiça. Conselho Nacional de Justiça. Relatório Mensal do Cadastro Nacional de Inspeções nos Estabelecimento Penais. Brasília: Ministério da Justiça, 2018. Disponível em: < [http://www.cnj.jus.br/inspecao\\_penal/mapa.php](http://www.cnj.jus.br/inspecao_penal/mapa.php)>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_recomendacoes\\_controle\\_tuberculose\\_brasil.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério Público Federal. Conselho Nacional do Ministério Público. A visão do Ministério Público Brasileiro Sobre o Sistema Prisional Brasileiro. Brasília: MPF, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Volume 49 Nº 11. Mar. 2018. Disponível em <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/26/2018-009.pdf>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico, 47(13), 2016. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/24/2016-009-Tuberculose-001.pdf>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Recomendações para o manejo da coinfeção TB-HIV em serviços de atenção especializada a pessoas vivendo com HIV/AIDS / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Banco Nacional de Monitoramento de Prisões – BNMP 2.0: Cadastro Nacional de Presos, Conselho Nacional de Justiça, Brasília, agosto de 2018. Disponível em <http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2018/08/987409aa856db291197e81ed314499fb.pdf>

CARBONE, A.S.S. et al. Estudo multicêntrico da prevalência de tuberculose e HIV na população carcerária do Estado do Mato Grosso do Sul. Comunicação em Ciências da Saúde, 28(1): 53-57, 2018.

DE ALMEIDA WINTER, B. C; GARRIDO, R. G. La tuberculosis en el cárcel: un retrato de las adversidades del sistema prisional brasileño. Med. leg. Costa Rica, 34(2): 20-31, 2017.

ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME. Guia sobre gênero, HIV/Aids, coinfeções no Sistema Prisional. Brasília: UNODC, 2012.

HANAU-BERCOT, B. et al. A one-year prospective study (1994–1995) for a first evaluation of tuberculosis transmission in French prisons. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 4(9): 853-859, 2000.

MACEDO, L. R.; MACIEL, E.L.N.; STRUCHINER, C. J. Tuberculose na população privada de liberdade do Brasil, 2007-2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(4): 783-794, 2017.

MACHADO, V.G. O fracasso da pena de prisão: alternativas e soluções. *Revista Jus Navigandi*, 14, 2009.

OLIVEIRA, L. V.; COSTA, G. M. C.; MEDEIROS, K. K. A. S. Envelhecimento: significado para idosos encarcerados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 16(1): 139-148, 2013.

WHO - World Health Organization. *Prisons and Health*. Geneva: World Health Organization, 2014.

WHO - World Health Organization. *Global tuberculosis report*. 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250441/1/9789241565394-eng.pdf?ua=1>



# CAPACIDADES ASSISTENCIAIS EM FISIOTERAPIA AMBULATORIAL DO SUS NA 12ª REGIÃO DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL

RONIERI ARISTEU DOS REIS SCARDOELLI

RITA DE CASSIA NUGEM

PAUL DOUGLAS FISHER

## INTRODUÇÃO

O Brasil possui um Sistema de Saúde, implementado pela lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, garantindo que toda a população tenha direito à saúde, devendo o Estado prover as condições e meios necessários para que isso se consolide, através de ações e serviços de saúde, definidos por políticas públicas, desenvolvidas segundo os preceitos da universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 1990).

O SUS, é um complexo sistema de assistência à saúde, público e gratuito, que presta serviços dentro das mais diversas formas de atenção à saúde no território brasileiro (BRASIL, 2006).

Dessa maneira, o Sistema Único de Saúde brasileiro deve proporcionar assistência com base na promoção, proteção e recuperação da saúde, buscando ser eficiente e eficaz, para que possa efetivar-se no país. Tais condições são ofertadas com base na sua organização, devendo ser descentralizada, regionalizada, resolutiva e hierarquizada, formando um modelo ideal para a saúde pública nacional (CHIORO; SCAFF, 1999).

Quanto aos princípios organizacionais da regionalização e hierarquização, existem três níveis de atenção, devendo o acesso da população se dar pelo primeiro nível, a atenção primária, estruturada para resolver os principais problemas demandados, referenciando para os demais níveis, a média e alta complexidade aqueles que necessitem de maiores aparatos tecnológicos ou que não podem ser resolvidos pela atenção primária. (CHIORO; SCAFF, 1999).

Solla e Chioro (2012) descrevem a média complexidade como o nível de atenção à saúde, onde os usuários carecem de ações e serviços disponibilizados por profissionais especializados, e com o emprego de recursos

tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, sendo sua organização e financiamento baseados historicamente na oferta de procedimentos, onde ainda existe pouca capacidade de regulação e grande dificuldade em adquirir serviços, devido aos valores defasados pagos pelo SUS. Além do baixo financiamento, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde na média complexidade também está relacionada a fatores como a escassez de profissionais e grande dependência do setor privado (SILVA et al., 2017). Apesar disso, a oferta de serviços de média complexidade tem crescido e acompanhado a regionalização da atenção à saúde no país (ALBUQUERQUE et al., 2017).

Tendo instituído as normas e diretrizes para o estabelecimento de um Sistema Único de Saúde no país, a lei 8.080/1990 trouxe novos conceitos e obrigações a serem apropriados por todos os atores envolvidos no processo, sendo os aspectos da gestão essenciais para seu funcionamento, compreendendo planejamento e financiamento do SUS, distribuindo tais responsabilidades entre os entes federados, e permitindo a participação do setor privado na prestação dos serviços de saúde, de forma complementar (BRASIL,1990).

Ao planejar ações e serviços de saúde, os gestores públicos são dependentes do montante de recursos financeiros disponíveis através do Fundo Nacional de Saúde (FNS), devendo elencar prioridades e definir a distribuição desses recursos. Desse modo, o Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite aponta dentre diversas outras características o subfinanciamento e a ineficiência na utilização dos recursos como um fator fundamental para o cenário atual da gestão do SUS, marcado pela fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas.

A lei complementar 141 de 13 de janeiro de 2012 estabelece que os investimentos em saúde pública no país se darão de forma tripartite, onde cada esfera do governo deve arcar com sua parte, fixando que 15% do valor total arrecadado em impostos por municípios e pela união devem ser aplicados em saúde, enquanto no caso dos estados e do Distrito Federal este percentual é de 12%, devendo todo o processo de planejamento e orçamento ser ascendente.

No que tange a média complexidade os municípios recebem repasse financeiro advindo do governo federal através do bloco de financiamento da alta e média complexidade (MAC) para executarem ações e serviços

ambulatoriais e hospitalares, devendo complementar os recursos de acordo com as necessidades e dentro do pactuado entre os gestores (BRASIL, 2006). Porém, Junior e Mendes (2015) demonstraram, que apesar da escassez de recursos financeiros, houve um crescimento dos repasses para o MAC, tendo sido o bloco financeiro a mais receber recursos do FNS entre os anos de 2000 e 2011, sendo seu investimento diretamente proporcional a capacidade instalada nas regiões brasileiras.

Nesse contexto, Santos, Ugá e Porto (2008) investigando as características dos estabelecimentos que prestam assistência através do SUS, segundo sua natureza jurídica (pública ou privada) encontraram que os gastos referentes às ações e serviços de saúde são predominantemente públicos, seja através de financiamento direto ou por repasses financeiros para a iniciativa privada. Percebe-se uma clara divisão na oferta, estando os serviços hospitalares e as unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, em sua maioria, de posse privada. Cabe ao Estado a maior parte das unidades ambulatoriais. Além disso, apontam para a existência de uma cobertura duplicada no país, onde usuários com planos de saúde usufruem do sistema público e, tendo o segmento suplementar maior oferta na média e alta complexidade quando comparado ao SUS.

Diversidade essa também apontada por Viacava et al. (2018), o qual demonstrou a existência de uma interdependência entre os setores público e privado construída ao longo da implantação e expansão do SUS, estando os prestadores privados pautando suas ações de acordo com a lógica de mercado e dependentes de recursos públicos. Nessa ótica, Pessôa et al. (2016) fomenta que é necessária uma reorganização dos serviços que prestam assistência à saúde no setor público, visando o aumento da oferta de serviços na média complexidade, em que deva ser superada a barreira que trava os investimentos na ampliação da capacidade instalada, enfatizando que os recursos públicos devam ser alocados nas unidades públicas para de fato influenciar a reorganização da oferta no SUS.

Assim, Pires et al. (2010) relatam um meio de disputas e interesses como o panorama desse misto assistencialista, estando a média complexidade inserida nesse contexto, onde um cenário político e econômico acaba por sobressair. Diante a tais desigualdades, a regionalização é apontada como possível solução ao problema e tida como necessária no cumprimento da constituição (RIBEIRO et al., 2017), tendo as políticas regionais

em saúde priorizado estratégias envolvendo o investimento, planejamento e expansão dos serviços com base nas negociações intergovernamentais nas regiões de saúde (ALBUQUERQUE et al., 2017).

Nesse contexto deve-se entender as necessidades populacionais e a capacidade produtiva dos serviços de saúde existentes, onde quatro situações distintas, para as quais os gestores devem encontrar soluções específicas, são apontadas: a inexistência de determinado procedimento de saúde em uma região; a insuficiência dos serviços de saúde existentes; a capacidade existente e adequada (física e humana), mas com insuficiência de recursos financeiros para custeio; e a oferta de serviços superiores à necessidade (BRASIL, 2011).

Para que se possam produzir ações de saúde é necessário haver, dentre outros aspectos, uma oferta de serviços. O entendimento de tal oferta se baseia no total de recursos disponíveis: humanos, físicos e tecnológicos. Além de questões como: as necessidades da população, sua área de cobertura, capacidade em atender e organizar certa demanda (PIRES et al., 2010; GERHARDT et al., 2011; VIÉGAS et al., 2018).

Na busca por realizar a análise da oferta de serviços de saúde, diversos autores (MIRANDA et al., 2006; GERHARDT et al., 2011; ANDREAZZI et al., 2014; SANTOS et al., 2017; VIÉGAS et al., 2018), fizeram uso de dados secundários disponíveis em bancos de dados oficiais, apontando para resultados que demonstram a importância de entender suas características e relacioná-las para que possamos compreender as necessidades da população. Com isso pode-se apontar a utilização dos sistemas de informação disponíveis como importante fonte para a prática de pesquisas e no desenvolvimento do planejamento em saúde.

Através desses estudos, tem-se que oferta a oferta não é garantia de acesso (VIÉGAS et al., 2018) e, como apontam Andreazzi et al. (2014), encontra-se intimamente ligada à utilização dos serviços de saúde, sendo seus estudos convenientes para difundir novas tecnologias, permitir levantar hipóteses sobre determinantes e impactos, ao ponto de colaborarem na tomada de decisões dos gestores. Corroborando, Gerhardt et al. (2011) atestam que as inequidades na oferta de serviços influenciam na demanda, determinando o perfil de utilização dos mesmos, indo assim, ao encontro das ideias de Pires et al. (2010) que relatam ser a oferta indutora da demanda, principalmente nas regiões mais ricas do país, sendo a falta de

conexão entre tais fatores geradora de ineficiência no sistema de saúde.

Apesar de ter havido um aumento na oferta de estabelecimentos de saúde no país nos últimos 30 anos (VIACAVA et al., 2018), estudos apontam disparidade regional (PESSÔA et al., 2016) e dentro dos níveis de complexidade quanto à distribuição desses serviços na rede pública, como demonstrado por Rodes et al. (2017) ao analisarem a disponibilidade de acesso aos profissionais de reabilitação nas RAS, encontrando uma concentração maior desses profissionais a nível ambulatorial e um aumento da oferta no período estudado, ainda assim considerada aquém do necessário para promover universalidade e integralidade. Esse incremento na cobertura tem como um de seus principais atributos o fato de o SUS organizar-se de forma mista quanto à disponibilidade de serviços, com provedores públicos e privados distribuídos nos três níveis de atenção (SANTOS; GERSCHMAN, 2004; SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008; PESSÔA et al., 2016; VIACAVA et al., 2018).

Pires et al. (2010) ao estudarem a demanda por serviços na média complexidade e sua relação com a atenção básica, demonstraram haver uma desarticulação entre os dois níveis, fato que acaba por gerar uma sobrecarga no segundo nível de atenção e conseqüente diminuição da equidade no acesso. O que pode ser explicado pelo exposto por Silva et al. (2017), de que as características do SUS, como sua organização, o modo de financiamento, a disponibilidade de profissionais e a relação com o setor privado são apontadas como responsáveis por essa inequidade.

Dentro do SUS, o fisioterapeuta possui as prerrogativas necessárias para atuar em todos os níveis de atenção à saúde (BISPO JÚNIOR, 2010), porém sua maior inserção se dá a nível secundário, onde grande parte dos usuários referenciados a estes serviços já se apresentam com condições agravadas, tendo problemas instalados, levando o fisioterapeuta a focar suas ações na recuperação e reabilitação à saúde (MENEGAZZO; PEREIRA; VILLALBA, 2010; SILVA; SIRENA, 2015), que, apesar de restringir a prática profissional, mantém nos hospitais e clínicas de reabilitação, tradicionalmente os locais mais valorizados e constituídos para sua atuação, o foco de seu trabalho (BISPO JÚNIOR, 2010).

E mesmo diante às dificuldades de acesso presentes, Siqueira, Fachini e Hallal (2005) demonstraram que a prevalência de utilização dos serviços de fisioterapia no Brasil encontra-se abaixo da relatada em países

desenvolvidos como a Holanda, onde a taxa equivalente ficou em 23,7%, enquanto no caso brasileiro foi de apenas 4,9%.

Outro importante aspecto diz respeito a contrastes socioeconômicos, geográficos e demográficos que afetam a distribuição e a cobertura da assistência fisioterapêutica, sobretudo pela importante carência deste profissional atuando no SUS (MEDEIROS; CALVO, 2014)

Diante esse cenário, diversas pesquisas vêm procurando compreender as relações que envolvem a inserção e o desenvolvimento da prática fisioterápica dentro do SUS. Com o intuito de determinar a distribuição de recursos financeiros destinados a fisioterapia no nível secundário de atenção à saúde dentro do SUS, Castro, Barbosa e Aguiar (2013) realizaram série histórica através da junta de informações nas bases de dados do DATASUS, assim como Henriques, Buranello e Castro (2017) fizeram para descrever o perfil dos investimentos públicos em fisioterapia e compará-los aos do setor privado, tendo os dois estudos obtidos resultados que assinalam haver uma crescente nas finanças destinadas à assistência fisioterapêutica, porém com padrões de distribuição diferentes quando analisadas as regiões brasileiras, mas sem contemplar um aumento nos valores pagos por procedimentos fisioterapêuticos. Vale ressaltar que os valores pagos por procedimentos fisioterapêuticos na tabela do SIA/SUS permanecem os mesmos desde a sua inclusão em 2007.

Costa et al. (2012) investigaram a oferta de fisioterapeutas em todos os níveis de atenção à saúde, considerando estabelecimentos públicos e privados registrados no CNES em março de 2010, tendo identificado a maior concentração desses profissionais na média complexidade, cerca de 57%, e nos municípios mais populosos, sendo o setor privado detentor de 60% da oferta global e onde a região sul concentra mais de 75% de seus profissionais.

Ainda no que tange a média complexidade no SUS, Erdmann et al. (2013) e Ferrer et al. (2015) puderam concluir em seus estudos, baseados em entrevistas com profissionais e usuários do sistema de saúde pública, que a organização em redes nesse nível de atenção é fator indispensável para seu adequado funcionamento, tendo este pontuado que a desorganização encontrada em um serviço de fisioterapia associada a baixa resolutividade na atenção primária foram responsáveis pela longa fila de espera observada, apontando para a necessidade de se promover um

melhor ordenamento nestes aspectos. Do mesmo modo, Silva et al. (2017) observaram uma dificuldade de acesso a serviços de média complexidade nos municípios que compõe a 18ª RGS do Estado do Paraná, onde a oferta depende majoritariamente do setor privado, com redução dos entes federados na oferta e financiamento dos serviços.

Um único estudo, conduzido por Sousa et al. (2012), foi encontrado com o propósito de analisar as características da oferta associada ao informe de produção dos procedimentos realizados, considerando como cenário as práticas integrativas e complementares no SUS em três municípios brasileiros, onde os autores expõem o fato de os dados registrados nos sistemas não serem condizentes com a realidade. E possui como principal fator limitante nesse contexto a indefinição de quais ações pertencem as práticas integrativas e complementares dentro de sua Política Nacional.

Dessa maneira, Silva, Santos e Bonilha (2014) relatam que o conhecimento da rede de saúde em que a fisioterapia se insere é de suma importância para que se tenham informações capazes de proporcionar ações condizentes com a realidade da população e do que lhes pode ser fornecido. Para Castro, Barbosa e Aguiar (2013), fica evidente que os municípios são os principais gestores dos serviços de fisioterapia dentro da média complexidade concomitantemente ao setor privado, demonstrando ser relevante a compreensão das ações e serviços vinculados à fisioterapia no âmbito municipal.

Nesse contexto, pode-se perceber que através do entendimento das realidades locais referentes à oferta de serviços em fisioterapia na média complexidade, ao que pese os diversos recursos disponíveis e seu aproveitamento, pode ser possível corroborar com os ideais e princípios do SUS, fomentando a gestão pública, pois, assim, teremos meios para poder intervir de forma precisa nesse tipo de assistência.

Os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) são divididos em três níveis de complexidade. O acesso aos serviços de média complexidade é um dos grandes problemas do sistema, dificultando a integração funcional entre os três níveis de atendimento (SOLLA; CHIORO, 2012; TESSER; POLI NETO, 2017). O modelo atual de gestão do SUS baseia-se na regionalização e nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), onde os diferentes níveis de atenção referenciam os usuários entre si (MENDES, 2011). Estimativas da demanda para serviços da média complexidade e estimativas da capacidade para prestar esses serviços são necessários para auxiliar a formu-

lação de políticas públicas (PIRES et al., 2010), justificar investimentos e montar a infraestrutura necessária (SOUZA; RIBEIRO, 2011).

Com o avanço no acesso à informação aliado à alteração do perfil epidemiológico brasileiro, à procura por tratamento fisioterápico na média complexidade, já tida como o principal campo de atuação da assistência fisioterapêutica no SUS, vem aumentando em proporção inversa em relação à oferta do serviço (SOUZA; RIBEIRO, 2011; MENEGAZZO; PEREIRA; VILLALBA, 2010), tendo o papel desses profissionais ganhado cada vez mais importância (CASTRO; BARBOSA; AGUIAR, 2013).

Diante este cenário, estudos buscaram analisar a oferta ambulatorial em fisioterapia através de diferentes perspectivas, Costa et al. (2012) basearam-se no número de fisioterapeutas cadastrados nos estabelecimentos de saúde, enquanto Castro et al. (2013) utilizaram a quantidade de procedimentos ambulatoriais relacionados à fisioterapia, autorizados e realizados, associados aos valores pagos por procedimento. Ambos tendo por base a população brasileira nos períodos estudados. Os resultados apontaram desigualdade na oferta da assistência fisioterapêutica entre as diferentes regiões brasileiras e a baixa disponibilidade desses serviços no SUS, reportando, dentre outros fatores, a falta de políticas públicas mais específicas para a fisioterapia e o seu contexto como agravante a esse cenário.

Dessa maneira, o presente estudo buscou caracterizar as capacidades dos serviços de fisioterapia na média complexidade dentro da rede SUS na 12ª Região de Saúde do estado do Rio Grande do Sul (RS), na região sul e no Brasil.

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Foram acessados dados presentes no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e no portal do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), compreendendo os estabelecimentos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), bem como dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) no período entre janeiro de 2008 e dezembro de 2018. Optou-se por este período longitudinal para que seja possível observar uma tendência temporal na cobertura por fisioterapeutas.

O estado do RS encontra-se localizado na região sul do Brasil e tem estabelecidas 30 regiões de saúde distribuídas em 19 coordenadorias re-

gionais, as quais planejam, acompanham e gerenciam as ações e serviços de saúde nos territórios correspondentes. A 12ª Região compreende uma área composta por 13 municípios, abrangendo uma população de 152.070 pessoas (IBGE, 2010) e de responsabilidade da 9ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do RS (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

As seguintes variáveis quantitativas foram empregadas: população, número de profissionais fisioterapeutas vinculados ao SUS e produção ambulatorial mensal do SUS por localidade. Seu acesso se deu através de informações contidas no DATASUS.

Para se conhecer a população utilizou-se a estimativa para o Tribunal de Contas da União (TCU) por Região/Unidade da Federação por ano. Quanto ao número de fisioterapeutas buscou-se os recursos humanos profissionais segundo a CBO (Classificação Brasileira de Ocupações) por Região/Unidade da Federação por ano/mês de competência atuando no SUS, abrangendo todas as ocupações referentes à fisioterapia. A produção ambulatorial do SUS foi obtida por local de residência, através da quantidade apresentada por Região/Unidade da Federação por ano, selecionando o subgrupo de procedimentos 0302, o qual refere-se a fisioterapia.

Através destas variáveis buscou-se demonstrar a capacidade assistencial instalada (CAI), identificando a oferta, e a capacidade assistencial necessária (CAN), apontando o quantitativo necessário de profissionais para a realização do serviço prestado, ambas referentes a 10.000 habitantes, tendo por base a lei nº 8.856 de 01 de março de 1994 que fixa a jornada de trabalho dos profissionais fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais e a resolução nº 444 de 26 de abril de 2014 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), a qual fixa e estabelece os parâmetros assistenciais fisioterapêuticos nas diversas modalidades. Assim, foi estabelecido para o presente estudo o valor 0,6 horas para cada atendimento e um total de 1320 horas para atendimentos por ano.

Os dados selecionados foram tabulados utilizando o programa Microsoft Excel 2016 para a sua organização e posterior análise, onde agruparam-se as variáveis de acordo com as localidades (12ª Região em Saúde do RS, RS, região sul e Brasil) e as separaram por ano dentro do período estudado, 2008-2018, para a estimativa da CAI e da CAN e posterior realização de comparação entre as duas.

A CAI de cada localidade foi estimada por meio da equação:

$$CAI = (\text{n}^\circ \text{ fisioterapeutas} \times 10000) / (\text{n}^\circ \text{ habitantes})$$

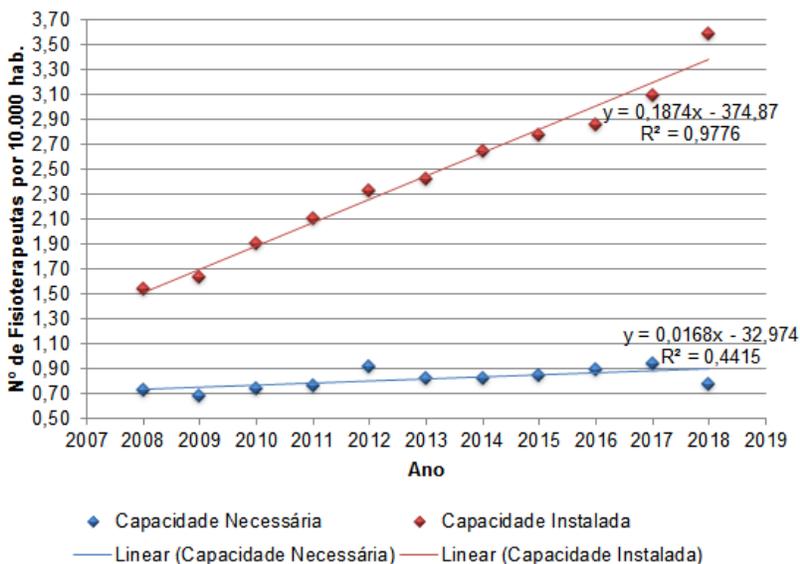
A CAN foi estimada com base na produção ambulatorial SUS por ano de competência, por meio da equação:

$$CAN = (\text{fisio.h/atend}) \times (\text{n}^\circ \text{atend/ano}) \times 10000 / ((\text{fisio.h/fisio.ano}) \times \text{n}^\circ \text{ habitantes})$$

## RESULTADOS

Dados sobre a cobertura assistencial fisioterapêutica na 12ª Região de Saúde estão expostos na figura 1, apresentando a CAI e a CAN, onde é possível notar uma grande disparidade, chegando a CAI a apresentar um valor 4,6 vezes ao da CAN no ano de 2018. A linha de tendência da CAI demonstra uma evolução progressiva e significativa ( $P < .0001$ ), enquanto a linha de tendência da CAN apresenta-se horizontalizada, porém mantendo um aumento, ainda que minimamente significativo ( $P < 0,05$ ).

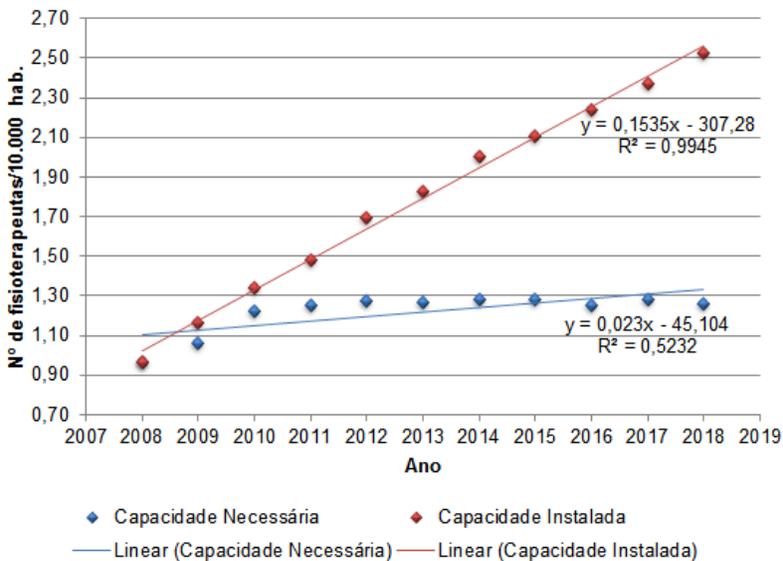
Figura 1 – Cobertura por fisioterapeutas na 12ª Região de Saúde do RS



Fonte: DATASUS (2018), elaborado pelo autor.

Na figura 2 estão os dados referentes à cobertura assistencial no estado do Rio Grande do Sul, onde podemos observar o mesmo padrão da 12ª Região de Saúde, com a CAI apresentando uma linha de tendência crescente com evolução progressiva significativa ( $P < 0,00001$ ), enquanto a CAN apresenta uma linha de tendência com um aumento progressivo mais leve, mas ainda significativa ( $P < 0,05$ ). Neste caso nota-se uma menor disparidade entre os valores, apesar de a maior diferença permanecer no ano de 2018, sendo a CAI duas (2) vezes o valor da CAN. Este caso em específico é único a apresentar uma CAN superior a CAI no primeiro ano do estudo, fazendo com que sua linha de tendência apresente um início superior.

Figura 2 - Cobertura por fisioterapeutas no Rio Grande do Sul

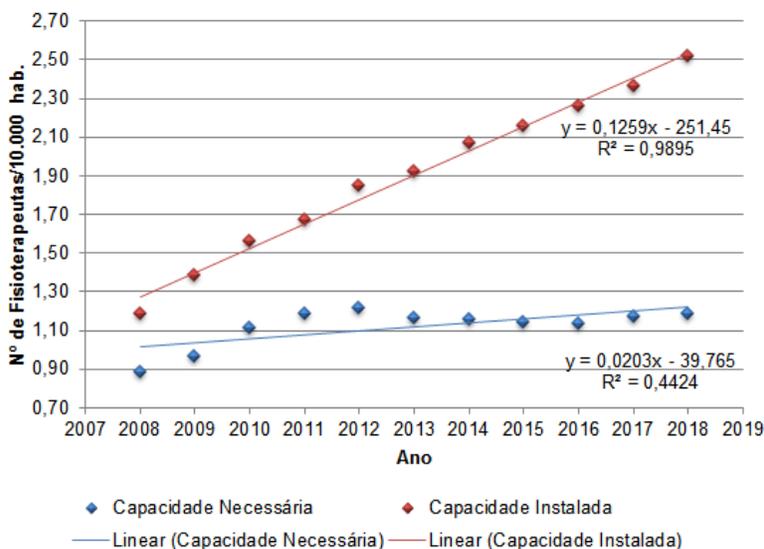


Fonte: DATASUS (2018), elaborado pelo autor.

A CAI e a CAN da região sul do Brasil são apresentadas na figura 3, onde o padrão de evolução das linhas de tendência segue sendo o mesmo demonstrado nas localidades anteriores, tendo a CAI apresentado uma evolução ascendente e significativa ( $P < 0,00001$ ) e a CAN apresentando um crescimento mais ameno, porém significativo ( $P < 0,05$ ). A maior diferença entre o valor das capacidades instaladas é observada no ano de 2018, onde a CAI é duas (2) vezes o valor da CAN.

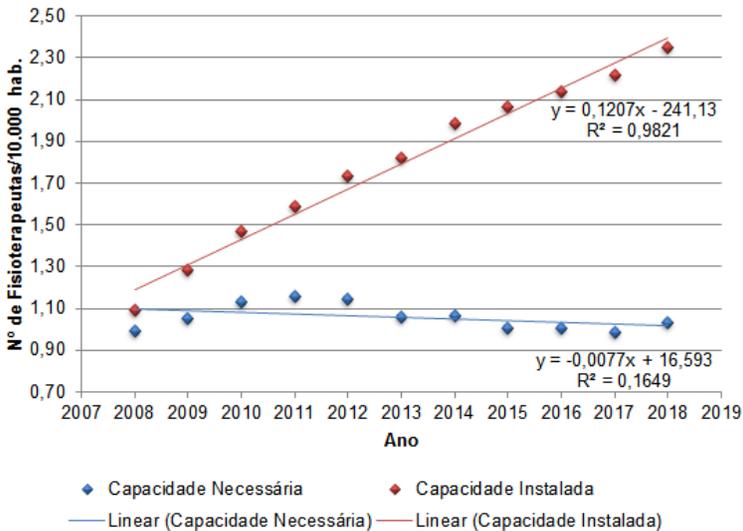
A figura 4 expressa a cobertura assistencial fisioterapêutica no Brasil, onde é possível observar um novo padrão para a linha de tendência da CAN, que apesar de manter-se horizontalizada detém uma evolução regressiva e não significativa ( $P=0,215356$ ). A linha de tendência da CAI permanece ascendente e significativa ( $P<0,0001$ ). Assim como nas demais localidades a maior diferença entre os valores das capacidades assistenciais se dá no ano de 2018, onde a CAI é 2,2 vezes maior do que a CAN.

Figura 3 – Cobertura por fisioterapeutas na região sul do Brasil



Fonte: DATASUS (2018), elaborado pelo autor.

Figura 4 – Cobertura por fisioterapeutas no Brasil



Fonte: DATASUS (2018), elaborado pelo autor.

## DISCUSSÃO

Considerando o período entre janeiro de 2008 e dezembro de 2018, nota-se um acréscimo significativo na cobertura por fisioterapeutas em todas as localidades estudadas, porém há uma grande disparidade entre as capacidades assistenciais, estando a CAI muito superior a CAN dentro do sistema único de saúde brasileiro.

Quanto à distribuição de profissionais atuando no país, Matsumura et al. (2018) expõe haver aproximadamente 1,0 profissional para cada 1.000 habitantes de acordo com dados obtidos através dos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO). Os resultados aqui encontrados apontam para um número bem menor, corroborando com os dados obtidos por Costa et al. (2012) que encontraram um quantitativo de cerca de 0,27 profissionais para cada 1.000 habitantes consultando dados do CNES, nos levando a entender que a grande maioria destes profissionais atuam de forma autônoma no país. Este aspecto torna-se ainda mais evidente se considerarmos a região sul, onde Matsumura et al. (2018) apresentam 1,04 profissionais a cada 1.000 habitantes para o ano

de 2017, enquanto os dados obtidos são cerca de cinco (5) vezes menor.

Se compararmos o Brasil a países do continente europeu veremos que o número de profissionais fisioterapeutas em nosso país encontra-se aquém dos de países desenvolvidos. Segundo o serviço estatístico da União Europeia (UE), países como a Alemanha e a Finlândia possuem um elevado número de fisioterapeutas, tendo alcançado a marca de cerca de vinte e dois (22) profissionais para cada 10.000 habitantes no caso alemão e aproximadamente vinte (20) profissionais para cada 10.000 habitantes na Finlândia, no ano de 2016. Entre 2011 e 2016 a quantidade de fisioterapeutas a cada 10.000 habitantes demonstrou um crescimento contínuo, sendo que apenas um dos países membros da UE não apresentou aumento no número de fisioterapeutas em relação a sua população.

Ao voltarmos o olhar para as capacidades assistenciais é notório que a CAI encontra-se muito superior e crescendo de forma bem mais acelerada que a CAN, assinalando para uma desigualdade ainda maior no futuro.

Os dados encontrados referentes a 12ª RGS, apresentam as maiores diferenças entre as capacidades, bem como a maior concentração de profissionais a cada 10.000 habitantes. Provavelmente estão relacionados a sua densidade populacional, a qual apresentou redução, enquanto as demais tiveram um crescimento ao longo do período estudado. Se tomarmos por base o estado do RS no ano de 2018, a 12ª RGS possui somente 1,34% da população total entre trinta (30) regiões de saúde, enquanto no que se refere ao número de fisioterapeutas atuando no SUS, ela detém quase 2,0%.

Uma possibilidade para a disparidade entre as CAI e CAN é a de que esteja havendo uma subnotificação da produção ambulatorial apresentada, haja vista que os serviços ambulatoriais do SUS, apesar do dever de informar a produção mensal para a garantia de recursos advindos da união, não demandam de metas ou objetivos específicos neste contexto, assim como a capacitação dos profissionais neste quesito é inexistente. Medeiros e Calvo (2014) reforçam esta ideia ao relatarem em seu estudo, que questões relativas ao registro de informações apresentam-se deficitárias dentro do SIA/SUS na área da fisioterapia.

O processo de trabalho também deve ser levado em consideração para explicar os achados, já que a atuação concomitante dos fisioterapeutas nos serviços públicos e privados, sua vinculação a mais de um estabelecimento e o tempo demandado para cada atendimento podem

apresentar variações. Dessa maneira os valores da CAI, apesar de expressarem um número de fisioterapeutas bem acima do necessário dentro do SUS, podem ter sido superestimados no estudo, uma vez que o atender SUS não significa dedicação exclusiva e a carga horária aqui estipulada pode não refletir a realidade, levando-nos a crer que os resultados não podem ser interpretados como um excesso de profissionais.

Quanto aos estabelecimentos privados, Costa et al. (2012) demonstraram que eles representam a maior parcela dos serviços de fisioterapia no país, alcançando cerca de 60%, onde a região sul e o estado do RS possuem grande representatividade, tendo ambos um percentual superior a 70% composto por estabelecimentos privados. Essa grande cobertura por estabelecimentos privados geralmente encontra-se associada a um aumento significativo na produção ambulatorial de forma a garantir o financiamento dos serviços (MEDEIROS; CALVO, 2014), o que pode ser observado no presente estudo.

O aumento da cobertura por planos privados em saúde no Brasil pode estar relacionado a regressão encontrada na CAN no país. Já que, apesar de os planos serem considerados uma forma de suplementação da saúde pública em nosso sistema, devendo complementar os serviços públicos existentes, o que se constata na prática dentro da assistência fisioterapêutica é que este padrão não é obedecido, apresentando variações (HENRIQUES et al., 2017).

Outra questão que pode explicar tanto o excesso de capacidade instalada, como sua acentuada progressão ao longo dos anos nas localidades estudadas, encontra-se no fato de o profissional fisioterapeuta, estar atuando em outras atividades no SUS além da reabilitação, no que pese a prevenção, onde Costa et.al. (2012) ressaltam a região sul como a única no país a priorizar o fisioterapeuta dentro da atenção primária. Nesse sentido, os novos rumos tomados pelo sistema de saúde brasileiro apontam para um modelo de fisioterapia coletiva, onde o profissional deve se inserir em atividades visando à promoção e prevenção à saúde, reformulando sua atuação (BISPO JUNIOR, 2010). Assim, sua inserção deve ser enfatizada em equipes multiprofissionais, de forma a promover a assistência integral à saúde da população (BISPO JUNIOR, 2010; MAIA et. al., 2015) demonstrando sua importância e acentuando a necessidade de contar com o fisioterapeuta nas equipes de saúde.

## CONCLUSÃO

A capacidade assistencial instalada (CAI), identificando a oferta, e a capacidade assistencial necessária (CAN) revelaram no presente estudo um aumento da oferta na assistência fisioterapêutica dentro da média complexidade no SUS. Através dos cálculos das capacidades assistenciais foi possível apontar para uma tendência de que o número de profissionais disponíveis no SUS encontra-se muito superior ao que seria necessário para efetivar o que vem sendo produzido na última década.

O grande excesso de capacidade instalada principalmente na 12ª RGS demonstra a necessidade de se haver uma melhor gestão dos recursos humanos nas localidades estudadas. Porém, vale salientar o enquadramento dos fisioterapeutas em outros níveis de atenção dentro do SUS e o não fornecimento adequado das informações relativas à produção nos serviços públicos de fisioterapia como fatores que podem ter mascarado os valores reais das capacidades assistenciais.

Com isso, cabe aos gestores públicos a busca por soluções para este problema, desenvolvendo estratégias e planejando ações capazes de promoverem uma melhor eficiência destes serviços no futuro.

Sugere-se a realização de novos estudos sobre a oferta de serviços neste contexto, principalmente, para fomentar a literatura na área e servir como apoio à formulação de políticas públicas voltadas ao campo da fisioterapia.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias et al. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4): 1055-1064, 2017.

ANDREAZZI, Maria de Fatima Siliansky de; ANDREAZZI, Marco Antonio Ratzsch de; SANCHO, Leyla; FREITAS, Heitor Alarico Gonçalves de. Supply and usage of hemodynamic services in the state of Rio de Janeiro, Brazil. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 41(5): 357-365, 2014.

BISPO JÚNIOR, José Patrício. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 1): 1627-1636, 2010.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006; Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 fev. 2006. p. 43-51.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011.

CASTRO, Shamyry Sulyvan de; BARBOSA, Guilherme Rodrigues; AGUIAR, Ricardo Goes de. Distribuição do investimento público na assistência fisioterapêutica ambulatorial, Brasil, 2000 a 2006. *Fisioterapia em Movimento*, 26(3): 639-645, 2013.

CHIORO, Arthur; SCAFF, Alfredo. A Implantação do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

COSTA, Larissa Riani; COSTA, José Luiz Riani; OISHI, Jorge; DRIUSSO, Patrícia. Distribuição de fisioterapeutas entre estabelecimentos públicos e privados nos diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 15(5): 422-430, 2012.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini; ANDRADE, Selma Regina de; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de; DRAGO, Livia Crespo. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(n.esp.): 131-139, 2013.

EUROSTAT - European Statistical Office. Healthcare personnel statistics - dentists, pharmacists and physiotherapists. *Statistics Explained*. Luxembourg, 2018. Disponível em: <<https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/pdfscache/37385.pdf>>

FERRER, Michele Lacerda Pereira; SILVA, Alaine Sousa da; SILVA, Jaqueline Regina Kaik da; PADULA, Rosimeire Simprini. Microrregulação do acesso à rede de atenção em fisioterapia: estratégias para a melhoria do fluxo de atendimento em um serviço de atenção secundária. *Fisioterapia e Pesquisa*, 22(3): 223-230, 2015.

GERHARDT, Tatiana Engel; PINTO, Juliana Maciel; RIQUINHO, Deise Lisboa et al. Utilização de serviços de saúde de atenção básica em municípios da metade sul do Rio Grande do Sul: análise baseada em sistemas de informação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl. 1):1221-1232, 2011.

HENRIQUES, Isadora Ferreira; BURANELLO, Mariana Colombini; CASTRO, Shamyry Sulyvan de. Distribuição dos investimentos públicos em fisioterapia e cobertura da saúde suplementar no Brasil: série histórica de 2010 a 2015. *Fisioterapia e Pesquisa*, 24(3): 280-287, 2017.

MAIA, Francisco Eudison da Silva; MOURA, Ellen Luzia Rebouças; MADEIROS, Erick de Castro et al. A importância da inclusão do profissional fisioterapeuta na atenção básica de saúde. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 17(3): 110-115, 2015.

MATSUMURA, Erica Silva de Souza; SOUSA Jr, Alcânêz Silva; GUEDES, Juan Andrade et al. Distribuição territorial dos profissionais fisioterapeutas no Brasil. *Fisioterapia e Pesquisa*, 25(3): 309-314, 2018.

MEDEIROS, Gabriella de Almeida Raschke; CALVO, Maria Cristina Marino. Serviços Públicos de Média Complexidade Ambulatorial em Fisioterapia Vinculados ao Sistema Único de Saúde em Santa Catarina. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, 7(2): 7-16, 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. As situações das condições de saúde e os sistemas de atenção à saúde. In: \_\_\_\_\_. *As redes de atenção à saúde*. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p. 25-50.

MENEGAZZO, Isabela Rodrigues; PEREIRA, Micaela Rodrigues; VILLALBA, Juliana Pasti. Levantamento epidemiológico de doenças relacionadas à fisioterapia em uma Unidade Básica de Saúde do município de Campinas. *Revista do Instituto de Ciências da Saúde*, 28(4): 348-351, 2010.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 28. ed. rev. atual. Petrópolis: Vozes, 2009.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; QUEIROGA, Bianca Arruda Manchester de; LESSA, Fábio José Delgado et al. Diagnóstico da deficiência auditiva em Pernambuco: oferta de serviços de média complexidade – 2003. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 72(5): 581-586, 2006.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília: OPAS; 2018. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49663>>.

PESSÔA, Luisa Regina; SANTOS, Isabela Soares; MACHADO, Juliana Pires; MARTINS, Ana Cristina Marques; LIMA, Claudia Rizzo de Araújo. Realocar a oferta do SUS para atender problemas do futuro: o caso do trauma no Brasil. *Saúde em Debate*, 40(110): 9-19, 2016.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia; GÖTTEMS, Leila Bernarda Donato; MARTINS, Cristiano Mundim Ferreira et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 1): 1009-1019, 2010.

RIBEIRO, José Mendes; MOREIRA, Marcelo Rasga; OUVENEY, Assis Mafort; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da. Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4): 1031-1044, 2017.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). Plano Estadual de Saúde: 2016/2019. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.). Porto Alegre: SES/RS, 2016.

RODES, Carolina Hart; KUREBAYASHI, Renato; KONDO, Vivian Emy et al. O acesso e o fazer da reabilitação na Atenção Primária à Saúde. *Fisioterapia e Pesquisa*, 24(1): 74-82, 2017.

SANTOS, Isabela Soares; UGÁ, Maria Alicia Dominguez; PORTO, Silvia Marta. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5): 1431-1440, 2008.

SANTOS, Jéssica Andrade Pinheiro dos; ARCE, Vladimir Andrei Rodrigues; MAGNO, Liz Duque; FERRITE, Silvia. Oferta da Fonoaudiologia na rede pública municipal de saúde nas capitais do Nordeste do Brasil. *Audiology Communication Research* [online], v. 22, mai. 2017.

SILVA, Mariana Antunes da; SANTOS, Mara Lisiane de Moraes dos; BONILHA, Laís Alves de Souza. Fisioterapia ambulatorial na rede pública de saúde de Campo Grande (MS, Brasil) na percepção dos usuários: resolutividade e barreiras. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, 18(48): 75-86, 2014.

SILVA, Guilherme Grivicich da; SIRENA, Sérgio Antonio. Perfil de encaminhamentos a fisioterapia por um serviço de Atenção Primária à Saúde, 2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(1): 123-133, 2015.

SILVA, Camila Ribeiro; CARVALHO, Brígida Gimenez; CORDONI JÚNIOR, Luiz; NUNES, Elisabete de Fátima Pólo de Almeida. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4): 1109-1120, 2017.

SIQUEIRA, Fernando Vinholes; FACCHINI, Luiz Augusto; HALLAL, Pedro Curi. Epidemiology of physiotherapy utilization among adults and elderly. *Revista de Saúde Pública*, 39(4): 662-668, 2005.

SOLLA, Jorge; CHIORO, Arthur. Atenção Ambulatorial Especializada. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de. (orgs). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 547-576.

SOUSA, Islândia Maria Carvalho de; BODSTEIN, Regina Cele de Andrade; TESSER, Charles Dalcanale et al. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(11): 2143-2154, 2012.

SOUZA, Ana Ruth Barbosa; RIBEIRO, Kátia Suely Queiroz Silva. A rede assistencial de fisioterapia no município de João Pessoa: uma análise a partir das demandas da atenção básica. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 15(3): 357-368, 2011.

TESSER, Charles Dalcanale; POLI NETO, Paulo. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3): 941-951, 2017.

VIACAVA, Francisco; OLIVEIRA, Ricardo Antunes Dantas de; CARVALHO, Carolina de Campos et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6): 1751-1762, 2018.

VIÉGAS, Larissa Hellen Teixeira; MEIRA, Tatiane Costa; SANTOS, Brenda Sousa et al. Speech, Language and Hearing services in Primary Health Care in Brazil: an analysis of provision and an estimate of shortage, 2005-2015. *Revista CEFAC*, 20(3): 353-362, 2018.



# VACINAÇÃO CONTRA A INFLUENZA NA POPULAÇÃO IDOSA: COBERTURA VACINAL X CASOS CONFIRMADOS NO RIO GRANDE DO SUL, 2013 A 2017

FERNANDA GROSSELLI  
BRUNA CAMPOS DE CESARO  
JACQUELINE OLIVEIRA SILVA

## INTRODUÇÃO

No Brasil, desde o início do século XIX, as vacinas são utilizadas como medida de controle de doenças. No entanto, somente a partir do ano de 1973 é que se formulou o Programa Nacional de Imunizações (PNI), regulamentado pela Lei Federal no 6.259, de 30 de outubro de 1975, e pelo Decreto nº 78.321, de 12 de agosto de 1976, que instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) (BRASIL, 2014b).

A vacinação, ao lado das demais ações de vigilância epidemiológica, vem ao longo do tempo, perdendo o caráter verticalizado e se incorporando ao conjunto de ações da atenção primária em saúde. As campanhas, as intensificações, as operações de bloqueio e as atividades extramuros são operacionalizadas pela equipe da atenção primária, com apoio dos níveis distrital, regional, estadual e federal, sendo fundamental o fortalecimento da esfera municipal (BRASIL, 2014b).

O PNI define calendários de vacinação com orientações específicas para crianças, adolescentes, adultos, gestantes, idosos e indígenas, considerando o risco, a vulnerabilidade e as especificidades sociais. Tais calendários e campanhas nacionais de vacinação estão regulamentados pela Portaria Ministerial nº 1.498, de 19 de julho de 2013, no âmbito do PNI, em todo o território nacional, sendo atualizados sistematicamente por meio de informes e notas técnicas (BRASIL, 2014b).

Desde o ano de 1999 são realizadas campanhas anuais de vacinação contra a influenza, para idosos e outros grupos prioritários, a qual é

uma infecção viral aguda que afeta o sistema respiratório. É de elevada transmissibilidade e distribuição global, com tendência a se disseminar facilmente em epidemias sazonais e também podendo causar pandemias. A transmissão ocorre por meio de secreções das vias respiratórias da pessoa contaminada ao falar, tossir, espirrar ou pelas mãos, que após contato com superfícies recém-contaminadas por secreções respiratórias, pode levar o agente infeccioso direto à boca, olhos e nariz (BRASIL, 2018b).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, estima-se que a ocorrência de casos da influenza pode variar de leve a grave e até à morte. A hospitalização e a morte ocorrem principalmente entre os grupos de alto risco. Em todo o mundo, estima-se que epidemias anuais resultem em cerca de 3 a 5 milhões de casos de doença grave e cerca de 290.000 a 650.000 mortes (WHO, 2018).

A cobertura vacinal contra a influenza de, no mínimo, 80% é a principal estratégia para reduzir a morbimortalidade por doenças respiratórias em idosos, os quais são alvos das campanhas por representarem a faixa etária em que há maior índice de internações e óbitos decorrentes de complicações advindas da gripe (SANTOS et.al, 2011).

Muitas pesquisas têm comprovado que a vacinação é uma das intervenções mais custo-efetivas e seguras. Domingues e Teixeira (2013) identificaram, entre os anos de 2002 a 2012, que em sete dos onze anos da série, os índices de cobertura superaram os 80%.

Bós e Mirandola (2013) ao relacionarem a cobertura vacinal da influenza e a taxa de mortalidade por doenças respiratórias em idosos nos 496 municípios gaúchos em 2010, observaram que cidades com cobertura vacinal 80% ou maior, obtiveram taxa de mortalidade significativamente menor.

Daufenbach et al. (2014), em um estudo que objetivou analisar a tendência dos coeficientes de morbidade hospitalar (CMH) por causas relacionadas à influenza na população idosa ( $\geq 60$  anos de idade), no período 1992 a 2006, e o impacto da implantação das campanhas de vacinação contra influenza no Brasil, identificaram redução de hospitalizações por causas relacionadas à influenza em idosos no Brasil e macrorregiões, com exceção da região Norte, provavelmente por essa região apresentar características climáticas e geográficas distintas.

Em outro estudo, Monteiro et al. (2018), ao estimarem a cobertura vacinal contra gripe e pneumonia e a utilização do SUS para vacinação em

adultos e idosos com diabetes autorreferida em São Paulo, identificaram que nos anos de 2003 e 2008 uma cobertura inferior a 50%.

A manutenção de altas coberturas vacinais é indispensável para uma efetiva proteção da população, principalmente dos grupos mais suscetíveis, como é o caso dos idosos. O monitoramento da cobertura vacinal é um instrumento essencial para a avaliação dos programas de imunização, visto que coberturas vacinais elevadas e homogêneas constituem-se como um bom indicador de saúde pública (LUHM et al., 2011).

O envelhecimento da população brasileira impactou e trouxe mudanças no perfil demográfico e epidemiológico em todo o país, produzindo demandas que requerem respostas das políticas sociais envolvendo o Estado e a sociedade e implicando novas formas de cuidado (BRASIL, 2014a). Em 1970 o índice de envelhecimento era de 12,1 idosos para cada 100 crianças e adolescentes de 0 a 14 anos de idade; em 2010 passou para 39,3 e, em 2020 e 2050, as estimativas projetam, respectivamente, 66,1 e 208,7 idosos para cada 100 crianças (SIMÕES, 2016).

O aumento da expectativa de vida representa uma importante conquista social e resulta da melhoria das condições de vida, com ampliação do acesso a serviços médicos preventivos e curativos, entre outros determinantes sociais (BRASIL, 2014a). Entre 2012 e 2017, a quantidade de idosos cresceu em todas as unidades da federação, sendo os estados com maior proporção de idosos o Rio de Janeiro e o Rio Grande do Sul - RS, ambos com 18,6% de suas populações no grupo de 60 anos ou mais de idade (IBGE, 2018).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006) ressalta que o cidadão idoso deve ser considerado não mais como passivo, mas como agente das ações a ele direcionadas, numa abordagem baseada em direitos, que valorize os aspectos da vida em comunidade, identificando o potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida. Desse modo, dentre as ações a serem desenvolvidas para este grupo populacional, encontra-se a promoção da saúde por meio de serviços preventivos primários, tais como a vacinação da população idosa, em conformidade com a Política Nacional de Imunização.

Neste contexto, é objetivo deste estudo descrever a taxa de cobertura vacinal e os casos confirmados de influenza na população idosa, no período de 2013 a 2017, no Estado do RS.

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para a taxa de cobertura vacinal foram utilizados os dados referentes aos consolidados das campanhas nacionais de vacinação contra a influenza, de 2013 a 2017, do estado do RS. Foram empregados os dados relativos ao número total da população idosa em cada período, em comparação, com o total de doses da vacina administradas em pessoas com 60 anos ou mais, disponíveis no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no âmbito do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI).

Os dados correspondentes ao número total de casos confirmados da influenza em idosos a cada ano foram acessados nos Informes Epidemiológicos da Vigilância da Influenza, correlatos aos anos de 2013 a 2017, publicados no site do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) do estado do RS.

Por fim, para identificar a relação entre a taxa de cobertura vacinal e o número de casos confirmados de influenza será realizado o cruzamento destes dados – cobertura vacinal versus casos confirmados – no período de 2013 a 2017, a fim de descrever se o aumento ou declínio dos casos confirmados de influenza estão respectivamente relacionados a menores ou maiores taxas de cobertura de vacinação contra a influenza.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por cobertura vacinal entende-se o percentual de indivíduos vacinados com vacina específica, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. A fórmula de cálculo da cobertura vacinal é o número de doses aplicadas da vacina divididas pela população alvo, multiplicado por 100 (RIPSA, 2008). Na tabela 1 se encontra a taxa de cobertura vacinal contra a influenza em idosos (60 ou mais anos), no período de 2013 a 2017, quando todas as metas de vacinação foram atingidas em todos os anos e, em 2017, teve seu patamar mínimo aumentado (de 80% para 90%).

Esta elevação da meta está relacionada à melhor adesão da população à vacinação com o passar dos anos e à proteção oferecida pela vacina influenza em grupos de risco. O Ministério da Saúde divulgou no Informe

Técnico da 19ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza (BRASIL, 2017) estudos que comprovam que a vacinação tem contribuído na redução da mortalidade e hospitalizações, contextualizando o aumento da meta proposta.

**Tabela 1 - Taxa de cobertura vacinal contra a influenza em idosos no Rio Grande do Sul (RS), 2013-2017.**

Ano	Estimativa populacional de idosos / RS	Doses da vacina influenza aplicadas em idosos / RS	Meta de vacinação da campanha contra a influenza	Cobertura vacinal em idosos / RS
2013	1.467.957	1.315.552	80%	89,62%
2014	1.467.957	1.291.352	80%	87,97%
2015	1.467.957	1.324.087	80%	90,20%
2016	1.467.957	1.404.898	80%	95,70%
2017	1.467.957	1.380.384	90%	94,03%

Obs.: o Ministério da Saúde vem empregando a estimativa populacional de idosos para o ano de 2012 em todo o período, motivo no número de idosos se manter inalterado.

Fonte: DATASUS (2013 a 2017).

Uma contextualização da situação vacinal frente aos demais estados da Região Sul e do Brasil se encontra na tabela 2. Observa-se que a cobertura dos estados de Santa Catarina e Paraná foram superiores às do RS e que, no biênio 2016-17, a cobertura nacional também foi superior.

**Tabela 2 - Taxa de cobertura vacinal contra a influenza em idosos nos estados da Região Sul e no Brasil, 2013-2017.**

Ano	Rio Grande do Sul	Santa Catarina	Paraná	Brasil
2013	89,62%	93,16%	93,81%	87,96%
2014	87,97%	93,66%	94,49%	86,07%
2015	90,20%	96,70%	96,21%	89,08%
2016	95,70%	100,79%	101,44%	97,08%
2017	94,03%	100,31%	100,36%	94,57%

Fonte: DATASUS (2013 A 2017).

Já o número de casos de influenza em idosos teve sua maior proporção no ano de 2017, 134 (30,5%) dos 440 casos confirmados para influenza (Tabela 3), bem como de óbitos por influenza nesta população, 26 (54,2%)

do total de 48 óbitos. Estudo realizado por Campagna et. al (2014) evidenciou o efeito protetor da vacinação ao identificar uma redução das taxas de mortalidade por causas relacionadas à influenza no período posterior à implantação das campanhas de vacinação entre os idosos do Brasil e suas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste.

**Tabela 3 - Número de casos confirmados para influenza em idosos, no período de 2013 a 2017, no Estado do Rio Grande do Sul**

Ano	Nº total de casos confirmados para influenza/RS	Nº total de óbitos por influenza/RS	Nº de casos confirmados para influenza em idosos/RS	Nº de óbitos por influenza em idosos/RS
2013	564	74	91	20
2014	189	25	31	12
2015	89	09	19	04
2016	1380	212	325	79
2017	440	48	134	26

Fonte: CEVS/RS (2013 a 2017).

Os casos de influenza em idosos ocorrem majoritariamente nos indivíduos que não são considerados vacinados (Tabela 4), ou seja, não realizaram a vacinação ou não receberam a vacina em tempo oportuno (15 dias antes do início dos primeiros sintomas). É possível verificar que nos anos de 2013, 2014 e 2015 os casos em idosos não vacinados representaram respectivamente 75,8%, 71% e 73,7% do total de casos nesta população. Também, torna-se importante ressaltar que a mortalidade por influenza é menor em idosos considerados vacinados.

**Tabela 4 - Número de casos confirmados para influenza em idosos considerados vacinados, no período de 2013 a 2017, no Estado do Rio Grande do Sul**

<b>Ano</b>	<b>Nº total de casos confirmados para influenza em idosos/RS</b>	<b>Nº de casos em idosos considerados vacinados</b>	<b>Nº total de óbitos por influenza em idosos/RS</b>	<b>Nº de óbitos em idosos considerados vacinados</b>
2013	91	22	20	2
2014	31	9	12	3
2015	19	5	4	1
2016	325	78*	79	9*
2017	134	93*	26	10*

\* Nos anos de 2016 e 2017 os dados referentes ao número de casos de influenza, bem como, o de óbitos em indivíduos vacinados não estão separados por grupos prioritários, não sendo possível descrever e quantificar quantos idosos vacinados foram acometidos pela doença e/ou vieram a óbito.

Fonte: CEVS/RS (2013 a 2017).

A tabela 5 demonstra dados que revelam que, de maneira isolada, não há evidência da relação entre o aumento da cobertura vacinal e a diminuição de casos confirmados para influenza, em se considerando a população de idosos constante.

**Tabela 5 - Cobertura vacinal versus número de casos confirmados para influenza em idosos, no período de 2013 a 2017, no Estado do Rio Grande do Sul**

<b>Ano</b>	<b>Cobertura vacinal em idosos/RS</b>	<b>Nº total de casos confirmados para influenza em idosos/RS</b>
2013	89,62%	91
2014	87,97%	31
2015	90,20%	19
2016	95,70%	325
2017	94,03%	134

Fonte: DATASUS; CEVS/RS (2013 a 2017).

Cabe ressaltar, que os dados avaliados neste estudo demonstram resultados que evidenciam a redução de óbitos em indivíduos vacinados. Logo, este aspecto confirma que a cobertura vacinal elevada está diretamente relacionada à menor morbimortalidade por influenza em idosos, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida desta população.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento da expectativa de vida e a consequente mudança na pirâmide etária brasileira torna iminente a necessidade de ações que visem à qualidade de vida e saúde da pessoa idosa. Visto que, esta população apresenta-se mais suscetível a uma série de doenças, devido às mudanças no corpo decorrentes do processo de envelhecimento.

Na série histórica avaliada, a meta de cobertura vacinal proposta foi atingida com êxito e os óbitos em idosos por influenza representaram um número substancialmente diminuído nos indivíduos considerados vacinados. Contudo, não foi possível constatar, em nenhum dos anos avaliados, que isoladamente o aumento da cobertura vacinal acarreta na diminuição do número de casos confirmados para influenza.

Nesta perspectiva, é possível afirmar que o número de casos de influenza em idosos está relacionado a mais de uma variável e não apenas ao aumento ou redução da cobertura vacinal. Por exemplo, as mudanças climáticas como um fator associado ao maior surgimento de casos e as comorbidades já existentes no indivíduo, as quais refletem na sua resposta imunológica contra o vírus.

## REFERÊNCIAS

BÓS, A.J.G.; MIRANDOLA, A.R. Cobertura vacinal está relacionada à menor mortalidade por doenças respiratórias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(5): 1459-1462, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. Informe Técnico da 19ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html)>.

CAMPAGNA, A.D.S. et al. Tendência da mortalidade por causas relacionadas à influenza em idosos no Brasil e evidências de plausibilidade de impacto da vacinação, 1992-2005. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 23(1): 21-31, 2014.

CEVS/RS. Centro Estadual de Vigilância em Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Vigilância em Saúde. Gripe. Situação Epidemiológica. Informativos. Disponível em: <<https://cevs.rs.gov.br/informativos-epidemiologicos-antecedentes>>

DAUFENBACH, L.Z. et al. Impacto da vacinação contra a influenza na morbidade hospitalar por causas relacionadas à influenza em idosos no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 23(1): 9-02, 2014.

DATASUS. Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações. Campanha Nacional de Vacinação Contra a Influenza. Vacinômetro. Disponível em: <<http://sipni.datasus.gov.br/si-pni-web/faces/relatorio/consolidado/vacinometroInfluenza.jsf>>

DOMINGUES, C.M.A.S.; TEIXEIRA, A.M.S. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 22(1): 9-27, 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Agência IBGE Notícias. Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. 26/04/2018. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>>

LUHM, K.R. et al. Cobertura vacinal em menores de dois anos a partir de registro informatizado de imunização em Curitiba, PR. *Revista de Saúde Pública*, 45(1): 90-8, 2011.

MONTEIRO, C.N. et al. Cobertura vacinal e utilização do SUS para vacinação contra gripe e pneumonia em adultos e idosos com diabetes autorreferida, no município de São Paulo, 2003, 2008 e 2015. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 27(2): e2017272, 2018.

RIPSA. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

SANTOS, D.N. et al. A percepção do idoso sobre a vacina contra influenza. *Enfermagem em Foco*, 2(2): 112-115, 2011.

SIMÕES, Celso Cardoso da Silva. Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2016.

WHO - World Health Organization. Gripe (sazonal). Pergunte ao especialista: Influenza Q & A. 31 de janeiro de 2018. Disponível em: <[http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal))>



# PARTE II

## Resumos dos Trabalhos de Conclusão de Curso





*ADILSON SOBIRAI*

**PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS: GESTÃO NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SAPUCAIA DO SUL/RS**

**Introdução:** Os conselhos e as conferências de saúde se constituem para o exercício da participação popular e do controle da sociedade nas decisões ligadas a implantação das políticas de saúde nas três esferas governamentais. **Objetivo:** Descrever os problemas expostos pela comunidade e quantos destes foram resolvidos pelo Conselho Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul no período janeiro a março de 2019. **Método:** Foram extraídos os dados das atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul do período de três meses, com início a partir de janeiro de 2019. **Resultados:** O Conselho Municipal de Saúde não tem espaço próprio para as reuniões e nem um local apropriado. A atividade dos conselheiros de saúde, assim como os demais membros do conselho, é uma função secundária, não que seja irrelevante, mas o tempo ao conselho fica reduzido. **Conclusão:** O conselho vem a ser o instrumento que vai representar o interesse da coletividade, mas para isso necessita ter acesso e utilizar as tecnologias de gestão que estão disponíveis na atualidade. **Palavras-chave:** Participação Popular. Conselho de Saúde. SUS. Gestão em Saúde.

*ALETHÉIA DE CÁSSIA CAROLINO BRUMATO*

**AVALIAÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE QUANTO AOS ASPECTOS VOLTADOS AO SERVIDOR NOS MUNICÍPIOS DA 7ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ: UMA ANÁLISE ATRAVÉS DOS DOCUMENTOS DE GESTÃO**

**Objetivo:** Descrever quais iniciativas foram contempladas no quesito valorização do servidor nos Planos Municipais de Saúde (PMS), PAS e RAG dos municípios pertencentes a 7ª Regional de Saúde do Paraná, período de 2014 a 2017. **Método:** Pesquisa documental dos 15 PMS e RAGs dos municípios em estudo. **Resultados:** 10 municípios têm alguma proposta ou efetiva ação para fomentar a valorização do trabalhador da saúde, pela existência de PCCS. Os outros cinco, apenas um tem comissão formada para elaboração do PCCS. Constatou-se que não há uma padronização na sistematização das diretrizes e objetivos pactuados, nem um segmento lógico e relacional entre o Plano Estadual de Saúde e o Plano Nacional de Saúde. As ações em educação permanente eram limitadas, e por vezes em desacordo com as diretrizes preconizadas pelo PNEPS. **Conclusão:** há deficiências nos Planos Municipais de Saúde analisados.

**Palavras-chave:** Instrumentos de Gestão. Educação Permanente. Recursos Humanos em Saúde. Gestão em Saúde.

ALICE COUTO BOAVENTURA

### **CUSTOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA ANÁLISE SOBRE O RESSARCIMENTO NOS GASTOS PROVENIENTES DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL**

**Introdução:** O artigo nº 32 da Lei nº 9.656/1998 delimita uma obrigação legal de ressarcimento por parte das operadoras de planos de saúde para eventuais procedimentos realizados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por seus beneficiários. **Objetivo:** Descrever o percentual de ressarcimento ao SUS pela saúde suplementar. **Métodos:** Estudo descritivo retrospectivo, com coleta de dados secundários publicados e produzidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e pelo Ministério da Saúde, de janeiro de 2015 a dezembro de 2017. **Resultados:** O ressarcimento é inferior a 70%, com crescimento de cerca de 5% no índice de adimplência no período em estudo. Neste triênio os repasses Fundo a Fundo realizados pelo Governo Federal aos estados, municípios e Distrito Federal aumentaram cerca de quatro bilhões de reais. A comparação entre os ressarcimentos e os repasses mostra que não há impeditivo para que sejam realizados investimentos no setor saúde. **Conclusão:** A dificuldade em obtenção de recursos não está diretamente atrelada às pendências das operadoras de planos de saúde, já que não se deixou de realizar repasses e investimentos no período analisado.

**Palavras-chave:** Gestão em Saúde. Custos na Saúde. Saúde Suplementar. Administração Pública.

ALINE PEREIRA SOARES

### **ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE ATENDIMENTO ADOTADOS, FRENTE ÀS TENTATIVAS DE SUICÍDIO NO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE CANOAS/RS**

**Introdução:** Entendido como um dos problemas de saúde pública mundial, os índices de suicídio crescem de forma preocupante. **Objetivo:** Descrever quais são as medidas adotadas pela Secretaria de Saúde do Município de Canoas – definição de fluxos de atendimentos e pactuações – em casos de tentativas de suicídio, considerando as Diretrizes Nacionais do Ministério da Saúde para Prevenção ao Suicídio e quais ações são recomendáveis para alcançar o preconizado pelo Ministério da Saúde. **Métodos:** Revisão da literatura, associada à observação participante. **Conclusão:** Salienta-se a importância de estabelecer uma linha de cuidado ao suicídio que possa qualificar o atendimento às vítimas de violência autoprovocadas, fomentando a educação permanente em saúde, o treinamento das equipes de emergência e a sensibilização aos trabalhadores dos serviços de saúde para evitar um processo de revitalização e proporcionar um atendimento acolhedor e continente ao paciente em sofrimento.

**Palavras-chave:** Suicídio. Saúde Mental. Fluxos de Atendimento. Gestão em Saúde. SUS.

ANA CAROLINA SYDOW

### **ADESÃO À PROGRAMAÇÃO DE VACINAÇÃO BRASILEIRA, 2007-2017**

Objetivo: Descrever a adesão ao programa das vacinas que constam no Calendário Nacional de Vacinação (CNV) no período de 2007 a 2017. Métodos: a pesquisa se caracteriza como quantitativa, descritiva e longitudinal. Resultados: a vacina do BCG foi à única que alcançou a meta de cobertura durante todo o período analisado. São fatores que limitam a adesão ao Programa Nacional de Imunização e que suas metas sejam atingidas: os problemas socioeconômicos; falta de saneamento básico; não mobilização de recursos profissionais e equipamentos; falta de estratégias para uma diversidade populacional e de recursos investidos nas políticas de Imunização. Conclusão: Cabe à união das esferas federal, estaduais e municipais apresentarem uma integração e estratégias com outros segmentos da sociedade que mobilizem mais a população.

Palavras-chave: Imunização. Cobertura vacinal. Calendário Nacional de Vacinas. Políticas Públicas. Gestão em Saúde.

ANDREA LORENA DE FREITAS

### **AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DO MUNICÍPIO DE CANOAS/RS**

Introdução: A realização da assistência pré-natal destaca-se como elemento fundamental na proteção e na prevenção a eventos adversos sobre a saúde da gestante, possibilitando a identificação e a intervenção adequada sobre potenciais fatores de risco e complicações à saúde materno-infantil. Objetivo: Descrever a efetividade da assistência pré-natal no município de Canoas/RS no período de 2011 a 2016. Métodos: Coleta de dados secundários, utilizando fontes e documentos escritos e registrados em base de dados públicos. Resultados: 10.017 mulheres perderam suas vidas em decorrência de causas maternas nos anos de 2011 a 2016 no Brasil, 370 mulheres residentes no estado do Rio Grande do Sul e 18 gestantes no município de Canoas. A taxa dos óbitos infantis no Brasil, Rio Grande do Sul e em Canoas apresentaram um aumento no período de 2016 nas três esferas. Como causas das mortes maternas, foram encontrados: HIV, aborto, distúrbios hipertensivos e infecção. Conclusão: ocorreu um avanço nos cuidados referentes a captação precoce, adequação aos números de consultas pré-natal, porém o município ainda possui valores elevados de parto cesárea, mortalidade materna e infantil, resultados esses ainda considerados insatisfatório quando comparado com os níveis de desejados pelo MS.

Palavras-chave: Mortalidade Materna. Assistência pré-natal. Saúde da Mulher. Gestão em Saúde

ANDREIA OLIVEIRA DA SILVA

### **SISTEMA MISTO DE REMUNERAÇÃO MÉDICA: UM ESTUDO DA EXPERIÊNCIA APLICADA NA FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE NOVO HAMBURGO**

Introdução: A retenção e a captação de profissionais médicos qualificados são consideradas um desafio para os gestores do Sistema Único de Saúde. Crescentes questões como produtividade, acesso e melhoria da qualidade dos serviços de saúde são variáveis dependentes das modalidades de contratação e remuneração do trabalho, especialmente para as equipes médicas. Objetivo: Identificar a efetividade de uma ferramenta (custo x benefício), qual o grau de atratividade gerou a instituição e se realmente atingiu seu propósito no que se refere à redução de índice do turnover e absenteísmo da equipe médica, com melhor produtividade e qualidade assistencial. Métodos: Estudo de caso com pesquisa documental. Conclusão: Foi possível tecer algumas considerações como reconhecer a importância da gestão de remuneração do profissional médico nos serviços de saúde e o seu impacto direto na assistência ao paciente.

Palavras-chave: Remuneração. Médicos. Gestão em Saúde.

ÂNGELO SCHMITZ PEDRON

### **PREVALÊNCIA DE ERROS EM PRESCRIÇÕES DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS EM UMA FARMÁCIA PRIVADA**

Objetivo: Descrever os erros encontrados nas prescrições de medicamentos controlados adquiridos em uma farmácia comercial da região metropolitana de Porto Alegre no período de julho de 2018 a fevereiro de 2019. Método: Estudo observacional descritivo retrospectivo através da coleta e análise de dados das prescrições. Resultados: foram captadas 3.983 prescrições, destas 2.426 (60,9%) não apresentaram erros. Entre as 1.557 (39,1%) que os apresentaram, foram observados 1.283 (82,4%) erros relacionados a data; 103 (6,6%) ao prescritor; 144 (9,2%) à prescrição e 27 (1,7%) a pacientes. A maior quantidade de erros foi causada pela ausência de data nas prescrições, totalizando 1246 (80%). Conclusão: a maior parte dos erros podem atrasar o início do tratamento, quando a prescrição não pode ser dispensada pela farmácia, fazendo com que o paciente necessite retornar ao prescritor para corrigi-la. Nesse processo, é essencial que o farmacêutico oriente o paciente sobre a importância de uma prescrição correta, para garantir a qualidade do serviço prestado e a segurança do paciente junto a prevenção de erros.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Prescrição de Medicamentos. Farmácia. Qualidade da Assistência à Saúde.

ARTHUR ZANCHET RIEDI

### **O FINANCIAMENTO DO SUS NO MUNICÍPIO DE MUÇUM – RS, 2013-2020**

Introdução: Este trabalho realizou o levantamento e a análise dos dados referentes ao financiamento da saúde pública no município de Muçum-RS, no período de 2013 a 2017, projetando, posteriormente, tais dados para o período de 2018 a 2020. Objetivo: Descrever qual o impacto que os gastos com saúde terão sobre o orçamento municipal no futuro, tendo em vista o contingenciamento nos repasses estaduais e federais. Métodos: Quantificou-se o total de recursos investidos pelo município, juntamente com os transferidos pelas esferas estadual e federal. Os dados foram tabulados e posteriormente realizou-se a análise horizontal e gráfica. Foram utilizados dados extraídos principalmente do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS), do Fundo Nacional de Saúde (FNS), da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande Do Sul (SES/RS) e de outros portais de transparência. Resultados: As transferências estaduais caíram 52% em 2018 em relação a 2013 e que os valores federais se encontram estabilizados com reajustes abaixo da inflação nos últimos 2 anos e a tendência é que siga assim em virtude da Emenda Constitucional N° 95/2016. Conclusão: Até 2020, o município de Muçum terá que investir aproximadamente 30% de suas receitas próprias para custear a saúde de seus cidadãos.

Palavras-chave: Financiamento em Saúde. Economia da Saúde. Gestão em Saúde. Administração Pública.

AUDRIEN DE ABREU MACIEL

### **IMPACTO FINANCEIRO DA DISPENSAÇÃO ELETRÔNICA DE MEDICAMENTOS NO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO**

Objetivo: Demonstra o impacto financeiro da dispensação eletrônica de medicamentos, implantada no Grupo Hospitalar Conceição, no ano de 2017. Métodos: Estudo documental, baseado em dados registrados no sistema administrativo da instituição, relativos ao consumo de medicamentos durante os anos de 2016 e 2017, bem como ao gasto institucional com esses insumos. Resultados: Foi realizada a comparação entre consumo e gasto com medicamentos no ano de 2016 (R\$ 44.377.138,18), antes da implantação da dispensação eletrônica, e no ano de 2017 (R\$ 39.585.917,82), após o início da utilização desta tecnologia. Os resultados demonstram que a dispensação eletrônica de medicamentos contribuiu para a economia de R\$ 3.139.891,85, sendo esta superior ao valor investido para aquisição dos equipamentos dispensadores (R\$ 3.037.548,00). Conclusão: Foi identificado um potencial de contribuição desta tecnologia para o uso eficiente e racional dos recursos financeiros, fator determinante para a gestão em saúde.

Palavras-chave: Dispensário de Medicamentos. Farmácia Hospitalar. Controle de Custos. Gestão em Saúde.

*BRUNA FERRONATO MORO*

**NOTIFICAÇÕES POR ACIDENTE DE TRABALHO, INTERNAÇÕES HOSPITALARES E AFASTAMENTOS PREVIDENCIÁRIOS NO MUNICÍPIO DE COTIPORÃ-RS NO PERÍODO DE 2013-2017**

Introdução: Sabe-se que os acidentes de trabalho compõem um grande problema de saúde pública gerando impactos na sociedade, na economia e no sistema previdenciário, sendo o Brasil um dos recordistas desses acontecimentos. Objetivo: Descrever as notificações por acidentes de trabalho (AT) registrados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os afastamentos previdenciários acidentários e as internações hospitalares pela mesma causa no hospital de referência do município de Cotiporã, Rio Grande do Sul, nos anos de 2013 a 2017. Métodos: Emprego de dados secundários de fontes ou documentos escritos e registrados em base de dados públicos. Resultados: O estudo demonstrou que a principal dificuldade encontrada em relação aos AT são as subnotificações e a não notificação, que acarretam em uma leitura equivocada da realidade epidemiológica, comprometendo a realização de ações de vigilância em saúde do trabalhador.

Palavras-chave: Acidentes de Trabalho. Gestão em Saúde. Saúde do Trabalhador. Vigilância em Saúde do Trabalhador.

*BRUNA JULIANA BRENTANO KUHN*

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS CASOS DE HIV E AIDS DE RESIDENTES DE NOVO HAMBURGO/RS, DIAGNOSTICADOS ENTRE 2007 E 2018**

Objetivo: Descrever o perfil sociodemográfico dos casos de HIV e de AIDS em adultos residentes em Novo Hamburgo-RS, diagnosticados entre 2007 e 2018. Método: trata-se de um estudo descritivo através de dados exportados do SINAN pela Coordenação Estadual de IST/AIDS. Foram consideradas as variáveis: ano do diagnóstico, agravo (HIV ou AIDS), idade, sexo e categoria de exposição. Resultados: o município apresenta um aumento constante de casos HIV e redução histórica de casos de AIDS. As faixas etárias com maior incidência de HIV e AIDS são, respectivamente, 20 a 39 anos e 30 a 49 anos. O grande número de casos, tanto de HIV quanto de AIDS, após os 20 anos e o baixo diagnóstico de HIV antes dos 20 infere o subdiagnóstico de HIV em adolescentes. Entre a população maior de 50 anos, também se observa o aumento de casos HIV, mas não há redução de incidência de casos de AIDS, evidenciando a persistência de diagnósticos tardios. A maioria dos casos ocorreu em homens autodeclarados heterossexuais. Conclusão: A epidemia no município tem apresentado alterações ao longo dos anos, sendo necessárias ações da gestão municipal que visem a ampliação de acesso ao diagnóstico em tempo oportuno à população geral, sobretudo nos adolescentes e idosos que se mostram mais vulneráveis.

Palavras-chave: HIV. AIDS. Epidemiologia. Gestão em Saúde.

CAMILA DA SILVA COSTA

**ESTUDO SOBRE AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURA DO SERVIÇO DE SAÚDE PRIMÁRIA (ESF) NO MUNICÍPIO DE TORRES/RS**

**Introdução:** O tema saúde tem sido largamente discutido nos últimos tempos, desde sua concepção, até funcionamento e financiamento. O que se nota, é que os sistemas de saúde têm cada vez mais problemas em atender as necessidades básicas da população. O desenvolvimento das redes de atenção primária tem servido como respaldo para atingir os preceitos da Constituição Federal (1988) e da Lei 8080/90 (Lei do SUS), de forma a tentar garantir a acessibilidade para todos de uma saúde digna. **Objetivo:** Descrever os dados de APS (ESFs) do município disponíveis no portal de Cadastros Nacionais de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), base de dados do DATASUS, listar dados de APS constantes no plano plurianual do município e analisar os indicadores de cobertura de ESFs, Cobertura de ACSs e o indicador internações por condições sensíveis à Atenção Básica (Icsab). **Resultados:** O indicador de internações por causas sensíveis a atenção básica apontou que mais de 20% das internações poderiam ser evitadas. **Conclusão:** O quantitativo de equipes ainda é deficitário, resultando em uma cobertura de pouco mais de metade da população residente. **Palavras-chave:** Atenção Primária em Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Acessibilidade. Gestão em Saúde. Políticas de Saúde.

CAROLINE GROHE SCHIRMER BRANDÃO

**ANÁLISE DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA DO MUNICÍPIO DE TEUTÔNIA (RS) NOS ANOS DE 2014 A 2017**

**Objetivo:** Apresentar a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) do município de Teutônia e descrever suas principais ações no período entre 2014 e 2017. **Métodos:** Pesquisa documental. Primeiramente os documentos da CFT foram catalogados cronologicamente e de acordo com o tipo de informação que continham. Foram usados decretos, portarias, protocolos clínicos, atas de reuniões e correspondências da CFT. Após análise dos documentos verificou-se que a CFT de Teutônia foi formada no ano de 2014 e permaneceu ativa durante todo o período de estudo. Como característica principal, a CFT possui uma composição multiprofissional e realiza reuniões com periodicidade de acordo com o indicado pela OMS. **Conclusão:** As principais ações realizadas pela CFT foram a elaboração e revisão de uma lista de medicamentos essenciais e a produção de dois protocolos terapêuticos implantados na Rede Municipal de Saúde. **Palavras-chave:** Farmácia. Gestão em Saúde. Políticas de Saúde. Gestão da Assistência Farmacêutica. Administração Pública.

CÁTIA MEDEIROS

### **O USO DO RECURSO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM COMO INDICADOR DE PROCESSO E EFICIÊNCIA DO SISTEMA DE SAÚDE**

**Introdução:** O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é considerado um dos maiores e mais complexos do mundo e, foi constituído a partir da premissa da Constituição Federal de 1988 de que a saúde é um direito universal que deve ser garantido pelo Estado. Os exames de diagnóstico por imagem, por exemplo, são alguns dos instrumentos mais utilizados para prognóstico, acompanhamento e tratamento de diversas doenças, tanto nos casos emergenciais, quanto crônicos. **Objetivo:** Identificar se os Recursos de Diagnóstico por Imagem podem ser utilizados como Indicador de Processo e Eficiência do Sistema de Saúde. **Método:** Coleta e observação de dados secundários, pesquisa técnica documental e bibliográfica. **Resultados:** Através da análise do processo da realização dos exames, foram identificados pontos relevantes que poderiam ser aproveitados como dados-base para a formulação de indicadores de processos e eficiência do sistema de saúde. No entanto, a oferta de serviços públicos na área de diagnóstico por imagem, com qualidade, e que objetivem a efetividade como meta está longe de ser alcançada. **Conclusão:** o Estado vem ao longo do tempo passando a responsabilidade do serviço público em saúde, que é de sua competência, para as mãos do setor privado.

**Palavras-chave:** Gestão em Saúde. Sistema de Saúde. Diagnóstico por imagem. Indicador de Processo. Eficiência.

CLAUDETE ADRIANA MORETTI

### **INDICADORES DE SAÚDE DA REDE CEGONHA NO MUNICÍPIO DE ESTEIO/RS**

**Introdução:** A Rede Cegonha (RC) é uma estratégia do Ministério da Saúde para o enfrentamento da mortalidade materna e infantil, ampliação das ações de qualificação e acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto, puerpério e atenção integral à saúde da criança. **Objetivo:** Identificar os indicadores de saúde materno-infantil relacionados a Rede Cegonha no município de Esteio no período de 2007-2016. **Método:** Emprego de fontes ou documentos escritos e registrados em base de dados públicos e de livre acesso, publicados no DATASUS e no site da Prefeitura Municipal de Esteio. **Resultados:** A RC não teve, no período investigado, associação representativa sobre a mortalidade infantil; houve aumento dos casos de sífilis notificados; houve melhora da investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil e aumento do número de partos por cesariana. **Conclusão:** A implantação da RC no município é incipiente e ainda é cedo para análise da contribuição do programa sobre os indicadores de saúde.

**Palavras-chave:** Saúde Materno-infantil. Indicadores Básicos de Saúde. Gestão em Saúde. Políticas de Saúde. Administração Pública.

CONRADO ALENCASTRO BUENO

### **OS POLOS DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

**Introdução:** Os polos do Programa Academia da Saúde são espaços de saúde pública surgidos em 2011. Esses espaços pretendem compor, com outros serviços já existentes, práticas de cuidado em saúde com foco na perspectiva de promoção da saúde. **Objetivo:** Caracterizar os polos do Programa Academia da Saúde no Estado do Rio Grande do Sul. **Método:** foram coletados os seguintes dados oriundos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES): número de polos (por cidade, por Coordenadorias de Região de Saúde, por macrorregiões e pelos Conselhos Regionais de Desenvolvimento), ano de cadastro, profissionais cadastrados por polo, categorias profissionais, tipos e subtipos de vínculos empregatícios. **Resultados:** A quantidade de polos do programa depende da sua relação com as escalas territoriais. Já em relação a constituição das equipes multiprofissionais em saúde, os dados destacam que a constituição de cada equipe destoa de um polo em relação ao outro e que os dados presentes no portal virtual do CNES demonstram certa ambiguidade de informações. **Conclusão:** Sugere-se futuras pesquisas em prol do aprimoramento e otimização do Programa Academia da Saúde.

**Palavras-chave:** Recursos Humanos em Saúde. Gestão em saúde. Administração Pública. Equipes de Saúde.

CRISTIANE MÜLLER DUARTE

### **EQUIPAMENTOS DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DISPONIBILIZADOS PELO SUS NA REGIÃO DO VALE DOS SINOS E SUA CAPACIDADE DE PRODUÇÃO**

**Objetivo:** Descrever a distribuição geográfica dos equipamentos de Tomografia Computadorizada na Região Vale dos Sinos e verificar o acesso aos exames de Tomografia Computadorizada, prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), nos Serviços de Diagnóstico por Imagens, em específico a Tomografia Computadorizada (TC), da Região Vale dos Sinos, bem como a capacidade de produção dos mesmos. **Método:** Estudo descritivo, a fim de verificar a distribuição geográfica destes equipamentos e sua capacidade de produção. **Resultados:** Dos 15 municípios que fazem parte da Região Vale dos Sinos, 5 dispõem de serviços com equipamentos de TC. Existem algumas inconsistências de informação nas bases de dados do Ministério da Saúde, acerca da disponibilidade de equipamentos de TC para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). **Conclusão:** É possível verificar a necessidade da atualização de dados junto aos órgãos reguladores, para que não ocorram divergências de informações de tamanha relevância na gestão de saúde para o SUS, em todas as esferas do governo. **Palavras-Chave:** Sistema Único de Saúde. Políticas de Saúde. Gestão em Saúde.

CRISTINE THEISEN

### **PREVALÊNCIA DE CIRURGIAS DE ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA NA REGIÃO DE SAÚDE FRONTEIRA NOROESTE**

**Introdução:** A vida das mulheres sempre foi marcada por discursos de restrição acerca da sexualidade, através do controle do prazer e da moral. As políticas de saúde têm proposto métodos contraceptivos, que incluem os procedimentos de esterilização voluntária. **Objetivo:** Descrever a ocorrência de esterilizações masculinas e femininas no período de 2015 a 2018 na região de saúde Fronteira Noroeste, pertencente a 14ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, e no município de Campina das Missões, assim como indicar dados sobre a participação masculina e feminina na realização de esterilização cirúrgica e possibilidades de fortalecimento do acesso a esses procedimentos pelo SUS. **Resultados:** Foram realizadas, no período de quatro anos, 76 cirurgias de esterilização voluntária na Região de Saúde, sendo 73 (96%) femininas. No município de Campina das Missões, o cenário foi ainda pior, não foram encontrados dados de cirurgias de esterilização voluntária. **Conclusão:** Existe uma possível falta de ações estratégicas, do ponto de vista de saúde pública, no tocante ao planejamento familiar.

**Palavras-chave:** Gestão em Saúde. Saúde da Mulher. Esterilização Cirúrgica.

DANIELA VIEIRA REICHEL

### **ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA REVISÃO**

**Introdução:** Com o avançar da idade, percebe-se uma diminuição da massa muscular, da velocidade de contração muscular e da massa óssea, aumentando com isso o risco de fraturas por exemplo. A fisioterapia pode auxiliar neste processo, e cada vez mais comprova-se sua importância também na prevenção de patologias o que o insere na atenção básica de saúde. **Objetivo:** Revisar as publicações sobre a atuação do fisioterapeuta na saúde do idoso na Atenção Básica de Saúde do Brasil, no período de 2009 a 2019. **Método:** Para isso foi realizada uma revisão da literatura nas bases de dados Scientific Electronic Library Online, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Literatura Internacional em Ciências da Saúde. **Resultados:** Foram encontrados 15 artigos sobre o tema, abordando a inserção do fisioterapeuta na atenção básica e, mais especificamente, na saúde do idoso. **Conclusão:** a fisioterapia cada vez mais vem sendo inserida na atenção básica de saúde e pode auxiliar consideravelmente na promoção da qualidade de vida dos idosos, reduzindo também os gastos públicos nesta área.

**Palavras-chave:** Fisioterapia. Atenção Básica. Idoso. Gestão em Saúde.

DANIELE CRISTINE SWAIZER GALGARO

### **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE INDIVÍDUOS NOTIFICADOS COM SÍFILIS ADQUIRIDA NO MUNICÍPIO DE GRAMADO/RS**

**Introdução:** Estima-se que a Sífilis Adquirida atinja mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo. No Brasil, a infecção é considerada um grave problema de saúde pública, com taxas de detecção que vêm aumentando significativamente a cada ano. A região Sul é responsável pela maior taxa de detecção do Brasil e o estado do Rio Grande do Sul apresenta taxa de detecção acima da média nacional. **Objetivo:** Realizar um perfil epidemiológico da população residente em Gramado, município do Rio Grande do Sul, acometida por Sífilis Adquirida, no período de 2014 a 2018. **Método:** Foram empregados os registros do SINAN do município. **Resultados:** Houve um aumento de 283,3% de casos notificados no município no período, acometendo homens (54,8%), na faixa etária entre 20 e 24 anos (21,1%), brancos (68,4%), com Ensino Fundamental incompleto (10,1%), residentes do bairro Várzea Grande (26,4%) e da zona urbana da cidade (87,4%). O tratamento utilizado foi principalmente a Penicilina G. Benzatina 4.800.000 (68,8%). O tempo médio decorrido entre a data dos primeiros sintomas e a data de notificação foi de 2,96 anos. **Conclusão:** Os resultados obtidos demonstram que é necessário que os gestores de saúde ampliem a oferta de ações de prevenção, além de implementar uma política de prevenção e tratamento efetivos, que se adeque às variáveis sociodemográficas da população acometida. **Palavras-chave:** Sífilis. Epidemiologia. Gestão em Saúde. Políticas de Saúde. Administração Pública.

DANIELLI GAVIAO MALLMANN

### **MORBIDADE HOSPITALAR POR AGRESSÕES EM IDOSOS NO RIO GRANDE DO SUL**

**Introdução:** No Brasil, houve um avanço na elaboração de políticas públicas focadas na saúde do idoso, em que o combate à violência contra os idosos foi abordado no Estatuto do Idoso, tornando obrigatória a notificação dos casos de violência contra idosos. **Objetivo:** Descrever a morbidade hospitalar por agressões em idosos no Rio Grande do Sul (RS), no período de 1998 a 2018. **Métodos:** Emprego de dados do Sistema de Internações Hospitalares (SIH/SUS) sobre os idosos que foram internados por agressões entre os anos de 1998 e 2018. **Resultados:** Foram registradas 3.186 internações de idosos ocorridas devido a agressões no RS, em que a maioria dos idosos tinha entre 60 e 69 anos e era do sexo masculino. **Conclusão:** Constatou-se diminuição de internações após ações e políticas de proteção ao idoso, as quais produzem efeito positivo na população. **Palavras-chave:** Morbidade Hospitalar. Violência. Causas Externas. Internação Hospitalar. Idoso. Gestão em saúde.

DAYANE BOARETTO

### **CARACTERIZAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE PATO BRANCO/PR**

Objetivo: Caracterizar o modelo de atenção básica em saúde bucal no município de Pato Branco/PR, por meio de dados quantitativos obtidos no SIA/SUS, no período de 2008 a 2017. Método: Os dados obtidos foram separados em dois grupos: procedimentos preventivos (ações preventivas e consultas odontológicas) e curativos (procedimentos restauradores, cirúrgicos e periodontais). Resultado: No período avaliado, ocorreu um aumento geral na produção de saúde bucal no município, sendo 6,516% de ações preventivas, 49,06% na primeira consulta odontológica, 560,75% no procedimento restaurador, 72,90% nos procedimentos cirúrgicos e 255,66% nos procedimentos periodontais. Conclusão: A pesquisa possibilitou identificar, a partir de características da produção ambulatorial, uma tendência para o modelo de atenção básica em saúde bucal com foco em ações preventivas.

Palavras-Chave: Saúde Bucal. Odontologia em Saúde Pública. Gestão em Saúde.

ELENICE PALUDO

### **ANÁLISE COMPARATIVA DA COBERTURA VACINAL DA FEBRE AMARELA NO MUNICÍPIO DE VERANÓPOLIS EM RELAÇÃO À SUA REGIÃO DE SAÚDE**

Introdução: O indicador de cobertura vacinal representa um importante instrumento para a tomada de decisão nas diferentes esferas de gestão, uma vez que somente com coberturas adequadas é possível alcançar o controle ou, manter em condição de eliminação ou erradicação as doenças imunopreveníveis. Objetivo: Comparar as taxas de cobertura vacinal da Febre Amarela no município de Veranópolis/RS em relação a sua região de saúde, no período entre 2013 e 2018. Métodos: Emprego de dados obtido através do Portal BI Saúde. Resultados: O município de Veranópolis e sua respectiva região apresentam coberturas vacinais da febre amarela em menores de um ano abaixo da meta estabelecida pelo ministério da Saúde. Conclusão: A cobertura vacinal e a qualidade das informações dos distintos sistemas de informações em saúde estão intrinsecamente ligadas à gestão, o que requer monitoramento e avaliação contínua dessas informações na perspectiva de fornecer indicadores de saúde mais confiáveis.

Palavras-chave: Cobertura vacinal. Febre amarela. Gestão em Saúde

*ELIANE LIPRERI***PERFIL, FORMAÇÃO E ATUAÇÃO DOS GERENTES DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE CAXIAS DO SUL/RS**

**Introdução:** A Atenção Básica é a porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, responsável por ações que visam a promoção, prevenção, proteção, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde. **Objetivo:** Descrever o perfil dos gestores de UBS de Caxias do Sul (RS). **Método:** Estudo descritivo documental, com utilização de observação participante. **Resultados:** Houve predominância do sexo feminino com formação superior em enfermagem, faixa etária entre 36 e 45 anos e ingresso através de concurso público. Relativo ao tempo de atuação como servidor público, 68% possuem entre 6 e 15 anos e 61% possuem entre 11 e 20 anos de formação. Em relação ao tempo de atuação como gestor de UBS, 43% possuem tempo inferior a 1 ano. Relativo a qualificação, 57% possuem graduação ou pós-graduação na área de gestão. **Conclusão:** Os gerentes, além de desenvolver e aprimorar competências, necessitam ter formação específica na área da saúde e em gestão. **Palavras-chave:** Gestão em Saúde. Administração Pública. Atenção Básica. Recursos Humanos em Saúde.

*ELIANE TIBOLA***A REALIZAÇÃO DE TESTES RÁPIDOS PARA HEPATITES B E C, HIV E SÍFILIS E CASOS NOTIFICADOS NO RIO GRANDE DO SUL NO PERÍODO DE 2011 A 2017**

**Introdução:** Os casos de infecção pelos vírus da Hepatite B, Hepatite C e HIV, assim como a sífilis, vêm aumentando no Brasil e no Rio Grande do Sul (RS). Os Testes Rápidos são exames que podem ser realizados diretamente na presença dos pacientes e foram implementados no Sistema Único de Saúde no ano de 2011. **Objetivo:** Comparar as quantidades de Testes Rápidos distribuídos ao RS, os exames aplicados pelos serviços de saúde e a quantidade desses agravos notificados no SINAN durante os anos de 2011 até 2017, no RS. **Métodos:** Foram coletados dados dos boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde, SISLOG e SINAN para cada categoria de análise e realizada comparação simples entre os dados. **Resultados:** No ano de 2011, foram distribuídos ao Rio Grande do Sul 130.170 TR para HIV, 600 para Hepatite B, 600 para Hepatite C e nenhum para sífilis. Já em 2017 o número de testes distribuídos foram 696.660, 366.175, 378.675 e 696.669, respectivamente. Quanto ao número de casos notificados de sífilis e HIV, estes apresentaram uma tendência de crescimento durante os anos. O número de casos de Hepatite B apresentou um pico de casos em 2014, e de hepatite C, em 2015. **Conclusão:** É necessária a ampliação da oferta de ações de prevenção, incluindo os testes rápidos. **Palavras-Chave:** Administração Pública. Hepatite. Sífilis. HIV. Gestão em Saúde. Doenças Sexualmente Transmissíveis.

ELISETE BOMBARDI KINGESKI

### **ATUAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL**

Objetivo: realizar uma revisão quanto ao impacto da Política de Atenção Básica a Saúde, em especial, a Estratégia Saúde da Família (ESF), na taxa de mortalidade infantil do estado brasileiro. Métodos: Foram empregadas as plataformas de referências LILACS, SciELO e MEDLINE. Metodologicamente, este artigo está dividido em dois eixos teóricos. O primeiro, de assunto geral, define o impacto do modelo de atenção da Estratégia Saúde da Família em relação aos índices de mortalidade infantil. O segundo, de assunto específico, por sua vez, verifica o impacto de ações específicas, tais como: cobertura vacinal, ações de programas sociais na área da saúde, recursos financeiros destinados a estrutura do atendimento, entre outros nos índices de mortalidade infantil. Conclusão: No modelo inferencial, verificou-se que de fato há significância entre ESF e taxa de mortalidade infantil.

Palavras-chave: Atenção Básica. Gestão em Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Políticas de Saúde.

FABÍOLA BASTOS GIERGOWICZ

### **O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE TUBERCULOSE: COMPARAÇÃO ENTRE A POPULAÇÃO GERAL E A POPULAÇÃO CARCERÁRIA DE PORTO ALEGRE, 2015-2017**

Introdução: Cerca de 100 milhões de pessoas são infectadas a cada ano, e aproximadamente entre 8-10 milhões desenvolverão a doença. Objetivo: Descrever perfil epidemiológico da tuberculose no município de Porto Alegre- RS, incluindo a população privada de liberdade (PPL) no período de 2015-2017. Métodos: Emprego de dados disponíveis no Sistema de Notificação e Agravos (SINAN), sobre os casos de incidência notificados no município, observando-se a população em geral e a PPL e o resultado do tratamento (cura, abandono, recidiva e óbito) dos portadores da doença. Resultados: Em 2015, 1555 casos novos ocorreram na população geral e 181 na PPL, em 2016 houve uma diminuição nas duas populações, sendo 1405 e 150 na PPL. E no ano de 2017 a população geral teve uma queda de 1378 casos novos e a PPL aumentou registrando 167 eventos. A taxa de cura entre os casos da população geral foi de 53,87% já na PPL foi de 77,3%. Os casos de abandono representam 26% entre os apenados e 19% da população geral. Conclusão: A taxa de recidiva de tratamento foi de 26,5% na PPL e 12% na população geral.

Palavras-chave: Tuberculose. Prisão. Gestão em Saúde. Epidemiologia.

FABIOLA DEWES

### **ADESÃO À HIGIENE DE MÃOS EM HOSPITAIS: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

A higienização das mãos é uma conduta obrigatória para os profissionais da área da saúde, desde 1847, sendo a técnica mais importante no contexto da prevenção e controle de infecção hospitalar. Objetivo: Realizar uma revisão bibliográfica quanto ao tema adesão à higienização das mãos em hospitais do Brasil no período de 2000 a 2018. Métodos: revisão bibliográfica utilizando o descritor higiene das mãos nas bases de dados LILACS e SciELO. Foram encontrados nove estudos com objetivo principal de conhecer a taxa de adesão a higiene de mãos nas instituições hospitalares. Resultados: A taxa de adesão variou entre 27,7% e 67,9%, sendo menor adesão nas oportunidades que antecedem o contato com os pacientes (média de 19,65%). Após capacitações e ações educativas, existe aumento a adesão a higiene de mãos de 6,3% a 10,3%. Conclusão: As taxas de adesão a rotina de higienização das mãos não atendem as recomendações dos protocolos e legislações vigentes podendo interferir diretamente na qualidade e segurança da assistência prestada aos pacientes. Palavras-chave: Higiene das mãos. Vigilância Sanitária. Qualidade da assistência à saúde. Gestão em Saúde.

FERNANDA GROSSELLI

### **VACINAÇÃO CONTRA A INFLUENZA NA POPULAÇÃO IDOSA: COBERTURA VACINAL VERSUS CASOS CONFIRMADOS DA DOENÇA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2013 A 2017**

Introdução: A Influenza é uma doença respiratória infecciosa de origem viral, que pode levar ao agravamento e ao óbito, especialmente nos indivíduos que apresentam fatores ou condições de risco para as complicações da infecção, como é o caso da população idosa. Objetivo: Descrever a relação entre a taxa de cobertura vacinal e os casos confirmados de influenza em idosos, no período de 2013 a 2017, no estado do Rio Grande do Sul (RS). Métodos: Estudo ecológico descritivo, para o qual foram utilizados dados secundários, oriundos do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI), e dos Informes Epidemiológicos da Vigilância da Influenza, correlatos aos anos de 2013 a 2017, do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS)/RS. Resultados: Na série histórica avaliada, a meta de cobertura vacinal proposta pelo Ministério da Saúde foi atingida com êxito. Contudo, não foi possível constatar, em nenhum dos anos, que isoladamente o aumento da cobertura vacinal acarreta na diminuição do número de casos confirmados para influenza. Conclusão: O número de casos de Influenza em idosos está relacionado a mais de uma variável e não apenas ao aumento ou redução da cobertura vacinal. Palavras-chave: Cobertura Vacinal. Vacinas contra Influenza. Saúde do Idoso. Gestão em Saúde.

FERNANDA PORTO LUZ

### **UM OLHAR SOBRE O PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO MUNICÍPIO DE NOVO HAMBURGO**

**Introdução:** A escassez de profissionais médicos é um problema constante no que tange ao sistema de saúde brasileiro. A atenção primária em saúde garante o acesso a cuidados e à melhor qualidade, no que se refere à saúde, para a população brasileira. **Objetivo:** Descrever o impacto causado pela contratação de médicos através do Programa Mais Médicos (PMM), no município de Novo Hamburgo/RS. **Métodos:** Levantamento de dados quantitativos, utilizando dados extraídos do portal da transparência, do site governamental do município de Novo Hamburgo e da Fundação de Saúde de Novo Hamburgo, além de editais de concursos e editais para profissionais do PMM e sites institucionais (PMM, MS, OPAS, Datasus). **Resultados:** A adesão ao PMM proporciona melhor custo-benefício, tanto monetário quanto assistencial, pelo fato de o município dispender apenas o auxílio alimentação e moradia aos profissionais e a bolsa-formação ser paga pelo Ministério da Saúde diretamente aos médicos do programa, e o segundo resulta em maior número de profissionais para atendimento nas unidades de saúde, proporcionando maior assistência e promoção da saúde. **Conclusão:** A adesão ao PMM pelo município de Novo Hamburgo/RS é de importância para a saúde do município, promovendo o cuidado preventivo com caráter integral do ser humano.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde. Gestão em Saúde. Atenção Primária à Saúde.

FERNANDA RUTKOVSKI

### **MORTALIDADE INFANTIL E SANEAMENTO BÁSICO: SUA INCIDÊNCIA NAS REGIÕES BRASILEIRAS**

**Introdução:** O Brasil encontra-se na 90ª posição no ranking sobre a mortalidade infantil e, em se tratando de saneamento básico, em 2016, apenas 66,3% do total de domicílios do país tinham acesso a rede geral ou fossa ligada à rede para escoamento de esgotos. **Objetivo:** Descrever a relação entre taxa de mortalidade infantil e o saneamento básico nas regiões do Brasil em 2018. **Métodos:** Emprego de fontes ou documentos escritos e registrados em base de dados públicos, de livre acesso. **Resultados:** As regiões Norte e Nordeste do Brasil são as regiões com as mais elevadas das taxas de mortalidade infantil e menor percentual de domicílios particulares permanentes com rede geral ou fossa ligada a rede geral, com coleta de lixo e cuja principal fonte de abastecimento de água é a rede geral de distribuição. As Regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul, onde se concentram a maior distribuição de renda do país e as cidades com melhores infraestruturas de saneamento básico são as com os menores índices de mortalidade infantil do país. **Conclusão:** Existe uma vinculação direta entre a mortalidade infantil e a falta de saneamento básico.

**Palavras-chave:** Regiões Brasileiras. Mortalidade Infantil. Saneamento Básico. Gestão em Saúde.

*FERNANDO FREDO NACIUK*

### **DIAGNÓSTICO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA 18ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Introdução: Com a consolidação de um sistema de saúde em redes regionalizadas e hierarquizadas, em territórios delimitados, o processo de gestão da saúde no Brasil, ganha uma nova metodologia de trabalho, onde a figura do mapa de saúde ganha espaço, e vira uma importante figura de gestão em saúde, uma vez que propicia uma melhor análise dos fatos. Objetivo: Descrever a evolução da Política Pública em Saúde no território da 18ª Coordenadoria Regional de Saúde do estado do Rio Grande do Sul, desde a implantação da Rede de Urgência e Emergência (RUE), pelo Ministério da Saúde no ano de 2011. Métodos: Emprego de resultados encontrados nas Linhas de Cuidados do IAM e AVC, através da tabulação dos dados sobre internações e óbitos destes agravos. Resultados: Foi possível observar uma melhora do acesso aos serviços de saúde que ofereçam atendimento de urgência e emergência, gerando uma importante redução de óbitos por estes agravos. Porém ainda existem lacunas, tanto no que se refere a oferta de serviços da RUE local, como na definição de fluxos claros e objetivos para enfrentamento das situações de urgência e emergência do Litoral Norte de nosso estado.

Palavras-chave: Urgência e Emergência. Gestão em Saúde. Território.

*FILIPPE LOURENÇO DA SILVA*

### **A COBERTURA DO PROGRAMA CONSULTÓRIO NA RUA E O IMPACTO NO ACESSO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA AOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Objetivo: Descrever o programa Consultório na Rua e como a sua implantação influenciou no acesso da população aos serviços de saúde no município de Porto Alegre/RS. O estudo apresenta como surge o programa Consultório na Rua e o modelo do programa como ferramenta de conexão entre a promoção de atenção à saúde da população em situação de rua e os serviços de saúde, mostrando como as equipes desse programa organizam o trabalho de forma a estender a cobertura de atendimentos a essa população em diversas localidades, relatando as dificuldades e obstáculos enfrentados pelas equipes nas abordagens na rua e discutindo a percepção dos moradores de rua em relação ao atendimento das equipes do Consultório na Rua.

Palavras-chave: Pessoas em Situação de Rua. Gestão em Saúde. Vulnerabilidade Social.

GABRIELA DIAS DE LIMA

### **GASTOS COM INTERNAÇÕES NO SUS DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL DE 2008 A 2017**

Introdução: A hipertensão arterial é classificada como uma doença crônica que pode evoluir sem produção de sintomas. Por ser uma doença que afeta muitas pessoas, tornou-se um problema de saúde pública. Objetivo: Descrever os gastos com internações por hipertensão arterial no SUS, no estado do Rio Grande do Sul (RS), no período de 2008 a 2017 Métodos: Emprego de dados presentes no Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Resultados: No período de 2008 a 2017, o RS apresentou 25.135 internações por hipertensão arterial. Porto Alegre foi município com maior número de casos, 3.043. O gasto total das internações foi de R\$7.581.509,00, e Porto Alegre foi município com maior gasto total com R\$1.116.051,00. Ocorreram, no RS, 102.658 registros de internações por hipertensão arterial, estando Porto Alegre, no topo, com 13.847. Pelotas foi o município com maior tempo médio de permanência em internação, com 8,2 dias. A maior média de gasto ao longo dos anos foi em Novo Hamburgo, com R\$584,88. Conclusão: Enfatiza-se a necessidade de maior promoção de saúde, pois é uma doença de fácil manejo, porém ainda causa muitos transtornos em relação à qualidade de vida e aos gastos públicos.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Internações Hospitalares. Sistema Único de Saúde. Gestão em Saúde.

GABRIELE BREMM MACHADO

### **FINANCIAMENTO E GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE EM SETE MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL**

Objetivo: Descrever as características orçamentárias do financiamento e do gasto público em saúde em sete municípios do Rio Grande do Sul no período de 2015 a 2017. Método: emprego de dados secundários extraídos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). A amostra compreendeu sete cidades gaúchas - Guaporé, Jaguarão, Lagoa Vermelha, Nova Santa Rita, São Sepé, Três de Maio e Vera Cruz – definidas com base nas macrorregiões de saúde, na população total e no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Resultados: A União tem grande presença no total das transferências para o SUS (78,3%), o que se reflete na dependência importante dos municípios em relação ao governo federal no financiamento da saúde pública. O RS, por sua vez, teve pouca participação no total das transferências de recursos do SUS (18,7%), enquanto os municípios apresentaram maior comprometimento com o financiamento a partir de aplicações com receitas próprias relevantes (20,7%) e de contribuições progressivas. Conclusão: É de suma importância o aprimoramento da gestão e do financiamento na saúde pública brasileira.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Financiamento público em saúde. Recursos financeiros em saúde. Gasto público em saúde.

GABRIELE DEITOS CANTÚ

### **RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA NO MUNICÍPIO DE SÉRIO/RS NO PERÍODO DE 2016 A 2018**

**Introdução:** O câncer de mama é o mais frequente no Brasil entre as mulheres. **Objetivo:** Descrever o rastreamento do câncer de mama no município de Sério/RS no período de 2016 a 2018. **Métodos:** Emprego de dados secundários oriundos do Sistema de Informação do Câncer, incluindo: indicação clínica das mamografias, faixa etária e achados radiológicos e indicadores de cobertura relativos à detecção precoce do câncer de mama, relacionando-os ao preconizado pelo Ministério da Saúde. **Resultados:** No período de 2016 a 2018 foram realizados 409 exames de mamografia no município, todas de rastreamento, com prevalência da faixa de 50 a 69 anos em todos os anos do período. As mamografias sem achados mamográficos corresponderam a 57,2% dos exames realizados. A proporção de mamografias de rastreamento realizadas na faixa etária preconizada foi de 52,70% (2016), 66,66% (2017) e 64,07% (2018). A razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos e a população da mesma faixa etária foi de 0,15 (2016), 0,76 (2017) e 0,60 (2018). **Conclusão:** A gestão do câncer de mama no município de Sério/RS requer estratégias para organizar, planejar, executar, monitorar e avaliar ações voltadas à detecção precoce da doença.

**Palavras-chave:** Neoplasias da Mama. Detecção Precoce de Câncer. Mamografia. Indicadores de Serviços. Gestão em Saúde.

GISELE GOMES GONÇALVES

### **ANÁLISE DO ÍNDICE DE TURNOVER E SEU IMPACTO NA FUNDAÇÃO HOSPITAL MUNICIPAL GETÚLIO VARGAS – SAPUCAIA DO SUL/RS**

**Introdução:** A consolidação do SUS tem exigido dos gestores de saúde, nas diferentes esferas, a identificação e a definição de estratégias para a resolução dos problemas de recursos humanos em saúde, indicando também a necessidade de fortalecimento das práticas de gestão nesse campo. **Objetivo:** Comparar o índice de rotatividade ou turnover na Fundação Hospital Getúlio Vargas (HMGV) da cidade de Sapucaia do Sul/RS ao de outras instituições do mesmo segmento, a média estadual e nacional. **Resultados:** No período de 2014 a 2018 HMGV apresentou a taxa de rotatividade média anual de 55%, acima do considerado razoável para empresas, em média 5%. O principal motivo para as demissões foram os terminos de contrato (53%), as solicitações do empregado (41%), seguido por morte, iniciativa do empregador, com justa causa e sem justa causa, abandono e transferência entre unidades. O índice de rotatividade do GHC para estes mesmos anos ficou em 4%, bem abaixo do índice da HMGV. **Conclusão:** Se observou uma rotatividade acima do esperado, explicado por alterações administrativas ocorridas ao longo do período.

**Palavras-chave:** Gestão em Saúde. Rotatividade. Recursos Humanos em Saúde.

GREICE DE SOUZA LENZ

**ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: CUSTOS AO SUS NO RIO GRANDE DO SUL, DE 2007 A 2017**

**Introdução:** Faz-se cada vez mais necessário o conhecimento das condições de saúde das populações para que os gestores em saúde possam traçar perfis e realizar melhores planejamentos no que tange principalmente os custos em saúde. O acidente vascular cerebral é uma doença cerebrovascular de alta incidência mundial. **Objetivo:** Descrever as internações por acidente vascular cerebral no Sistema Único de Saúde para o estado do Rio Grande do Sul, entre os anos de 2007 e 2017 **Métodos:** Emprego de dados sobre o sexo mais atingido, faixa etária mais acometida, custos, morbimortalidade e óbitos pela doença presentes no Sistemas de Informações Hospitalares (SIH/SUS). **Resultados:** De maneira geral as mulheres são mais acometidas pela doença do que os homens, em maioria para ambos os sexos, a maior incidência dá-se em pessoas acima de 60 anos. **Conclusão:** os altos custos por internação em decorrência da doença e as taxas de mortalidade corroboram outros estudos. **Palavras-chave:** Gestão em Saúde. Custos em saúde. SUS. Acidente Vascular Cerebral. Economia da Saúde.

JÉSSICA DO NASCIMENTO LAMPERT

**COBERTURA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E TAXA DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE SANTANA DO LIVRAMENTO/RS**

**Introdução:** A atenção básica surgiu com o intuito de reorientar o modelo assistencial, desviando o foco da assistência médica e valorizando a longitudinalidade e a integralidade do cuidado em saúde como principal estratégia, com foco cada vez maior na prevenção. **Objetivo:** Descrever a relação entre a cobertura da Estratégia de Saúde da Família e a taxa de internações por condições sensíveis à atenção primária no município de Santana do Livramento (RS), no período de 2014 a 2018. **Métodos:** Emprego de dados secundários do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), assim como dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) dos residentes de Santana do Livramento/RS. **Resultados:** As internações por condições sensíveis representaram 24% do total de internações, sendo possível visualizar uma redução de 12% das ICSAP do ano de 2014 a 2018. As principais causas de internações foram as doenças do aparelho respiratório (47% das internações), doenças do aparelho digestivo (20%) e doenças do aparelho circulatório (9%). **Conclusão:** Houve um aumento na cobertura da ESF no município no período, porém ainda abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde. O estudo não permitiu apontar se os pacientes que internaram por CSAP tinham acesso à Estratégia Saúde da Família ou não. **Palavras-Chave:** Gestão em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Internação por Condições Sensíveis a Atenção Primária.

JONATAS BREIER

### **ANÁLISE DA COBERTURA POPULACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL E SEU IMPACTO SOBRE A MORTALIDADE INFANTIL**

**Introdução:** a taxa de mortalidade infantil (TMI) é um dos indicadores básicos de saúde que reflete o desenvolvimento socioeconômico da população, além da eficácia das políticas públicas para áreas de saúde, educação, saneamento, entre outros. A Atenção Básica de Saúde (AB) é reconhecida como estratégia capaz de influenciar nos indicadores da TMI. **Objetivo:** Estruturar uma série histórica com a cobertura populacional de Atenção Básica e a mortalidade infantil nas macrorregiões e regiões de saúde no estado do RS, período 2007-2016. **Método:** Os dados sobre a cobertura populacional da AB no estado do RS foram coletados no Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica (e-Gestor). Os dados sobre mortalidade infantil foram coletados no módulo Tabnet Datasus do Ministério da Saúde. **Resultados:** No estado do RS ocorreu um aumento acentuado na cobertura populacional pela AB e, paralelamente, a redução consistente na mortalidade infantil para menores de 1 ano de idade no período de 2007 a 2016. **Conclusão:** Os dados encontrados e o consenso na literatura permitem sugerir que há relação entre a ampliação do acesso a AB com a redução da mortalidade infantil no estado do RS.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Cobertura populacional. Gestão em Saúde. Indicadores Básicos de Saúde. Mortalidade Infantil.

JORGE LUIS DE SOUZA FONSECA

### **O PERFIL DE MORBIMORTALIDADE POR CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM BALNEÁRIO PINHAL**

**Introdução:** O câncer do colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais frequente na população feminina, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. A sua prevenção é baseada no rastreamento da população feminina por meio da detecção precoce de lesões pré-cancerosas, no diagnóstico do estado da lesão e no tratamento necessário. O método mais eficiente para a detecção precoce dessas lesões é o exame de Papanicolau (CP), realizado regularmente no Sistema Único de Saúde por meio das atividades da atenção básica de saúde. **Objetivo:** descrever o número de atendimentos realizados no município de Balneário Pinhal (RS), no período de 2014 a 2016. **Resultados:** Ocorreu apenas um óbito no período em estudo, uma mulher na faixa de idade de 60 a 69 anos. Foram realizados 1470 exames preventivos para detecção do câncer do colo do útero no período, atingindo a meta estabelecida pela pactuação do estado com o município.

**Palavras-Chave:** Atenção Primária à Saúde. Prevenção. Câncer. Colo do útero. Gestão em Saúde.

JOSEANE STAHL SILVEIRA

### **OS INDICADORES DE INFECÇÃO HOSPITALAR E A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UMA ANÁLISE DA EDUCAÇÃO NA REDUÇÃO DOS INDICADORES DE INFECÇÃO PRIMÁRIA RELACIONADA AO CATETER VENOSO CENTRAL**

Introdução: As infecções hospitalares constituem grave problema de saúde pública mundial. Objetivo: Descrever de que forma a Educação Permanente em Saúde pode contribuir para a diminuição dos indicadores de infecção primária relacionada ao cateter venoso central em um hospital público e universitário da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Método: Foram empregados dados referentes aos indicadores de infecção primária relacionada ao cateter venoso central e às ações de educação com o mesmo tema, de informações dos Relatórios de Indicadores de Infecção Hospitalar, dos Relatórios de Gestão e Administração e das Querys (banco de dados) de capacitação, relativas aos anos de 2014 a 2017. Resultados: O indicador de infecção primária apresentou redução de 4,21 para 3,0 infecções por 1000 procedimentos dia, de 2014 a 2017. As ações educativas relacionadas ao emprego de cateter venoso central aumentaram no período, com aumento nas capacitações realizadas, no número de participantes e participações nas atividades (quatro vezes mais) em 2017. Houve também um público alvo mais abrangente, em que a enfermagem representou 38% dos profissionais capacitados, seguida pelos médicos (31%) e técnicos em enfermagem (25%). Conclusão: As capacitações realizadas, juntamente com as outras ações, auxiliaram na redução dos indicadores de infecção por cateter venoso central. Palavras-chave: Educação em Saúde. Infecção Hospitalar. Gestão em Saúde. Cateteres de demora. Capacitação em Serviço.

JÚLIA GRAZIELA DA CUNHA

### **ANÁLISE DA EFICIÊNCIA NO SERVIÇO DE SAÚDE: MUNICÍPIOS DE ALEGRETE, ESTEIO, GUAÍBA, IJUÍ E LAJEADO/RS**

Introdução: A eficiência trata da relação entre custos e a quantidade de serviços produzidos, sobre o impacto desses serviços na saúde da população e o nível qualitativo desses cuidados. Ou seja, o serviço produzido ao menor custo mantendo a qualidade em saúde. Objetivo: analisar o desempenho da Eficiência no âmbito saúde no ano de 2017, nos municípios de Alegrete, Esteio, Ijuí, Guaíba e Lajeado (RS). Método: Emprego de dados secundários presentes em bases de acesso público, incluindo: receita orçamentária individual, número de habitantes, ranking de colocação no estado, estabelecimentos de saúde, IDHM, serviços de saúde produzidos e resultado obtidos. Conclusão: a eficiência pode ser um fator contribuinte para equidade e vista como um apoio à participação social. Palavras-chave: Gestão em Saúde. Indicador de Desempenho. Eficiência.

*JULIANO SANTOS DE SOUZA*

### **ANÁLISE DO PROGRAMA INTEGRADO SOCIOAMBIENTAL NA CIDADE DE PORTO ALEGRE E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE DA POPULAÇÃO**

Introdução: O Programa Integrado Socioambiental (PISA) nasceu com o objetivo de mudar a realidade ambiental de Porto Alegre, principalmente com relação aos despejos de esgoto sem tratamento no Lago Guaíba. Entretanto, ele se mostrou uma política pública de promoção à saúde, visto que a relação entre saneamento básico e saúde pública pôde ser comprovada. Dessa forma, o PISA demonstrou que pode ter um impacto significativo, a longo prazo, na redução de doenças de veiculação hídrica que são relacionadas ao esgotamento sanitário. Já no curto prazo, de apenas quatro anos após a conclusão de suas obras de saneamento básico, que se deu em abril de 2014, observou-se uma tendência à diminuição de internações no SUS por essas doenças em Porto Alegre de acordo com os dados coletados junto ao Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS). As obras de estações de tratamento, estações de bombeamento e de redes coletoras de esgoto foram fundamentais nessa melhoria, contudo Porto Alegre ainda carece de uma melhor gestão do saneamento e saúde pública em regiões específicas da cidade. Nordeste e Ilhas estão entre as regiões que possuem os piores índices de esgotos a céu aberto e os maiores déficits no número de redes coletoras de esgotos, o que se refletiu na saúde de sua população que apresenta um número elevado de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias.

Palavras-chave: Doenças de Veiculação Hídrica. Saneamento básico. Saúde Pública. Gestão em Saúde.

*JULYANA STHÉFANIE SIMÕES MATOS*

### **CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA LEPTOSPIROSE**

Introdução: A leptospirose é uma doença bacteriana aguda de distribuição mundial. A infecção em humanos decorre da exposição direta ou indireta à urina dos animais infectados. Objetivo: Identificar quais são as faixas etárias predominantemente afetadas, o sexo mais atingido, o período de maior ocorrência de notificações, taxa de incidência da doença, zona de maior ocorrência da doença e taxa de internação, dentro dos territórios nacional, estadual e municipal em 2010 e 2017. Resultados: indivíduos do sexo masculino, de área urbana e em idade laboral são os mais afetados, sendo o domicílio o principal local de infecção. Conclusão: é necessário capacitar os profissionais de saúde para identificação precoce da doença para correta notificação, além de trabalhar em parceria com setores de saneamento, obras públicas e meio ambiente para que todos os elos da leptospirose sejam contemplados e, conseqüentemente, ocorra uma redução do número de casos, utilizando-se o Planejamento Estratégico como subsídio para desenvolvimento das ações intersetoriais em saúde.

Palavras-Chave: Leptospirose. Gestão em Saúde. Vigilância Epidemiológica. Administração Pública.

LEANDRO BRONDANI STERSI

### **INTERNAÇÕES NO SUS POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL NO PERÍODO DE 2013 A 2018**

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral é uma síndrome neurológica com grande prevalência em adultos e idosos, sendo uma das principais causas de mortalidade no mundo. É a principal causa de incapacidade no Brasil, com uma incidência anual de 108 casos por cada 100 mil habitantes. Objetivo: Descrever os custos das internações hospitalares por AVC, no SUS, em relação à taxa de mortalidade no RS, por região de saúde entre 2013 e 2018. Método: Foram empregados dados secundários do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), relativos ao período estudado. Resultados: Neste período ocorreram 93.539 internações hospitalares por AVC no RS (2,07% do total no RS e 8,46% das internações por AVC no Brasil). A Região Capital/Vale Gravataí apresentou o maior número de internações (19,01%) e a Região das Araucárias o menor (0,94%). O SUS realizou um desembolso de R\$ 98.994.425,90 para o custeio do total de internações por AVC no período ou R\$ 1,47 por habitante; cada internação custou em média R\$ 1.058,32, com um custo por leito dia de R\$ 131,50, média de permanência de 8,05 dias. A taxa de letalidade deste período foi de 13,48%. Conclusão: Tanto o Estado como a população, precisam se unir em prol da prevenção dos fatores de risco, sendo a melhor e mais efetiva forma de reduzir o aumento do número de casos de AVC e conseqüentemente os seus altos custos atribuídos ao Sistema de Saúde.

Palavras-chave: Gestão em Saúde, SUS. Sistema Único de Saúde. Acidente Vascular Cerebral. Morbidade Hospitalar. Custos.

LEILA CIRINO NUNES

### **A POLÍTICA DE ÁLCOOL E DROGAS NO MUNICÍPIO DE BENTO GONÇALVES/RS NO PERÍODO DE 2014 A 2017**

Introdução: O uso e abuso de álcool e drogas se apresentam como um desafio no âmbito das políticas públicas de atenção e prevenção à saúde. Objetivo: Descrever a implementação da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas no município de Bento Gonçalves, durante o período de 2014 a 2017. Métodos: Emprego de dados e informações públicas. Resultado: Identificou-se que o uso de álcool e drogas vem ocorrendo de forma cada vez mais precoce, principalmente entre os adolescentes e adultos jovens. Observou-se que houve avanços na política de álcool e drogas e que o município de Bento Gonçalves contempla, em seus serviços, as exigências e normas legais do Ministério da Saúde. Mesmo assim, percebe-se que há uma demanda crescente nessa área, o que incluiu a ampliação de pesquisas e estudos, de caráter público, os quais possam contribuir para a construção de estratégias e possibilidades de prevenção e atendimento.

Palavras-chave: Política de Álcool e Drogas. Políticas Públicas. Gestão em Saúde.

*LETÍCIA PUNTEL*

### **ACESSO UNIVERSAL À SAÚDE: UM COMPARATIVO ENTRE AS CINCO GRANDES REGIÕES BRASILEIRAS**

**Introdução:** A legislação brasileira vigente afirma que é assegurado o acesso universal à prevenção, promoção e recuperação a todo cidadão do Brasil, indiscriminadamente. No entanto, as realidades regionais brasileiras evidenciam divergências neste quesito que deveria ser equânime. **Objetivo:** Descrever o acesso ao Sistema Único de Saúde nas grandes regiões brasileiras, no período de 2005 ao ano de 2014. Para isso, foi realizada uma pesquisa de levantamento, utilizando o comparativo deste período de 10 anos, quando possível, ou os dados mais recentes disponibilizados. **Resultados:** foi constatado divergências no acesso aos cuidados em saúde entre as cinco grandes regiões do país. As Regiões Norte e Nordeste obtiveram os piores indicativos na maioria dos aspectos analisados. **Conclusão:** Flutuações verificadas por meio dos indicadores utilizados demonstram diversas disparidades regionais, que não são desejáveis do ponto de vista de um sistema unificado em todo o território nacional.

**Palavras-chave:** Acesso aos cuidados de saúde. Gestão em Saúde. SUS.

*LIDIANE ARNDT PEREIRA PIACENTINI*

### **AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NOS MUNICÍPIOS PERTENCENTES A 8ª COORDENADORIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL**

**Introdução:** A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) foi implantada em 2004 e até hoje seu foco é voltado, principalmente, para a logística do medicamento. **Objetivo:** Descrever os resultados dos indicadores de acompanhamento anual da Assistência Farmacêutica Municipal nos doze municípios pertencentes a 8ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (CRS/RS) no ano 2018. **Métodos:** Emprego de dados que constam do Relatório Anual de Acompanhamento da Assistência Farmacêutica Municipal. **Resultados:** A Assistência Farmacêutica ainda está muito aquém do ideal e o profissional farmacêutico ainda não está totalmente inserido na equipe multiprofissional. **Conclusão:** Os resultados reforçam a importância do acompanhamento anual de indicadores de qualidade, pois estes contribuem para o planejamento de ações, gerando melhor uso dos recursos públicos e promovendo o cuidado com a saúde da população.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde. Assistência Farmacêutica. Indicadores. Gestão em Saúde.

LIZ CARNIEL DA SILVA

### **ADOCIMENTO DA POPULAÇÃO ADOLESCENTE DO MUNICÍPIO DE ESTEIO: UM DESAFIO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Objetivo: Descrever o adoecimento de um público específico, os adolescentes do município de Esteio, através da demanda do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSij). Métodos: Emprego de dados secundários coletados através de prontuário de atendimento de uso do serviço de saúde mental. Resultados: Houve uma maior incidência de procura no CAPSij, com situações de adoecimento mais graves, do público masculino adolescente. Foram identificadas fragilidades na rede de atendimento às crianças e adolescentes, bem como desconhecimento sobre o CAPS, único serviço de saúde mental existente até o momento no município. Conclusão: Os resultados desses estudos poderão contribuir com subsídios diretos à equipe do CAPSij, bem como, em mudanças no processo de trabalho, nos serviços prestados e também, nas maneiras de se pensar na realidade atual do público a ser atendido por esta unidade.

Palavras-chave: Saúde Mental. Centro de Atenção Psicossocial. Adolescência. Gestão em Saúde.

LUCIANE LUTZ

### **FINANCIAMENTO E APLICAÇÃO DOS RECURSOS DO SUS EM MUNICÍPIOS DO VALE DO RIO DOS SINOS/RS**

Introdução: As decisões críticas dos gestores municipais em relação às formas de organização e prestação do cuidado à saúde são condicionadas pela disponibilidade de recursos e pela importância relativa das várias fontes de receitas vinculadas à saúde em seus orçamentos. Objetivo: Descrever o financiamento e a aplicação dos recursos do SUS em municípios do Vale do Rio do Sinos/RS. Métodos: Emprego das informações financeiras orçamentárias disponíveis no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), referente ao período de 2013 a 2017. Resultados: constatou-se a grande representatividade das transferências da União, quando apenas um dos municípios estudados apresenta uma aplicação de recursos próprios em saúde superior às transferências da União. Todos os municípios cumprem a Emenda Constitucional n° 29/2000. Quanto ao gasto público em saúde por habitante baseado em recursos próprios, em todos houve crescimento. Conclusão: As subfunções orçamentárias da Assistência Hospitalar e Ambulatorial e da Atenção Básica foram as mais expressivas.

Palavras-Chave: Economia da saúde. Financiamento. Gestão em Saúde.

*LUÍS EVANDRO TIMÔTHEO DA SILVA*

### **GESTÃO, INFORMAÇÃO E INOVAÇÃO: A EXPERIÊNCIA DA OUVIDORIA DO MAIOR COMPLEXO HOSPITALAR DO SUL DO PAÍS**

**Introdução:** As ouvidorias do Sistema Único de Saúde (SUS) são espaços de manifestação e mediação de conflitos, com o objetivo de promover a cidadania, disseminar informações e subsidiar os gestores públicos nas tomadas de decisão. **Objetivo:** Identificar as ações adotadas pela Ouvidoria do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), maior rede de hospitais 100% SUS do Sul do país, para atender às prerrogativas e instruções definidas no Manual das Ouvidorias do Sistema Único de Saúde, como subsídio à padronização dos processos e fluxos de trabalho das ouvidorias públicas. **Métodos:** Pesquisa documental, estruturada a partir da coleta e sistematização dos dados disponíveis nos Relatórios de Gestão da Ouvidoria do GHC (exercícios 2017 e 2018) e nos Relatórios Sociais da Instituição. **Resultados:** Foi possível, a partir da análise do conteúdo teórico-metodológico, identificar os canais de manifestação, os assuntos mais demandados e as estratégias adotadas pela Ouvidoria do Grupo Hospitalar Conceição, para atender às diretrizes do Manual das Ouvidorias do SUS. **Conclusão:** O estudo aponta para a necessidade de capacitação dos recursos humanos, para a ampliação da transparência organizacional e para o aumento da qualidade e resolutividade dos serviços, rotinas e processos de saúde. **Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde. Ouvidorias. Participação Social. Gestão em Saúde.

*LUÍS LEONARDO MACIEL FERREIRA*

### **OFERTA DE PROFISSIONAIS DE PSICOLOGIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE, RIO GRANDE DO SUL: UM RECORTE HISTÓRICO-TRANSVERSAL DA EVOLUÇÃO DE DEMANDA DESTA CATEGORIA**

**Introdução:** No Brasil existem 427 instituições promotoras do curso de bacharelado em Psicologia em 2018, 13 dessas na cidade de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul (RS). **Objetivo:** Descrever se o crescimento no número de formandos em Psicologia acompanha o crescimento no mercado de trabalho no setor público. **Métodos:** Compara o quantitativo de graduados no curso, nas instituições públicas e privadas e identifica o número de vagas direcionadas aos psicólogos em instituições públicas da cidade, no período 2008 a 2016. **Resultados:** Do total de alunos matriculados nos cursos de Psicologia, na cidade de Porto Alegre, houve uma taxa de desistência de mais de 92,8%. Mas, apesar dos elevados índices de evasão, o estudo aponta para um cenário interessante: o número de formandos em Psicologia (rede pública e privada) ainda é superior ao comportado pelo mercado e a rede pública (postos de trabalho) é incapaz de abarcar o contingente de profissionais recém-formados. **Palavras-chave:** Recursos Humanos em Saúde. Psicologia. Gestão em Saúde.

LUIZ ABEL FERREIRA DE SOUZA JUNIOR

### **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA CÁRIE DENTÁRIA EM ESCOLARES DE BALNEÁRIO PINHAL**

Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico da cárie dentária entre os alunos da educação infantil ao 5º ano do ensino fundamental das escolas de Balneário Pinhal, Rio Grande do Sul (RS). Métodos: A experiência de cárie foi descrita pelos índices ceo-d e CPOD e pelo número de alunos que necessitavam de tratamento odontológico. Os dados obtidos são oriundos de um projeto de saúde bucal do município de Balneário Pinhal realizado no ano de 2017. Resultados: O ceo-d médio aos 5 anos foi de 1,54. O CPO-D aos 12 anos foi de 0,53. Pelo critério de que apenas os diagnósticos de cavidades cariosas são contabilizados, os estudantes de Balneário Pinhal apresentaram um CPO-D muito baixo aos 12 anos. Os componentes de maior relevância para a determinação da prevalência de cárie dentária foram: dentes cariados, seguidos de obturados e extraídos. Conclusão: A meta da OMS para o ano 2000, de que 50% das crianças entre cinco e seis anos de idade deveriam estar livres de cárie foi cumprida. Palavras-chave: Cárie dentária. Epidemiologia. Gestão em Saúde.

MAITÍCIA FERNANDA NOLL

### **PERFIL DE UM CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE UMA CIDADE DO INTERIOR DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Introdução: Os Conselhos de Saúde são espaços criados para que a sociedade organizada possa participar da tomada de decisão frente a assuntos que envolvem os serviços de saúde públicos. Objetivo: Descrever a atuação do Conselho Municipal de Saúde de uma cidade de pequeno porte do interior do estado do Rio Grande do Sul, no que diz respeito a sua organização e à efetividade para a gestão do SUS no município. Método: Pesquisa documental, com emprego das portarias de nomeação de conselheiros, atas e listas de presença do Conselho de Saúde no ano de 2018, bem como demais documentos que tenham o Conselho como objeto central. Foram abordados conceitos como composição, representatividade e participação, efetividade e autonomia, assuntos discutidos nas reuniões e proposição de estratégias e ações em saúde. Resultados: Foram identificadas incoerências quanto à composição, participação não efetiva dos seus representantes, burocratização, domínio por parte da gestão e falta de proposição de estratégias e ações em saúde. Conclusão: Muitos desafios ainda existem para que o Conselho Municipal de Saúde seja efetivo no que tange ao seu funcionamento, composição, participação e proposição de ações e estratégias voltadas à saúde pública. Palavras-chave: Gestão em saúde. Conselhos de saúde. Conselho municipal de saúde.

MARCELLI GARCIA HORACIO SANTOS

### **EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE GRAVATAÍ/RS**

**Objetivo:** Descrever a implantação do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) e o desenvolvimento das ações de Educação Permanente em Saúde no município de Gravataí, no período de 2016 a 2018. **Métodos:** Pesquisa documental, a partir de um roteiro pré-estabelecido, mediante consulta aos arquivos do NUMESC e documentos oficiais da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). **Resultados:** O NUMESC de Gravataí iniciou as suas atividades no ano de 2015 e foi oficializado como parte da SMS por meio do Decreto nº 14.524/2015. Neste estudo foram identificadas as características do NUMESC, sua composição, atribuições e metas, definidas no Plano Municipal de Saúde (PMS). Também foram apresentadas as fragilidades do NUMESC, no tocante à carência de dados e registros e a necessidade da construção da Política Municipal de Educação Permanente em Saúde. **Conclusão:** A implantação é incipiente e sinaliza a necessidade de aprofundamento do tema.

**Palavras-chave:** Educação Permanente. Gestão em Saúde. Sistema Único de Saúde.

MARIANA DARIVA DE OLIVEIRA

### **PERFIL DA DEMANDA DE ATENDIMENTOS REALIZADOS PELA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DE TRAMANDAÍ/RS**

**Introdução:** Os serviços de pronto atendimento existem na grande maioria dos municípios brasileiros e exercem um papel fundamental na rede de atenção à saúde. Conhecer o perfil da população que busca atendimento neste tipo de serviço constitui uma ferramenta importante para o planejamento de ações em saúde e pode contribuir para uma melhor organização das portas de entrada do sistema de saúde do município. **Objetivo:** Descrever o perfil da demanda de atendimentos realizados pela Unidade de Pronto Atendimento do município de Tramandaí no período de setembro de 2018 a fevereiro de 2019, considerando a triagem realizada pela equipe de acolhimento com a Classificação de Risco (n=390). **Resultados:** A principal característica da demanda da UPA foi atender adultos com idades entre 25 e 59 anos (54%), do sexo feminino (50%), que buscaram atendimento no turno da tarde (42%), e foram classificados nas cores verde (51%) e azul (31%). **Conclusão:** A UPA realiza em geral atendimentos considerados de baixa complexidade, apontando para que a atenção básica do município precise ser reorganizada e fortalecida.

**Palavras-chave:** Serviços de Saúde. Pronto Atendimento. Acolhimento com Classificação de Risco. Gestão em Saúde.

MARIELLI COSTA DE SOUZA

**A EVOLUÇÃO DA COBERTURA DO PROGRAMA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NAS MACRORREGIÕES DO RIO GRANDE DO SUL: UMA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS ANOS DE 2010 E 2018**

Introdução: O Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado como uma estratégia para a consolidação do SUS. O indicador Cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde foi pactuado no estado do Rio Grande do Sul e integra o grupo dos indicadores específicos da Atenção Básica. Objetivo: Descrever a evolução da cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde do ano de 2010 a 2018. Métodos: Os dados foram retirados do Departamento de Atenção Básica e do Portal Business Intelligence Gestor Municipal. Resultados: a taxa de cobertura pelo PACS apresentou um crescimento de 16,49% no período em estudo, com uma variação de implementação na ordem de 46,73% entre as macrorregiões do estado. Conclusão: A implementação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde no estado do Rio Grande do Sul vem acontecendo de forma gradual e irregular.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Programa dos Agentes Comunitários de Saúde.

MARINA MORAES SOARES

**MORTALIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE PALMARES DO SUL/RS: ANÁLISE DA EFETIVIDADE DO PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR**

Introdução: O estado do Rio Grande do Sul (RS) implementou o programa Primeira Infância Melhor (PIM) buscando melhorar a assistência à criança desde o período pré-natal até os primeiros cinco anos de vida. Objetivo: Descrever o impacto do PIM na mortalidade infantil do município de Palmares do Sul, RS. Métodos: Estudo ecológico, com análise quantitativa, que comparou, antes e depois da adesão ao PIM, os Coeficientes de Mortalidade Infantil (CMI) por 1000 nascidos vivos do município estudado aos de outros municípios do Litoral Norte do RS, aos da 18ª Coordenadoria Regional de Saúde (18ª CRS) e do RS. Resultados: Dez dos 23 municípios pertencentes à 18ª CRS aderiram ao PIM. Observou-se que os CMI a nível municipal possuem variabilidade natural alta e que não houve reduções significativas no CMI evitável com a habilitação do PIM, exceto no município de Terra de Areia. Conclusão: Em relação à mortalidade infantil, o programa PIM não obteve resultados notáveis no Litoral Norte do RS.

Palavras-Chave: Mortalidade Infantil. Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Avaliação de Programas de Saúde. Gestão em Saúde.

MARISSER DE FARIAS CARDOSO

### **ABSENTEÍSMO DOS USUÁRIOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

**Introdução:** O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos sistemas de saúde mais complexos do mundo, pois abrange a todos os níveis de complexidade, garantindo acesso universal e gratuito a toda população. **Objetivo:** Realizar uma revisão bibliográfica sobre o absenteísmo entre os usuários do Sistema Único de Saúde, identificando o perfil e os motivos que levam a tal ausência sem notificação prévia de pacientes, descrevendo a frequência em cada nível de complexidade, e por regiões do Brasil. **Métodos:** Foi utilizado o Descritor em Ciências da Saúde ‘absenteísmo’ e aplicado filtro para o período de 2008 a 2018, empregando as bases de referência presentes na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Foram selecionados 12 artigos para análise. **Resultados:** Identificou-se no perfil de usuários faltantes a predominância do sexo feminino, com baixo nível de escolaridade e renda, e a maior causa do absenteísmo de pacientes foi a vulnerabilidade social. A região com maior prevalência de absenteísmo identificada foi o Sudeste, atingindo em sua maioria a rede de atenção básica. **Conclusão:** A vulnerabilidade social é o principal entrave para o acesso dos usuários às ações e serviços de saúde, resultando no absenteísmo.

**Palavras-chave:** Administração Pública. Absenteísmo. Sistema Único de Saúde. Gestão em Saúde.

MARLA KARINE WASEM SCHMIDT

### **AÇÕES DE GESTÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

**Introdução:** O câncer do colo uterino é uma das neoplasias mais prevalentes em países de baixos e médios recursos, sendo precedido por uma longa fase de doença pré-invasiva. **Objetivo:** Descrever quais são as ações de gestão em saúde na atenção primária que têm contribuído para o aumento da cobertura do exame citopatológico (CP) no Brasil. **Métodos:** Revisão bibliográfica, empregando os Descritores em Ciência da Saúde ‘exame citopatológico’ e ‘atenção primária em saúde’, período de 2008 a 2018, nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde e PubMed. **Resultados:** Foram encontrados 14 estudos que apontaram que as principais ações na atenção primária que têm contribuído para o aumento da cobertura do exame citopatológico no Brasil são: promoção do rastreamento do público-alvo, educação em saúde dos profissionais, e a investigação de fatores que interferem na adesão de mulheres ao exame como estratégia de ampliação da cobertura do CP. **Conclusão:** As ações em educação em saúde apresentaram-se como uma importante ferramenta de ação da atenção primária, pois a promoção em saúde é fundamental para o aumento da cobertura do exame citopatológico.

**Palavras-chave:** Exame citopatológico. Atenção primária em saúde. Gestão em saúde.

MAX DOBROVOLSKI

### **A GESTÃO EM SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PATO BRANCO-PR PELA PERSPECTIVA DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO (2014-2017)**

Introdução: Os instrumentos de gestão são documentos construídos para o exercício de uma administração pública em saúde, que engloba elementos desde o planejamento até a avaliação e divulgação dos dados obtidos. Destacam-se o Plano Municipal de Saúde (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS), e o Relatório Anual de Gestão (RAG). Objetivo: Descrever o desempenho da gestão municipal de saúde de Pato Branco-PR sob os aspectos observados nos instrumentos de gestão. Métodos: Foram empregados documentos de 2014-2017 (um período completo de gestão municipal), observando os respectivos objetivos, indicadores, ações e metas propostas no PMS e os resultados publicados no RAG. Resultados: Houve o cumprimento de 46% de metas executadas parcialmente e 49% de metas executadas totalmente. Foram evidenciadas falhas de elaboração, avaliação e monitoramento. Conclusão: Embora tenha ocorrido um desempenho favorável da gestão, este não pode ser considerado satisfatório, devido ao número de metas executadas em sua totalidade que não alcançaram 50% do previsto.

Palavras-Chave: Plano Governamental de Saúde. SUS. Gestão em Saúde.

NATÁLIA SCHMIDT MÜLLER

### **O SISTEMA DE PACTUAÇÃO DE INDICADORES (SISPACTO) E SEU APOIO À GESTÃO EM SAÚDE: UMA ANÁLISE DO MUNICÍPIO DE LINHA NOVA/RS**

Objetivo: Descrever o impacto dos indicadores do Sistema de Pactuação Interfederativa de Indicadores (SISPACTO) 2017-2021 na construção do Plano Municipal de Saúde 2018-2021 da Secretaria Municipal de Saúde de Linha Nova/RS. Métodos: Pesquisa documental de documentos da Secretaria Municipal de Saúde, referente à elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018-2021 e a sua relação com os indicadores do SISPACTO 2017-2021. Resultados: O estudo permitiu discutir o sistema de saúde e a qualidade das ações municipais. Demonstrou por meio de indicadores de saúde que muitas estratégias referentes às ações na atenção básica são resolutivas e de qualidade. No entanto, apresentam limitações em ações de vigilância em saúde, no controle do câncer de colo de útero e mama e na proporção de parto normal, por não estarem dispostas e discutidas no PMS e com pouca ou inexistente informação no SISPACTO. Conclusão: Os indicadores de saúde presentes nos Planos Municipais de Saúde são uma ferramenta construtiva adicional de trabalho, para o processo de gestão, planejamento e avaliação das ações e serviços de saúde pública.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Indicadores de Saúde. Planejamento em Saúde. Saúde Pública.

PAOLA PANAZZOLO MACIEL

### **ANÁLISE DOS INDICADORES DE DESEMPENHO E QUALIDADE DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**

**Introdução:** A avaliação sistemática de indicadores subsidia a tomada de decisão para avaliação da eficiência e qualidade do desempenho dos processos. **Objetivo:** Descrever os indicadores de qualidade e segurança assistencial utilizados pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) no período de 2011 a 2018. **Método:** O estudo teve uma abordagem quantitativa, transversal e descritiva. **Resultados:** O indicador de acompanhamento assistencial geral manteve a média de 8 dias, permanecendo estável, assim como a média do coeficiente de mortalidade (4,9%) e a taxa de ocupação (88%). Apresentando a taxa média de infecção em 2017 relacionadas à sondagem vesical urinária de 1,3 /1000 dias-sondas; infecção primária de corrente sanguínea de 3/1000 dias-cateter; higiene das mãos dos profissionais de saúde (69,7%) e um grau de satisfação tido como ótimo em 82% dos atendimentos. **Conclusão:** A utilização dos indicadores permitiu atuação estratégica na melhoria do cuidado dos pacientes através de gestão voltada à qualidade e segurança comparável aos padrões internacionais.

**Palavras-chave:** Administração de serviços de saúde. Gestão em Saúde. Indicadores em Saúde.

PATRÍCIA ANTONI

### **SUICÍDIOS, VIOLÊNCIAS AUTOPROVOCADAS E AS AÇÕES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM VENÂNCIO AIRES/RS NO PERÍODO DE 2014 A 2018**

**Introdução:** Segundo a OMS (2014), existe uma estimativa de que, anualmente, mais de 800 mil pessoas morrem por suicídio no mundo, e que a cada adulto que se suicida, pelo menos outros 20 atentam contra a própria vida. **Objetivo:** Descrever os dados epidemiológicos relacionados aos suicídios e as violências autoprovocadas e as ações desenvolvidas pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Venâncio Aires/RS, de 2014 a 2018. **Métodos:** Os dados de violência autoprovocada e de óbitos por suicídio foram coletados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), no Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN) e através do site do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS). **Resultados:** Dos 381 casos estudados, a maioria era de mulheres (76%), na faixa dos 20 a 39 anos (43,8%), brancos (90,3%), empregando o enforcamento e o envenenamento como método e já tendo tentado outras vezes (50,6%). Quanto aos 82 óbitos, eram do sexo masculino (60 casos), na faixa etária de 40 a 59 anos (39 casos). **Conclusão:** Os resultados demonstraram a necessidade de qualificar os dados epidemiológicos relacionados aos casos de suicídios e violências autoprovocadas, e de realizar um trabalho mais intenso com a gestão de saúde mental e os profissionais, tanto da atenção especializada quanto da atenção primária.

**Palavras-chave:** Gestão em Saúde. Indicadores de Serviços. Suicídio.

PAULO JOSÉ MACHADO

### **O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE COMO ESPAÇO DE PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL: A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CACHOEIRINHA (RS)**

Introdução: o estudo descreve a atuação do Conselho Municipal de Saúde de Cachoeirinha (RS), enquanto espaço de participação popular, objetivando o exercício efetivo do controle social no âmbito do Sistema Único de Saúde. Método: pesquisa documental das atas das reuniões plenárias e resoluções baixadas durante o ano de 2018, legislação federal e municipal. Resultados: foram realizadas, durante o ano de 2018, 18 reuniões plenárias do Conselho Municipal de Saúde, sendo 16 reuniões ordinárias e 02 extraordinárias. O que se observou nas atas foi a inexistência de usuários presentes (apenas se faziam presentes através de denúncias), baixa representatividade de trabalhadores da saúde e prestadores de serviços, e maior presença do governo nas reuniões, o que refletiu diretamente nas decisões tomadas por este Conselho. Conclusão: a mera existência do Conselho Municipal de Saúde de Cachoeirinha (RS), tal qual se apresenta atualmente, não reflete a finalidade conceitual, tampouco a correição em termos de participação e controle social, quer seja pela ausência de paridade entre os representantes legalmente constituídos, quer seja pela baixa frequência nas reuniões plenárias ou mesmo pela falta de capacitação dos conselheiros, entre outros apontamentos.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Conselho Municipal de Saúde. Controle Social. Participação Social.

PRISCILA CAGLIONI DURANTE

### **ANÁLISE DO PROCEDIMENTO DE FACOEMULSIFICAÇÃO NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NAS CAPITAIS DA REGIÃO SUL DO BRASIL**

Introdução: A cegueira é um problema de saúde pública de grande magnitude e a catarata corresponde a maior causa de cegueira curável no mundo, sendo responsável por aproximadamente 47,8% dos casos de cegueira global. Objetivo: Descrever os dados financeiros em relação à Lente Intraocular (LIO) no procedimento de Facoemulsificação, no período de 2009 a 2018, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), hospitalar e ambulatorial; com foco nas capitais da região Sul do Brasil. Resultados: Os procedimentos de Facoemulsificação realizados no âmbito de internações hospitalares e com a utilização de lentes intraoculares rígidas representaram menos gastos se comparados com os procedimentos feitos ambulatorialmente. Por outro lado, os procedimentos ambulatoriais apresentaram os maiores gastos e a maioria dos procedimentos, assim como a opção pelas lentes intraoculares dobráveis foi preferível a lentes rígidas. Curitiba é a capital com o maior número de procedimentos e os maiores gastos.

Palavras-chave: Cegueira. Catarata. Facoemulsificação. Sistema Único de Saúde. Gestão em Saúde. Lente Intraocular.

RAFAELA LOTTI ENDRES

### **A MORTALIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE TRAMANDAÍ ANTES E APÓS A HABILITAÇÃO DO AMBULATÓRIO DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO**

Objetivo: Descrever o impacto da habilitação do Ambulatório de Gestação de Alto Risco na mortalidade infantil do município de Tramandaí por meio de c culos dos Coeficientes de Mortalidade Infantil. Método: Emprego de dados secundários públicos sobre nascidos vivos, óbitos de crianças menores de um ano e causas de óbito por capítulo CID-10, entre os anos de 2010 a 2016. Foram comparados os dados nos períodos pré e p s-habilita o, em Tramandaí e na 18  Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), tendo em vista que o ambulatório atende os 23 municípios da regional. Resultados: Houve diminui o do CMI nos quatro anos após a habilita o do serviço, que passou de 12,42 para 10,85 em Tramandaí, e de 10,59 para 9,74 na 18  CRS. O município apresentou diminui o no período neonatal tardio, de 3,1 para 1,86, contudo, no período pós-neonatal passou de 4,14 pr -habilita o, para 4,65 p s-habilita o. Conclusão: Os resultados demonstram pequena redu o do CMI, porém, sua implanta o ainda   recente, sendo necessários maiores investimentos para a consolida o do processo de implanta o do ambulatório e das demais a o es da Rede Cegonha, tanto na aten o básica dos municípios, quanto na aten o especializada da região.

Palavras-chave: Mortalidade Infantil. Indicador de Saúde. Gestão em saúde.

REGES ANTONIO DEON

### **ACESSO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PARA A POPULA O PRIVADA DE LIBERDADE NO ESTADO DE SANTA CATARINA**

Introdu o: A tuberculose   uma patologia de alta endemicidade, sobretudo no sistema prisional. Objetivo: Identificar o acesso, diagnóstico e tratamento da tuberculose na popula o privada de liberdade no Estado de Santa Catarina. Métodos: Emprego de dados do Sistema de Informa o de Agravos de Notifica o (SINAN) no período de 2015 a 2018. Resultados: Apenas 11 dos 50 estabelecimentos penais do estado dispõem de Equipe de Saúde Prisional (ESP). No período, foram notificados 618 casos de tuberculose, destes, 83,49% realizaram algum exame diagnóstico. O percentual de coinfectados pelo HIV foi de 12,62%. Realizaram o tratamento diretamente observado (TDO) apenas 69,41% dos casos e obteve-se uma taxa de cura de 61,32%. Conclusão: A tuberculose no sistema prisional   um problema de saúde pública e para o seu enfrentamento necessita de formula o e implementa o de a o es entre as Secretarias de Justiça e Saúde na ado o e uniformiza o de protocolos assistenciais de controle, diagnóstico e tratamento da doença no ambiente prisional.

Palavras-chave: Tuberculose. Prisões. Epidemiologia. Gestão em Saúde.

RENAN SCHULZ DA SILVA

### **APRIMORANDO OS FORMULÁRIOS DE REGISTRO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Objetivo: Comparar o processo de Registro Eletrônico em Saúde (RES) realizado pelos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), verificando os formulários correspondentes de registro dos respectivos Sistemas de Informação (SIS) do Datasus. Método: Coleta e análise de dados públicos e documentos de livre acesso, e investigação de artigos científicos referentes ao assunto nas bases de referências SABI-UFRGS, BVS e PUBMED. Resultado: Os resultados demonstram a quantidade elevada de campos de preenchimento, com muitas repetições, e sugere que os formulários possam ser mais estudados e revistos pelos profissionais, afim de conciliar a dinâmica de atendimentos com o preenchimento dos formulários de registros. Assim aperfeiçoando os formulários, é possível que tenham o preenchimento mais eficiente, beneficiando os usuários, profissionais, gestores e a Gestão em Saúde.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Sistemas de Informação em Saúde. Indicadores em Saúde Mental.

ROCHELE MARIA ZUGNO

### **INCIDENTES/EVENTOS ADVERSOS NOTIFICADOS NO SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA, NA REGIÃO SUL DO BRASIL, ENTRE 2014 E 2019: SUBSÍDIOS PARA A GESTÃO EM SAÚDE**

Introdução: A segurança do paciente constitui-se uma preocupante questão de saúde pública, uma vez que, cada vez mais, os erros relacionados à saúde vêm ganhando destaque pela sua multidimensionalidade. Objetivo: Descrever a ocorrência e as características dos acidentes notificados nos três estados do Sul do Brasil, entre março de 2014 e janeiro de 2019, no Notivisa. Métodos: Estudo de abordagem quantitativa, documental, de natureza descritiva e retrospectiva, realizado no sistema eletrônico do Notivisa, com base nos dados do Relatórios de Eventos Adversos dos três estados do Sul do país. Resultados: o estado do Paraná foi o que teve maior número de notificações e há distinções entre os tipos de incidentes e eventos adversos notificados entre os estados. No entanto, há semelhanças nas demais variáveis, como aumento no número de hospitais de realizaram notificações, maior número de notificações em hospitais e ambulatórios, em setores de internação, unidades de terapia intensiva, e de urgência e emergência, e em turno diurno, perfil do paciente atingido e maior proporção de incidentes e eventos adversos de grau leve. Conclusão: Apesar de o número de notificações ser distinto nos três estados, os mesmos possuem características e tendências semelhantes quanto às notificações.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Gestão em Saúde. Gestão de Riscos. Notificação. Sistemas de Informações em Saúde.

*RONIERI ARISTEU DOS REIS SCARDOELLI*

### **CAPACIDADES ASSISTENCIAIS EM FISIOTERAPIA AMBULATORIAL DO SUS NA 12ª REGIÃO DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL**

**Introdução:** A oferta de serviços ambulatoriais no Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido descrita como de difícil acesso, tornando-se elemento prejudicial à integração entre os três níveis de atenção à saúde no país, que adotou a regionalização como principal forma de gestão do SUS. **Objetivo:** descrever a capacidade assistencial em fisioterapia na média complexidade dentro da 12ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul e num contexto estadual, regional e nacional, calculando as capacidades instaladas e necessárias para executar o total de procedimentos apresentados pelos estabelecimentos de saúde. **Métodos:** Emprego de bases de dados secundárias no período entre 2008 a 2018. **Resultados:** Identificou-se que a capacidade instalada está muito superior a necessária, chegando a ser 4,6 vezes maior na respectiva Região de Saúde no ano de 2018 e, que ambas apresentam uma tendência de evolução progressiva, apontando para uma má gestão dos recursos humanos dentro da assistência em fisioterapia.

**Palavras-chave:** Fisioterapia. Atenção Secundária. Gestão em Saúde.

*ROSELAINÉ ISABEL FRAGA MACHADO*

### **ANÁLISE DO INDICADOR DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA DAS REGIÕES DE SAÚDE: BONS VENTOS E BELAS PRAIAS**

**Introdução:** As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) são um conjunto de problemas de saúde, para os quais o acesso aos serviços de AB e ações efetivas poderiam reduzir a ocorrência destas internações, tornando-as um indicador de resultado para avaliação da qualidade e do acesso nesse nível de atenção. **Objetivo:** Descrever o indicador de ICSAB, buscando fatores associados à sua ocorrência, a fim de avaliar a sua capacidade de verificar a resolutividade da atenção básica. **Método:** Descrição do ICSAB nas duas Regiões de Saúde pertencentes a 18ª Coordenadoria Regional de Saúde de Osório, com base na Cobertura de Saúde da Família e do valor de despesa em Atenção Básica por região de saúde. **Resultados:** O indicador ICSAB cumpre seu objetivo de tornar comparável de forma sintética a situação da Atenção Básica nas diversas possibilidades de recortes territoriais. Contudo, as variáveis que interferem nesse desfecho são diversas, operando de maneiras diferentes em cada contexto e necessitando de maior aprofundamento. **Conclusão:** Enquanto subsídio para políticas e ações de qualificação da Atenção Básica, a mudança desse indicador só ocorrerá quando esse dado servir como dispositivo inicial para entender processos complexos e locais, que ocorrerão através de processos de educação permanente.

**Palavras-chave:** Atenção Básica. Saúde da Família. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica. Gestão em Saúde.

SAMARA DA SILVEIRA LOURENÇO

### **ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA NO MUNICÍPIO DE NOVO HAMBURGO/RS: DESCRIÇÃO DE UMA TECNOLOGIA LEVE NA GESTÃO EM SAÚDE**

**Objetivo:** Descrever como ocorre o acolhimento à demanda espontânea, uma tecnologia leve para a gestão em saúde, nos serviços de atenção básica do Município de Novo Hamburgo/RS. **Métodos:** Com coleta de dados secundários do portal do Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde (DAB/MS), onde foram utilizados elementos extraídos da avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ-AB. Esta, finalizada em 2014, entrevistou 18 profissionais de saúde e 72 pacientes em 10 unidades de saúde do município. **Resultados:** 100% das unidades avaliadas realizavam o acolhimento à demanda espontânea, porém apenas em dias de semana e não em todos os horários do dia; em locais como salas e consultórios bem definidos (72,2%), por enfermeiros (30,6%) ou médicos (19,4%). Poucos profissionais (38,9%) relataram terem sido capacitados para realização da avaliação e classificação de riscos e vulnerabilidades. A maioria dos usuários relataram terem sido bem (36,1%) ou muito bem (12,5%) recebidos quando procuraram consulta sem hora marcada. **Conclusão:** Considera-se importante incentivar o uso de tecnologias leves, como o acolhimento, na gestão em saúde, sendo um importante instrumento para a consolidação dos princípios do SUS, principalmente em relação à universalidade e à ampliação do acesso na atenção básica.

**Palavras-chave:** Acolhimento. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde. Gestão em Saúde.

SIMONE FERST ROHTE

### **AVALIAÇÃO DO CONSUMO DE MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL NO MUNICÍPIO DE SÃO PEDRO DO BUTIÁ/RS**

**Introdução:** Psicofármacos são medicamentos que agem no sistema nervoso central (SNC), produzindo alterações de comportamento, percepção, pensamento e emoções, e podem levar à dependência física e psíquica. **Objetivo:** Descrever o consumo de medicamentos sujeitos a controle especial, mais especificamente os psicofármacos antidepressivos e benzodiazepínicos, e o valor gasto na sua compra, entre os anos de 2008 a 2017, no município de São Pedro do Butiá-RS. **Métodos:** Dados extraídos do sistema informatizado da Farmácia do município. **Resultados:** Em torno de 25% da população faz uso de pelo menos um medicamento pertencente à Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Os antidepressivos mais prescritos durante os anos avaliados foram Amitriptilina 25 mg e Fluoxetina 20 mg. Já entre os benzodiazepínicos, o mais prescrito foi Alprazolam 0,5 mg. **Conclusão:** Observa-se uma tendência ao aumento na prescrição de novos antidepressivos, como Bupropiona e Venlafaxina.

**Palavras-chave:** Antidepressivos. Psicotrópicos. Benzodiazepínicos. Gestão em Saúde.

SUELEN CAVALHEIRO TEIXEIRA

### **PERFIL SANITÁRIO DOS ESTABELECIMENTOS DE EDUCAÇÃO INFANTIL PRIVADOS LOCALIZADOS NO MUNICÍPIO DE GRAVATAÍ/RS**

**Introdução:** No Rio Grande do Sul, a Portaria Estadual n.172/2005 estabelece o regulamento para Estabelecimentos de Educação Infantil (EEI). O município de Gravataí possui o Departamento de Vigilância em Saúde (VIEMSA) em exercício das atividades de fiscalização, avaliação e educação sanitária. **Objetivo:** Descrever o perfil sanitário dos EEI privados de Educação Infantil, conforme a Portaria Estadual n. 172/2005 no período de janeiro de 2018 a abril de 2019. **Métodos:** Foram empregados os registros da Vigilância Sanitária (VISA) e Secretaria Municipal de Educação (SMED), conforme exigências das legislações vigentes, baseando-se nos principais documentos exigidos para regularização das instituições. **Resultados:** Havia 69 EEI neste período, dos quais nove foram interditados pela VISA e/ou encerraram as atividades. Dentre os 60 EEI que estavam em funcionamento no período, oito possuíam alvará sanitário vigente e 20 possuíam Projeto Arquitetônico Aprovado na VISA municipal. Com relação ao Cadastro e/ou autorização de funcionamento no CMEG, foi constatado que 36 dos EEI possuíam documentação mínima na SMED e aprovada pelo CMEG e professores devidamente habilitados. **Conclusão:** A relação entre a VIEMSA e os EEI deve ir além do caráter punitivo, pois é de suma importância a articulação de atividades de educação em saúde com objetivo de prevenção de riscos à segurança das crianças. **Palavras-chave:** Educação Infantil. Vigilância em Saúde Pública. Gestão em Saúde.

TAINÃ ESLABÃO BARTEL

### **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE: PLANEJAMENTO E OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM MUNICÍPIOS DA 7ª REGIÃO DE SAÚDE/RS**

**Objetivo:** Identificar quais as ações de planejamento para a oferta de serviços de saúde identificadas no Plano Municipal da Saúde nos municípios de Araricá, Lindolfo Collor e Santa Maria do Herval, no estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Métodos:** Emprego dos Planos Municipais de Saúde dos três municípios. **Resultados:** Os municípios são considerados como de pequeno porte e têm a indústria entre as principais fontes de renda. Constatou-se uma maior escolha pelo modelo de ESF do que UBS tradicional. O atendimento à saúde bucal se mostrou presente nos municípios, porém, apresentou fragilidades que foram identificadas pelos gestores. Os municípios oferecem algumas especialidades e, quando não possíveis, utilizam a regionalização, a qual contribui no processo de gestão principalmente na disponibilidade de serviços. Por fim, identificou-se que o município de Araricá mostrou uma maior oferta de serviços de saúde e um plano de gestão baseado nas necessidades apresentadas a partir do Plano Municipal de Saúde. **Palavras-chave:** Administração Pública. Administração Municipal. Gestão em Saúde.

TATIANA DE PAULA FIRCKEL

### **POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL NO RIO GRANDE DO SUL**

**Introdução:** A saúde das pessoas privadas de liberdade ocupa, cada vez mais, a pauta da Segurança Pública e do Sistema Único de Saúde. **Objetivo:** Identificar como se encontra implementada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no Rio Grande do Sul. **Métodos:** Levantamento dos dados quantitativos do mapa prisional e demais informações fornecidas pela Superintendência dos Serviços Penitenciários e pela Secretaria Estadual de Saúde. **Resultados:** Das 149 unidades prisionais, 37 possuem equipes de Atenção Básica Prisional, sendo 28 com habilitação estadual e 30 com habilitação federal. Apenas três de 61 estabelecimentos prisionais com menos de 100 custodiados possuem equipes de Atenção Básica Prisional, todas as equipes do tipo 1. As unidades prisionais entre 101 e 500 custodiados são as que mais possuem equipes de Atenção Básica Prisional, totalizando 17 equipes, todas tipo 2 à exceção de Santo Cristo. Os estabelecimentos acima de 501 custodiados possuem equipes tipo 2 ou 3 em número insuficiente de acordo com a política. **Conclusão:** Apenas 54,3% da população carcerária gaúcha possui acesso às equipes de Atenção Básica Prisional. **Palavras-Chave:** Gestão em Saúde. Política de Saúde. Prisões.

THAIS GABRIELE BORELLA SANSONOVE

### **O IMPACTO DO MODELO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA GERENCIAL NA CRIAÇÃO DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH**

**Introdução:** Ao longo dos anos, os Hospitais Universitários Federais (HUFs) sofreram com o déficit orçamentário, necessitando de repasses para a reestruturação dos mesmos. Para resolver essa situação, o governo, resguardado pela lógica gerencial da Administração Pública, instituiu a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) com ordenamento jurídico de direito privado para gerir os HUFs. **Objetivo:** Descrever o impacto da criação da EBSERH frente aos princípios do SUS. **Métodos:** pesquisa bibliográfica e documental, construindo teoricamente uma linha de raciocínio importante para se chegar às conclusões. **Conclusão:** A empresa pública em questão possui embasamentos claramente mercadológicos, fundamentados na Administração Pública Gerencial. Contudo, realizar a gestão de um serviço público que garante um direito fundamental de caráter social é incompatível com uma empresa de direito privado que, em sua essência, busca a lucratividade, tornando-a contraditória aos princípios adotados pelo SUS. **Palavras-chave:** Hospitais Universitários. SUS. Gestão em Saúde.

THAMIRES OLIVEIRA GANDIN

### **COMPARAÇÃO ENTRE OS INDICADORES DO VIH/SIDA NO BRASIL, NO RIO GRANDE DO SUL E NO MUNICÍPIO DE CANOAS, NOS ANOS DE 2010 E 2017**

**Introdução:** Mensurar a incidência e a taxa de letalidade é necessário para avaliar a eficácia das ações que foram adotadas para a doença estudada. **Objetivo:** Comparar os indicadores do VIH/SIDA no Brasil, no Rio Grande do Sul e no município de Canoas nos anos de 2010 e 2017. **Método:** Coleta e análise de dados secundários de cunho documental, utilizando fontes ou documentos escritos e registrados, em base de dados públicos e de livre acesso. **Resultados:** No ano de 2010, o coeficiente de incidência no Brasil, no estado do Rio Grande do Sul e no município de Canoas foi respectivamente, 19, 48,5 e 134,6, já em 2017, este indicador ficou em 15,5, 34,3 e 50,0 respectivamente. No que se refere à taxa de letalidade no Brasil, no estado do Rio Grande do Sul e no município de Canoas, no ano de 2010, foi de 30,1%, 15,4% e 18%, respectivamente. Em 2017, esta taxa apresentou os valores de 31,05% no Brasil, 12,6% no estado do Rio Grande do Sul e 33,33% no município de Canoas. **Conclusão:** O coeficiente de incidência apresentou redução; por outro lado, a taxa de letalidade em Canoas apresentou um aumento expressivo, necessitando de uma análise mais acurada para identificar as possíveis causas para este resultado em 2017. **Palavras-chaves:** VIH. Indicadores básicos de saúde. Planejamento em saúde. Diretrizes para o planejamento em saúde. Gestão em saúde.

VANESSA CALEGARI LAVALL

### **A RELAÇÃO DOS INDICADORES DE PRÉ-NATAL E COBERTURA VACINAL COM A MORBIMORTALIDADE INFANTIL**

**Introdução:** Um dos objetivos de desenvolvimento sustentável é acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos, além de reduzir a mortalidade neonatal para índices menores de 12 óbitos para cada 1.000 nascidos vivos, até 2030. **Objetivo:** Descrever por meio da análise dos indicadores de cobertura vacinal e de pré-natal com relação às taxas de morbimortalidade infantil por causas evitáveis, o impacto social gerado pelas ações de imunização e assistência às mulheres na fase da gestação. **Métodos:** Busca dos dados disponíveis na base de dados do DataSus dos indicadores de morbimortalidade infantil, cobertura vacinal e de pré-natal no período de 2008 a 2016, na cidade de Santa Maria, no estado do Rio Grande do Sul, na regional estadual Verdes Campos, assim como na região Sul do país (estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul) e no Brasil. **Resultados:** Ao longo do período avaliado houve constantes aumentos nas taxas de cobertura de pré-natal e vacinal, redução das taxas de morbidade hospitalar e redução nos índices de mortalidade infantil por causas evitáveis. **Palavras-chave:** Mortalidade Infantil. Cuidado pré-natal. Vacinação. Indicadores de Saúde. Gestão em Saúde.

VICENTE BERTOL TERHORST

### **ANÁLISE DO PLANO DE SAÚDE (2014-2017) DO MUNICÍPIO DE ALTO ALEGRE/RS COM BASE NOS RELATÓRIOS ANUAIS DE GESTÃO**

Objetivo: Analisar os Relatórios Anuais de Gestão referentes aos anos de 2014, 2015, 2016 e 2017 e compará-los ao Plano de Saúde (2014- 2017) do Município de Alto Alegre/RS para verificar se as metas propostas foram cumpridas totalmente, parcialmente ou se não foram cumpridas. Métodos: Os dados foram coletados na Secretaria de Saúde do Município, através do estudo dos Instrumentos de Gestão do SUS (Plano de Saúde, Programações Anuais de Saúde e Relatórios Anuais de Gestão) e de atas de reuniões com a Equipe de Atenção Básica à Saúde. Resultados: Das 21 metas propostas no Plano de Saúde, a maioria foi atingida durante o período de execução do Plano de Saúde, atestando um desempenho satisfatório da Gestão da Saúde Pública em Alto Alegre/RS. Conclusão: O valor orçado para desempenhar as funções e atingir os objetivos propostos no Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais ficou aquém do necessário para a realização da missão, em três dos quatro anos em estudo.

Palavras-Chave: Gestão em Saúde. Instrumentos de Gestão. Gestão em Saúde. Administração Pública.

VIVIANE COLETTI DA SILVEIRA

### **JUDICIALIZAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA: UMA ANÁLISE DOS PROCESSOS ENCAMINHADOS PARA A SECRETARIA DE SAÚDE MUNICIPAL DE SANTANA DO LIVRAMENTO EM 2018**

Introdução: Existe um descompasso entre a capacidade de oferta de serviços/tratamentos e a demanda pelos mesmos, de forma que os cidadãos recorrem à justiça em busca de acesso ao cuidado em saúde. Objetivo: Identificar o impacto da judicialização a partir das demandas judiciais encaminhadas para a Secretaria Municipal de Saúde de Santana do Livramento/RS. Métodos: Dados foram coletados por meio de documentos e aplicação de um questionário junto à Secretaria Municipal de Saúde de Santana do Livramento/RS, e pela coleta de notícias veiculadas na mídia acerca do tema da judicialização em saúde. Resultados: Identificada a inexistência de monitoramento sistemático das informações sobre as demandas judiciais por parte a Secretaria Municipal de Saúde, o que impossibilita o conhecimento real sobre as causas e o impacto das mesmas para o município.

Palavras-chave: Saúde pública. Administração Pública. Gestão em Saúde.

VIVIANE DA CUNHA DUTRA

### **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA COINFECÇÃO TUBERCULOSE E HIV NAS CAPITALS DA REGIÃO SUL NO PERÍODO DE 2008 A 2018**

Introdução: Este trabalho aborda a convergência da infecção por tuberculose (TB) e HIV, a qual é chamada de coinfeção. Segundo estimativas da OMS, o Brasil é o país com o maior número de casos na América Latina e está entre os dezesseis países no mundo com mais casos de TB. Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico dessa coinfeção nas capitais da região sul do Brasil, que apresenta o terceiro maior número de municípios prioritários para controle da tuberculose, conforme o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). Métodos: Coleta de dados contidos na base de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), do Ministério da Saúde, disponibilizados pelo DATASUS (Departamento de Informática do SUS), no período de 2008 a 2018. Sugere-se o desenvolvimento de ações de gestão para a qualificação da oferta do cuidado à população residente nas capitais da região sul do Brasil, objetivando a melhora dos índices de cura e redução das taxas de abandono e óbito pela coinfeção.

Palavras-chave: Coinfeção TB/HIV. Indicadores de Saúde. Gestão em saúde.

VIVIANE MOSNA DEMOLY

### **A TERCEIRIZAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS NO SUS - UMA ANÁLISE DAS CONTRATAÇÕES DE EMPRESAS TERCEIRIZADAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS EM PORTO ALEGRE**

Introdução: Este trabalho teve como objeto a análise da Terceirização dos Serviços Médicos no município de Porto Alegre, RS. Busca responder quais as razões que levaram a administração municipal de Porto Alegre a contratar os serviços médicos e quais as consequências em termos de qualidade dos serviços prestados à população. Métodos: Pesquisa documental de editais de concursos públicos, dos contratos terceirizados de serviços médicos, disponíveis no Portal da Transparência e dos Relatórios de Gestão Municipal. Também foi realizada pesquisa junto aos profissionais médicos terceirizados, servidores e gestores que atuam nos Pronto Atendimentos Cruzeiro do Sul, Lomba do Pinheiro e Bom Jesus, com objetivo de conhecer o perfil desses profissionais terceirizados e o posicionamento dos gestores/servidores que atuam diretamente com a questão da terceirização. Resultados: A dificuldade que a Administração Municipal possui em repor seu quadro no quantitativo necessário é em virtude, principalmente, da baixa remuneração salarial paga aos profissionais médicos e também uma opção da gestão municipal. Conclusão: A terceirização, apesar de ser uma realidade, dever ser melhor avaliada, principalmente, quando se trata de prestação de serviços essenciais à população.

Descritores: Gestão em Saúde. Recursos Humanos em Saúde. Administração Pública.

WESLEY DA SILVA FERREIRA

### **ANÁLISE DA DEMANDA E OFERTA DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA NO MUNICÍPIO DE IMBÉ/RS**

Introdução: O município de Imbé conta com um serviço de fisioterapia ambulatorial estruturado em um Centro de Fisioterapia, ao qual acolhe todos procedimentos fisioterapêuticos do município. Objetivo: Descrever a relação entre oferta e demanda do serviço de fisioterapia do município de Imbé no biênio 2017-2018. Métodos: emprego de dados como total de encaminhamentos pendentes, vagas ofertadas e número de profissionais fisioterapeutas contratados no Centro de Fisioterapia. Resultados: Foram observados no ano de 2017 um total de 516 encaminhamentos médicos, 501 vagas ofertadas, 254 desistências e 179 encaminhamentos pendentes ao fim do ano. Já em 2018 foram 596 encaminhamentos médicos, 473 vagas ofertadas, 118 desistências e ao fim do ano 185 encaminhamentos pendentes. Conclusão: Foi constatado um déficit entre demanda e oferta.

Palavras-chave: Fisioterapia. Sistema Único de Saúde. Gestão em Saúde



O Programa Nacional de Formação em Administração Pública (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 Universidade Aberta do Brasil (UAB).

Neste livro estão versões de trabalhos de conclusão do Curso de Especialização em Gestão em Saúde, ofertado em 11 polos no Rio Grande do Sul (RS), 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.

