



Caderno de Estudo

Ministério da Saúde

Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz

PRESIDENTE

Mario Moreira

DIRETOR DA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA – ENSP

Marco Antonio Carneiro Menezes

VICE-DIRETORA DE ENSINO – VDE/ENSP

Enirtes Caetano Prates Melo

COORDENADOR DE DESENVOLVIMENTO EDUCACIONAL E EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA – CDEAD/ENSP

Mauricio De Seta

COORDENADORAS DA UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL NA FIOCRUZ – UAB/CDEAD/ENSP

Ana Paula Abreu-Fialho

Henriette dos Santos

Curso Gestão em Saúde

NÚCLEO DE COORDENAÇÃO

Clayre Maria Bomfim Lopes

Gisele Pinto de Oliveira

Moacyr Torres Junior

Vanessa Costa e Silva

ASSESSORES NA CRIAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PROCESSOS EDUCATIVOS E MATERIAIS DIDÁTICOS

Fabio Peres

Marisa Teixeira Silva – até 2016

Mônica de Rezende – até 2017

Sheila Torres Nunes – até 2014

ASSESSOR NA FORMAÇÃO DOCENTE

Moacyr Torres Junior

Ministério da Educação

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes

DIRETORIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA – DED

Universidade Aberta do Brasil – UAB



Gestão em Saúde

Caderno de Estudo

Clayre Maria Bomfim Lopes
Pedro Ribeiro Barbosa
Vanessa Costa e Silva
Organizadores

1ª edição – 2018 | 2ª edição – 2023

DESIGN INSTRUCIONAL

Ilene Figueiredo Pessoa – UVA
Wagner Germano Arnays Destro – UVA

REVISÃO METODOLÓGICA

Fabio Peres
Marisa Teixeira Silva
Sheila Torres Nunes

REVISÃO DE CONTEÚDO

Clayre Maria Bomfim Lopes
Gisele Pinto de Oliveira
Helena Maria Seidl Fonseca
Márcia Cristina Cid Araújo
Moacyr Torres Junior
Priscilla Caran Contarato
Tereza Cristina Ramos Paiva
Vanessa Costa e Silva

REVISÃO DE TEXTO E DE REFERÊNCIAS

Maria Auxiliadora Nogueira
Selma Monteiro Correia
Simone Teles
Sonia Kritz

REVISÃO EDITORIAL

Andréia Amaral
Christiane Abbade

PROJETO GRÁFICO

Eduardo Morcillo
Jaime Vieira
Jonathas Scott

CAPA, EDITORAÇÃO ELETRÔNICA E TRATAMENTO DE IMAGEM

Jaime Vieira

Material elaborado de acordo com a Política de Acesso Aberto ao Conhecimento da Fiocruz. Os textos desta publicação podem ser copiados e compartilhados, desde que não sejam utilizados para fins comerciais, seja citada a fonte e atribuídos os devidos créditos.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

L864c Lopes, Clayre Maria Bomfim (Org.).
Caderno de estudo: curso Gestão em Saúde / organizado por Clayre Maria Bomfim Lopes, Pedro Ribeiro Barbosa e Vanessa Costa e Silva. 2. ed. – Rio de Janeiro, RJ: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP, Fiocruz, 2023.

219 p. : PDF ; 4545 kb

ISBN: 978-85-8432-105-6

Inclui Bibliografia.

1. Atenção à Saúde. 2. Gestão em Saúde. 3. Políticas, Planejamento e Administração em Saúde. 4. Recursos em Saúde - organização & administração. 5. Qualidade da Assistência à Saúde. 6. Vigilância em Saúde Pública. 7. Educação a Distância. 8. Aprendizagem. I. Barbosa, Pedro Ribeiro (Org.). II. Silva, Vanessa Costa e (Org.). III. Título.

CDD – 23.ed. – 362.1068

Como referenciar a obra segundo a ABNT

LOPES, Clayre Maria Bomfim; BARBOSA, Pedro Ribeiro; SILVA, Vanessa Costa e (org.). *Caderno de Estudo: Gestão em Saúde*. Rio de Janeiro: CDEAD/ENSP/Fiocruz, 2023.

2023

Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca – CDEAD/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 – Prédio Professor Joaquim Alberto Cardoso de Melo
Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ
CEP 21041-210
www.ead.fiocruz.br



Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.

Cora Coralina

Autores

Adolfo Horácio Chorny

Administrador de empresas pela Universidade Estácio de Sá. Atualmente é professor titular de planejamento em saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Tem experiência na área de saúde coletiva, com ênfase em saúde pública.

Lenice Gnocchi da Costa Reis

Médica; doutora em saúde coletiva pela ENSP/Fiocruz. Pesquisadora da ENSP. Suas atividades concentram-se nas áreas de planejamento em saúde, avaliação de tecnologias em saúde, avaliação da qualidade de serviços de saúde, segurança do paciente e vigilância sanitária. Atua na formação de profissionais nesses temas. Coordena o Curso Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente (CDEAD/ENSP). Docente do Programa de Pós-Graduação.

Margareth Portela

Engenheira elétrica pela Universidade Federal da Bahia, tendo realizado estágio sênior (Programa Ciências sem Fronteiras – Capes) na Universidade de Leicester, Inglaterra, com vínculo de Honorary Visiting Fellow e atuação no campo da Ciência da Melhoria de Qualidade (Improvement Science); pós-doutora pela Medical University of South Carolina; doutora em Health Policy and Administration, pela University of North Carolina at Chapel Hill; mestre em engenharia biomédica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. É pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz, lotada na ENSP/Fiocruz, como docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e, entre 2006 e 2013, exerceu a função de vice-diretora de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico. Tem ampla experiência na área da avaliação em saúde. A sua produção contempla o SUS e o Sistema de Saúde Suplementar no Brasil.

Maria Angelica Borges dos Santos

Médica pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro; doutora em saúde pública pela ENSP/Fiocruz; mestre em saúde pública, na área de concentração de planejamento e gestão de sistemas e serviços de saúde, pela ENSP/Fiocruz; especialista em gestão hospitalar. Atualmente está lotada no Núcleo de Tecnologia e Logística em Saúde da ENSP/Fiocruz. Tem experiência em gestão de serviços, ensino e pesquisa em saúde, com ênfase nas áreas de saúde pública, tradução médica, planejamento, gestão e avaliação de serviços e tecnologias de saúde, logística em saúde, assistência farmacêutica, contabilidade em saúde e economia da saúde.

Maria Infante

Graduada em ciências econômicas pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; mestre em planejamento urbano pela Universidade de Sheffield, Grã-Bretanha, e pelo Council of National Academic Awards (CNAA), Reino Unido. Atualmente é tecnologista sênior da Fundação Oswaldo Cruz. Desenvolve atividades de coordenação, docência, pesquisa e assistência/cooperação técnica bem como elaboração de material didático para a área de gestão de processos e recursos em Unidades de Saúde: Unidades Básicas e Unidades Hospitalares. Tem experiência na área de gestão hospitalar, principalmente com planejamento de unidades de saúde, logística de materiais médico-hospitalares, sistema de gestão de operações em saúde, com ênfase em gerenciamento e logística da cadeia de suprimentos de materiais médico-hospitalares.

Maria Zélia de Almeida Souza

Administradora pública pela Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas do Rio de Janeiro (Ebape/FGV-RJ); doutora em engenharia de produção pela Universidade Federal de São Carlos (SP); mestre em administração pela Ebape/FGV-RJ. Atualmente é professora convidada pela FGV Management e da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Tem experiência na área de administração, com ênfase em administração, lidando principalmente com aspectos relativos a salário, remuneração, carreiras e gestão de pessoas.

Marismary Horsth De Seta

Enfermeira; doutora em saúde coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Professora da ENSP/Fiocruz. Tem experiência na área de saúde coletiva, com ênfase em vigilância sanitária; gestão de serviços e sistemas de saúde; processos educativos; relações intergovernamentais e federalismo. Curadora da Mostra Cultural Vigilância Sanitária e Cidadania. Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da ENSP/Fiocruz.

Maura Taveira

Médica pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, fez residência médica na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Atualmente é tecnologista da Fiocruz. Atua nas áreas de planejamento, organização e gestão de sistemas de serviços de saúde; em projetos de assessoria técnica nas áreas de planejamento, organização e gestão de serviços e na implementação de sistemas gerenciais de apuração de custos em saúde.

Mônica Martins

Nutricionista pela Universidade Federal do Rio de Janeiro; doutora em Santé Publique Option Organisation des Soins, pela Université de Montreal – Canadá; mestre em saúde pública pela Fundação Oswaldo Cruz; estagiária sênior na École de Hautes Études e Santé Publique (EHESP) da França, como bolsista do Programa Ciências sem Fronteiras (Capes). Pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz. Experiência com pesquisa e ensino na área de saúde coletiva, com ênfase em avaliação de serviços de saúde, atuando principalmente com qualidade do cuidado, utilização de serviços de saúde, ajuste de risco, mortalidade hospitalar, avaliação de desempenho e segurança do paciente.

Priscilla Caran Contarato

Cirurgiã-dentista sanitaria; doutora e mestre em saúde pública pela ENSP/Fiocruz. Atuou como orientadora de aprendizagem nos cursos de especialização em Gestão em Saúde e em Gestão de Redes de Atenção à Saúde da Fiocruz. Foi coordenadora do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica do Ministério da Saúde nos ciclos 1 e 2, no estado do Espírito Santo. Atua na tutoria do Curso Gestão em Saúde e em projetos de pesquisa nas áreas de atenção básica, planejamento e gestão.

Rosana Kuschnir

Médica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro; doutora em planejamento e políticas de saúde pelo Instituto de Medicina Social (IMS/Uerj); mestre em gestão de serviços de saúde, Health Services Management Centre, Universidade de Birmingham, Inglaterra (1992). Atualmente trabalha nas áreas de ensino, pesquisa e assessoria técnica/cooperação da ENSP/Fiocruz e coordena o Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Tem experiência nas áreas de planejamento, programação e gestão de sistemas de saúde e organização de serviços de saúde e de redes assistenciais.

Tereza Paiva

Psicóloga sanitaria; mestre em gestão do trabalho e educação em saúde pela ENSP/Fiocruz. Tecnologista em saúde; professora e pesquisadora aposentada pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). Principais temas de estudo: planejamento em saúde; gestão dos serviços e sistemas de saúde; e gestão do cuidado em saúde.

Vanessa Costa e Silva

Odontóloga sanitária. Foi diretora de planejamento na Secretaria Municipal de Saúde de Vitória. Doutora em saúde pública pela ENSP/Fiocruz, onde atua como docente, é também assessora da gestão na presidência da Fiocruz.

Vera Lúcia Edais Pepe

Médica; pós-doutora e doutora em medicina preventiva pela Universidade de São Paulo. Pesquisadora da ENSP/Fiocruz. Membro do Comitê Executivo do Rio de Janeiro, do Fórum Nacional de Saúde, do Conselho Nacional de Justiça. Tem experiência na área de saúde coletiva, com ênfase em avaliação de serviços e tecnologias, vigilância sanitária, judicialização da saúde, política de medicamentos e planejamento e gestão da assistência farmacêutica, estudos de utilização de medicamentos e farmacovigilância e eventos de massa. Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da ENSP/Fiocruz.

Vera Lúcia de Souza

Psicóloga pela Universidade Federal do Rio de Janeiro; doutora em engenharia de produção pela Universidade Federal de São Carlos (SP); mestre em administração pela Fundação Getúlio Vargas do Rio de Janeiro (FGV-RJ). Formação em dinâmica de grupo pela Sociedade de Psicanálise, Psicodrama e Dinâmica de Grupo e em Psiconeuroimunologia pelo Instituto de Psiconeuroimunologia, Psicossomática e Stress da Universidade de São Paulo (USP). Atua como consultora na área de RH, particularmente centrada no processo gestão do desempenho humano. Docente de cursos de pós-graduação na FGV-RJ. Terapeuta.

Organizadores

Clayre Maria Bomfim Lopes

Médica; mestre em planejamento em saúde pela ENSP/Fiocruz. Pesquisadora do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Iesc/UFRJ), cedida à Fiocruz.

Pedro Ribeiro Barbosa

Médico; doutor em saúde pública; mestre em administração pública; especialista em planejamento e gestão em saúde. Coordenador do Curso de Especialização em Gestão Hospitalar da ENSP/Fiocruz. Atua como pesquisador e consultor em planejamento de sistemas públicos e privados de saúde, e em gestão hospitalar.

Vanessa Costa e Silva

Colaborador

Moacyr Torres Junior

Odontólogo; doutor em saúde pública pela ENSP/Fiocruz; mestre em saúde coletiva; especialista em saúde coletiva e da família. Atua na área de planejamento e gestão de serviços de saúde, políticas públicas de saúde, educação e saúde. Coordenador da Equipe de Formação Docente da CDEAD/ENSP/Fiocruz.

Sumário

Apresentação	13
---------------------------	-----------

Planejamento em saúde: a organização da rede de serviços

Módulo 1. Organizando redes assistenciais	17
<i>Adolfo Horácio Chorny, Maura Taveira, Priscilla Caran Contarato e Rosana Kuschnir</i>	
Módulo 2. Planejamento em saúde	37
<i>Adolfo Horácio Chorny, Maura Taveira, Priscilla Caran Contarato, Rosana Kuschnir e Vanessa Costa e Silva</i>	
Módulo 3. Momento Explicativo do PES: realizando o diagnóstico da situação de saúde	39
<i>Adolfo Horácio Chorny, Maura Taveira, Priscilla Caran Contarato, Rosana Kuschnir e Vanessa Costa e Silva</i>	
Módulo 4. Os Momentos Normativo, Estratégico e Tático-Operacional do PES: elaboração, análise da viabilidade e gestão do plano	41
<i>Adolfo Horácio Chorny, Maura Taveira, Priscilla Caran Contarato, Rosana Kuschnir e Vanessa Costa e Silva</i>	

Gerência de operações e recursos em saúde

Módulo 1. Introdução às gerências de operações e recursos	45
<i>Maria Angelica Borges dos Santos e Maria Infante</i>	
Módulo 2. Bases e ferramentas da gestão financeira e orçamentária	47
<i>Maria Angelica Borges dos Santos e Maria Infante</i>	
Módulo 3. O gerenciamento das operações de logística de materiais em unidades de atenção à saúde	65
<i>Maria Angelica Borges dos Santos e Maria Infante</i>	

Gestão da qualidade em saúde

Módulo 1. Gestão da clínica	85
<i>Margareth Portela e Mônica Martins</i>	
Módulo 2. Utilização de serviços de saúde: principais conceitos	87
<i>Margareth Portela e Mônica Martins</i>	
Módulo 3. Avaliação de serviços de saúde: conceitos básicos	99
<i>Margareth Portela e Mônica Martins</i>	
Módulo 4. Instrumentos e práticas de gestão da clínica em serviços de saúde	113
<i>Margareth Portela e Mônica Martins</i>	

Vigilâncias em saúde

Módulo 1. A vigilância em saúde e as vigilâncias do campo da saúde 141
Marismary Horsth De Seta, Lenice G. da Costa Reis e Vera Lúcia Edais Pepe

Módulo 2. Os Sistemas Nacionais das Vigilâncias e a Política Nacional de Vigilância em Saúde 163
Marismary Horsth De Seta, Lenice G. da Costa Reis e Vera Lúcia Edais Pepe

Desafios contemporâneos em gestão

Módulo 1. Desafios da gestão do trabalho em saúde 189
Maria Zélia de Almeida Souza, Vera Lúcia de Souza e Tereza Paiva

Módulo 2. Novas exigências da gestão em saúde 191
Maria Zélia de Almeida Souza, Vera Lúcia de Souza e Tereza Paiva

Referências 208



Apresentação

Olá, estudante,

É com imensa satisfação que o(a) recebemos no Curso de Gestão em Saúde.

Nos próximos meses estaremos juntos(as), compartilhando ideias, experiências e aprofundando conhecimentos sobre a área da gestão em saúde em nosso país. As ferramentas de gestão que você irá conhecer e se apropriar são úteis para a instituição de atividades coordenadas e a melhoria na estruturação dos processos cotidianos do trabalho em saúde.

Temos certeza de que será um período de muito enriquecimento, porque partimos do pressuposto que você é um(a) agente que constrói conhecimentos e transforma a realidade. Ou seja, os serviços de saúde são locais estratégicos de produção de conhecimento. Nessa perspectiva, o curso buscará fomentar seu conhecimento metodológico, o desenvolvimento do seu potencial analítico e sua capacidade de reflexão crítica. Essa construção só é possível com a parceria entre instituições acadêmicas e gestores; assim, a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes/MEC) pretendem promover esse círculo virtuoso de qualificação profissional e melhoria da atenção à saúde.

A partir dessas premissas iniciais, apresentamos este Caderno de Estudo. Seu objetivo é complementar o material instrucional do curso, que, em sua maioria, se encontra no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA). Como já foi explicitado no material *Informações sobre o curso Gestão em Saúde*, algumas unidades de aprendizagem têm seu conteúdo virtual complementado pelo material impresso neste caderno. A dinâmica do curso vai conduzi-lo(a) de maneira prática, remetendo-o(a) às duas formas de conteúdo adotadas.

As unidades que têm conteúdo complementar neste caderno são as seguintes:

- Unidade 3 – Planejamento em saúde: a organização da rede de serviços
- Unidade 5 – Gerência de operações e recursos em saúde
- Unidade 6 – Gestão da qualidade em saúde
- Unidade 7 – Vigilâncias em saúde
- Unidade 8 – Desafios contemporâneos em gestão

Nesta formação optamos por dar ênfase a concepções e práticas locais de uma gestão em saúde abrangente, ou seja, que independe do nível de complexidade do serviço em que você está inserido(a). O desenho curricular está baseado nos referenciais da educação por competências, entendendo por competência a capacidade de articular, mobilizar e colocar em prática valores, conhecimentos, habilidades e atitudes necessários ao adequado desempenho de atividades requeridas pela natureza do trabalho. Pretendemos formar lideranças aptas a exercer atividades de gestão em saúde, promover o trabalho em equipe e o diálogo entre profissionais e docentes, articulando elementos da educação, da atenção e do fomento de evidências científicas para tomada de decisões na gestão do cuidado em saúde. Damos, assim, início a essa nova jornada, e desejamos a todos e todas uma excelente caminhada!

Clayre Maria Bomfim Lopes

Gisele Pinto de Oliveira

Moacyr Torres Junior

Vanessa Costa e Silva

Núcleo de coordenação



Planejamento em saúde: a organização da rede de serviços

Módulo 1

Organizando redes assistenciais

Adolfo Horácio Chorny, Maura Taveira, Priscilla Caran Contarato e Rosana Kuschnir

Este módulo está organizado nos seguintes temas:

Tema 1.1 – Configuração de redes de atenção: conceitos fundamentais

Tema 1.2 – Configuração de redes de atenção: funções e perfis assistenciais

Tema 1.3 – Articulação entre os níveis, definição de perfis e regulação

Tema 1.4 – Organização de linhas de cuidado

Tema 1.5 – Refletindo sobre os investimentos em redes de serviços

Tema 1.6 – Constituição dos mecanismos de gestão de redes

Tema 1.7 – Planejamento do SUS para organização das redes de atenção

Tema 1.1

Configuração de redes de atenção: conceitos fundamentais

Continuando a análise que estávamos fazendo no ambiente on-line, podemos dizer que, além de evitar a ociosidade dos serviços, duas outras questões embasam a necessidade de concentrar processos de produção de cuidados de maior densidade tecnológica em serviços maiores.

A primeira diz respeito à eficiência – melhor uso dos recursos – e se refere às economias de escala.

Assim, por exemplo, quando se considera um serviço cirúrgico, há que se levar em conta toda a infraestrutura necessária para mantê-lo em funcionamento: o serviço de esterilização, o laboratório, a anatomia patológica, os serviços e contratos de manutenção de equipamentos, etc. Boa parte desses gastos, inclusive os de pessoal, é fixa, ou seja, não varia com a produção. Portanto, manter uma sala cirúrgica para realização de processos complexos é relativamente mais caro do que manter



Os temas deste módulo deverão ser estudados tanto neste Caderno de Estudo quanto no AVA.

As atividades práticas do módulo deverão ser realizadas naquele ambiente.

Em ambos os meios (on-line e impresso), haverá instruções precisas a respeito do que você deverá fazer a cada momento.

Comece sempre o estudo de cada módulo e tema pelo AVA.

Agora, para iniciar seu estudo deste módulo, passe para o AVA e leia a introdução do Módulo 1.

duas. Assim como manter uma UTI com dois leitos é relativamente mais caro que manter uma UTI com cinco leitos. Consideradas sob as mesmas condições e mantidas todas as outras variáveis, o custo médio dos procedimentos na primeira será maior que na segunda.

A segunda questão diz respeito à qualidade.

Para os serviços de maior complexidade, o maior volume da produção está relacionado à melhor qualidade. Dessa forma, em um serviço de cirurgia cardíaca que realiza um procedimento por semana, as dificuldades são maiores para manter a expertise da equipe do que em um centro que realiza cinco cirurgias por dia. Não por acaso, para que um serviço possa se tornar um centro formador de recursos humanos, é necessária uma produção mínima que permita o treinamento.

Mantendo o exemplo, um número suficiente de casos de neurocirurgia eletiva só é gerado por uma população muito maior do que a necessária para gerar casos de gripes, diarreias e crises hipertensivas. Portanto, para que seja possível oferecer serviços mais complexos sem risco de ociosidade, beneficiando-se de economias de escala e mantendo a qualidade, é necessário que estes se refiram a populações bem mais amplas do que os serviços cuja função se limita à atenção às patologias mais comuns.

Na medida em que a equidade – da qual a igualdade de acesso é uma das dimensões – é um dos princípios do sistema, centralizar os serviços mais complexos é a única forma de garantir o acesso a todos que deles necessitem.

Esta, portanto, é a base da proposta de bases populacionais diferentes para diferentes serviços e de uma rede de serviços hierarquizada, no sentido de regulação das referências de um nível para outro.

A rede constitui-se num conjunto de unidades de diferentes perfis e funções, organizadas de forma articulada, responsáveis pela provisão integral de serviços de saúde à população de sua região.

Para que efetivamente seja constituída uma rede, duas questões são centrais:

1. a responsabilização pela atenção ao paciente; e
2. a articulação entre as unidades deve ser efetiva, para garantir não apenas o acesso nominal, mas a continuidade do cuidado.

A região é a base territorial e populacional com autossuficiência em serviços até o nível de complexidade que se defina. A definição da área geográfica e populacional da região depende da área total; do tamanho de populações; das formas de distribuição e ocupação da área; além das características sociais e culturais.

A região não é criada pelo sistema de saúde.

É, na verdade, o reconhecimento, pelo sistema, de uma região, de um território, que existe no mundo real, que tem base não apenas territorial e populacional, mas também social e cultural.

Nesse mundo real, a população ocupa o espaço de uma determinada maneira e estabelece fluxos e estratégias de acesso aos serviços de saúde. A região pode abranger várias cidades (municípios), englobar uma cidade (município) e sua periferia ou ser parte de uma cidade (município) e pode (ou não) coincidir com a divisão administrativa e política do país ou estado. Pela diversidade encontrada, não é possível pensar um único tamanho ou tipo de região para todo o país.

Um exemplo pode ser encontrado no sistema inglês, o caso clássico de sistema organizado em redes. Embora o distrito inglês (subdivisão da região – microrregião) tenha sido pensado como territórios com algo em torno de 150/200 mil pessoas, na prática, os distritos têm em média 250 mil habitantes, mas podem variar entre 80 e 900 mil.

Esta última observação demonstra uma das mais importantes questões acerca da rede de serviços.

Embora existam princípios gerais, que definem as funções dos diferentes tipos de unidades numa rede, estas não são construídas por meio de modelos rígidos, do tipo “regiões devem ter X habitantes” ou “um hospital de nível secundário deve ser referência para Y pessoas”. Esses parâmetros são, na realidade, orientações gerais a serem adaptadas em cada caso. Assim, um dos maiores desafios do planejamento e da programação é a questão de como traduzir o conceito de “rede de serviços” para uma realidade específica.

Se as regiões (e os distritos) são diferentes, também são diversos o perfil epidemiológico, as demandas e as necessidades.

Por outro lado, para uma mesma necessidade ou um problema de saúde, existem diferentes composições de recursos que resultam em resultados comparáveis, em termos de indicadores de saúde e satisfação do paciente.

Num estudo clássico promovido pela OMS, em 1977, Kerr L. White e colaboradores (1977) estudaram a utilização de serviços em 12 regiões de sete países. Verificaram que, para tratar as mesmas patologias, a composição de recursos muitas vezes era diferente, e os resultados mostraram a possibilidade de substituição entre elas.

De acordo com a oferta, os mesmos tipos de caso eram tratados em ambulatório ou internação, sendo que os resultados ou a aceitação por parte do paciente não mostraram grandes diferenças. A conclusão do estudo foi que “Os resultados sugerem que não há uma maneira ideal de prover serviços de saúde; em vez disso, existem escolhas que o planejador e o formulador de políticas devem fazer para alocação de recursos no atendimento às necessidades.” (WHITE *et al.*, 1977, tradução nossa).

Outra questão central é que, para que se estabeleça uma rede, é necessário que cada nível resolva os problemas que lhe foram atribuídos. Como garantir a capacidade de resolução em cada nível?

É costumeiro encontrar a afirmação de que “a rede básica (ou o primeiro nível, ou a atenção primária) é capaz de resolver 80% (ou 85% ou 90%) dos casos”. No entanto, embora largamente repetida, essa afirmativa está longe de se constituir em verdade absoluta.

O primeiro nível do sistema só será capaz de atender (e resolver) 80% dos casos se estes estiverem claramente explicitados, ou seja, qual a composição desses 80%, quais os recursos necessários para tratá-los, além de se garantir que os serviços estejam organizados e equipados adequadamente.

Na medida em que as condições de vida e saúde são específicas, também o é o perfil epidemiológico. Dessa forma, o que constitui 80% dos casos na Suécia, por exemplo, é absolutamente distinto dos 80% dos casos no interior do Nordeste. Como poderia uma mesma conformação de rede básica – abstrata – dar conta dessas duas realidades?

A respeito do conceito de resolutividade, é importante perceber que a avaliação da capacidade de resolução de problemas de saúde pelos serviços está relacionada à capacidade atribuída a estes para cuidar ou tratar. Se um determinado serviço não tem seu perfil e suas funções previamente definidos e não consegue dar conta dos casos que chegam até ele – muito provavelmente de forma espontânea e sem mecanismos de referência –, não se pode dizer que seja um serviço pouco resolutivo. Na realidade, é um serviço mal planejado.

A única forma de garantir que determinado serviço ou nível de atenção seja resolutivo é partir da definição prévia de quais funções cabem a cada serviço ou nível da rede e o tipo de ações e atividades que devem ser realizados, de modo que os serviços possam ser organizados e equipados para cumpri-las.

Tema 1.2

Configuração de redes de atenção: funções e perfis assistenciais

Este tema está organizado conforme os tópicos a seguir:

- a) O primeiro nível de atenção
- b) O cuidado ambulatorial de especialidades
- c) Os serviços de diagnóstico e de terapia
- d) Os serviços de emergência
- e) Hospitais

Vejamos cada um deles.

a) O primeiro nível de atenção

As funções do primeiro nível de atenção podem ser definidas em três linhas básicas:

- as ligadas a valores: atenção, acolhimento, pertencimento, confiança, responsabilização;
- a produção de ações e serviços, tanto de promoção e prevenção como de tratamento e acompanhamento;
- o ordenamento do sistema (porta de entrada).

Para cumprir essas funções, ou parte delas, diferentes países optam por composições distintas de recursos: generalistas autônomos, generalistas em centros de saúde, equipes em centros de saúde, policlínicas etc., que expressam diferentes formas de articular os recursos e as ações de saúde.

A questão central com relação ao primeiro nível de atenção é que, para cumprir essas funções, este deve ser dotado de complexidade – que não se expressa necessariamente em equipamentos, mas na qualidade dos

recursos humanos – e de articulações funcionais que garantam acesso aos demais níveis do sistema.

Uma das questões centrais que influenciam a baixa capacidade de resolução de problemas do primeiro nível é a noção de que é possível resolver a maior parte dos problemas de saúde apenas por meio de medidas de promoção da saúde e de prevenção. Isso pode ser verdade para determinados perfis epidemiológicos ligados à extrema pobreza e caracterizados por doenças infecciosas e parasitárias. Mas, no que diz respeito às doenças crônico-degenerativas – as cardiovasculares, o diabetes e algumas neoplasias –, a prevenção implica mudanças muito mais complexas, relacionadas ao estilo de vida, como controle da dieta e do estresse e a adoção de exercícios. Em outros casos de doenças altamente prevalentes, como o câncer de mama, por exemplo, pouco ainda se sabe sobre as possíveis medidas de prevenção.

Portanto, para a resolução de boa parte dos casos mais comuns que se apresentam ao sistema de saúde, não bastam as medidas preventivas, mas são necessários também o tratamento e o acompanhamento, muitas vezes com necessidade de medicamentos e o seguimento de exames laboratoriais e de imagem. Quando o primeiro nível não cumpre esse papel, a única opção que resta ao paciente é buscar o serviço de emergência.

Assim, a proposta de montagem de um nível primário de muito baixa densidade tecnológica implica que este não seja capaz de resolver praticamente nenhum problema, ficando longe da meta dos 80% dos problemas de saúde de uma população, transformando-se, quando muito, em mero mecanismo de triagem.

b) O cuidado ambulatorial de especialidades

O modelo tradicional é o de especialidades/serviços cujo acesso se dá por referência a partir do primeiro nível – por isso, são denominados “cuidado secundário” –, por meio do estabelecimento de listas de espera. Na medida em que existem diferentes definições acerca de quais especialidades devem ser ofertadas no primeiro nível, também existem diferentes composições de especialidades no nível secundário ambulatorial.

Em cada caso, as definições sobre a composição da oferta em cada nível levam em conta o tamanho da população e a densidade demográfica, o perfil epidemiológico e os recursos disponíveis. Assim, quando se trata de territórios amplos de grande concentração populacional, como as regiões metropolitanas, há que se considerar que determinadas especialidades para as quais exista maior demanda – cardiologia, neurologia,

oftalmologia, por exemplo – devam ser ofertadas no primeiro nível, garantindo resolutividade e evitando criar barreiras de acesso.

Da mesma forma, há diferentes modos de organizar a atenção ambulatorial especializada, que tanto pode ser ofertada em hospitais como em unidades ambulatoriais autônomas, do tipo policlínicas, por exemplo. Dependendo da especialidade, e considerando o equipamento necessário e o número de especialistas existentes, será necessária maior ou menor concentração de recursos.

Novas formas de produção do cuidado vêm modificando tanto a provisão de ambulatório especializado como as características do hospital. Vem se observando grande expansão do nível de cuidado ambulatorial, tanto pela transferência de casos que anteriormente seriam tratados por meio de internação hospitalar como pela incorporação de novas tecnologias. O ambulatório vem incorporando procedimentos complexos, e, com o desenvolvimento de técnicas anestésicas e de cirurgia minimamente invasiva, vários procedimentos não requerem mais internação.

c) Os serviços de diagnóstico e de terapia

Os serviços de diagnóstico e terapia são comumente denominados “auxiliares” na prestação de serviços clínicos. Englobam o diagnóstico laboratorial clínico, de anatomia patológica e de imagem. Os de terapia mais comumente referidos são os de quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e hemoterapia.

Embora muitas vezes referidos como um grupo aparentemente homogêneo, cada um desses tipos de serviço insere-se de forma distinta no processo de cuidado.

Os serviços de laboratório de análises clínicas podem ser organizados de forma centralizada, ou cada unidade pode dispor de seu próprio laboratório, a forma mais tradicional encontrada em serviços públicos. O fato de ser o mais usualmente encontrado não significa que seja a forma mais racional de organização desses serviços.

Não por acaso a centralização da realização de exames, com coleta descentralizada, é a forma de organização do setor privado, já que permite o benefício das economias de escala. Isso porque os equipamentos são capazes de produzir muito mais exames que a maior parte das unidades é capaz de gerar individualmente. E muitos dos insumos estão disponíveis em kits que se destinam a um grande número de procedimentos, deixando duas opções: ou abre-se o kit para a realização de um exame

e perde-se o restante do material, ou o paciente deve aguardar até que apareçam outros casos e o kit possa ser aberto. Nenhuma das opções parece razoável, evidentemente.

Portanto, com exceção de unidades que disponham de serviços de emergência e que evidentemente devem dispor de laboratórios adequados ao seu nível de complexidade, boa parte dos exames gerados pelos serviços de uma rede podem ser realizados em serviços centralizados, geridos de forma independente e mais eficiente e com coleta do material realizada na unidade de origem, dispensando o deslocamento do paciente.

Os serviços de diagnóstico por imagem são outro tipo de serviço que se beneficia enormemente das economias de escala. Os equipamentos, em geral bastante caros, apenas se pagam se funcionarem em plena capacidade potencial, vários turnos ao dia e, em alguns casos, se possível, durante 24 horas ao dia. Os recursos humanos, tanto para a realização do exame como para a leitura de resultados, são especializados, raros e se beneficiam de um volume de produção maior para manutenção da qualificação. Os insumos necessários são caros, e é possível obter melhores preços por meio de compras centralizadas. Da mesma forma, os prédios para abrigá-los e os equipamentos devem manter contratos de manutenção permanentes.

Todas essas características apontam para a proposta de centralização da produção desses serviços em unidades maiores – Centros Integrados de Diagnóstico –, com mecanismos de gestão próprios, inclusive com a possível adoção de formas específicas de pagamento. Essas unidades poderiam funcionar em horários muito mais amplos que os normalmente adotados pelas unidades de saúde, permitindo a otimização da utilização dos recursos e a ampliação do acesso.

Já os serviços de anatomia patológica funcionam com uma lógica um pouco distinta. São fundamentais para o estabelecimento do diagnóstico e a definição do estágio de diversas patologias, em especial no campo da oncologia, e pressupõem recursos humanos extremamente especializados – e muitas vezes escassos, mesmo nos grandes centros urbanos. Esses profissionais, diferentemente do caso da análise clínica, fazem parte da equipe de cuidado ao paciente, e sua articulação com os demais profissionais envolvidos é fundamental para a definição do caminho do tratamento a ser seguido.

Esses serviços são dirigidos a bases populacionais mais amplas que os serviços de laboratórios clínicos, e, da mesma forma, há distinção de níveis de complexidade de equipamentos, insumos e recursos humanos

para a realização de diferentes exames. Assim, cabe avaliar, para cada caso, que tipos de exame serão centralizados em um único serviço de referência. A própria coleta do material e sua preparação para a realização do exame é complexa, assim como sua interpretação, o que pode ser constatado pelos inúmeros problemas observados para coleta adequada do material e interpretação do resultado dos exames colposcitológicos para controle do câncer de colo do útero.

Com relação aos serviços de terapia, sua articulação na rede deve ser pensada de outra maneira. Sua característica é a realização de procedimentos que fazem parte de um processo de cuidado, mas que, na verdade, se constituem em subprocessos – como as sessões de quimioterapia, radioterapia ou hemodiálise. Os dois primeiros são parte da atenção ao paciente oncológico, e o terceiro, ao paciente renal crônico. No entanto, diferentemente dos serviços diagnósticos, esses procedimentos são parte integrante do cuidado.

O sistema de pagamento por procedimentos – especialmente, quando se trata de procedimentos muito dispendiosos – tende a estimular a constituição de serviços de terapêutica “independentes” ou isolados que, neste caso, contribuem para a fragmentação do cuidado e não permitem a responsabilização pelo cuidado integral ao paciente.

d) Os serviços de emergência

A definição do que sejam casos de emergência e de urgência tem variado e é pouco precisa.

De forma geral, as **emergências** são definidas como “condições de agravo à saúde que impliquem risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato”. As **urgências** são definidas como “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1995).

Tanto as urgências como as emergências podem ser oriundas de trauma (causas externas) ou de situações clínicas (infarto agudo do miocárdio, apendicite aguda etc.).

Mesmo considerando a imprecisão das definições, é sabido que a maioria dos casos atendidos em serviços de emergência não constitui emergências ou urgências. Essa é uma realidade não apenas no Brasil. Estudos mostram que isso também acontece em países como Dinamarca, Suécia, Nova Zelândia, Estados Unidos e Reino Unido, entre outros, ainda que com percentuais bem mais baixos que os nossos.

Caberia questionar: quais as necessidades que estão sendo atendidas pelo setor de emergência e que não o estão sendo em outros níveis do sistema?

A primeira diz respeito ao **acesso**, compreendido como entrada no sistema a qualquer momento, com certeza de ser atendido. Isso é particularmente importante quando há insuficiência na atenção primária – como no caso brasileiro.

Em países com rede estabelecida, como a Inglaterra, uma necessidade importante é a **escolha**. Uma vez inscrito com o médico clínico generalista, o paciente deve permanecer com esse médico por um período de tempo definido (em geral, no mínimo um ano) e qualquer consulta a outro médico depende de referência; então, o serviço de emergência é procurado quando o paciente sente necessidade de uma segunda opinião.

Para que o problema da utilização dos serviços de emergência por casos que não tenham indicação para tal seja equacionado, existem diferentes estratégias.

A primeira, certamente, é a organização do primeiro nível de atenção, mas de forma que este contemple o problema do acesso. Um serviço de primeiro nível cujo acesso é determinado por um número limitado de senhas distribuídas pela manhã ou cujo funcionamento se dá num horário restrito, na prática, está impondo barreiras de acesso que levarão, inevitavelmente, à procura pelos serviços de emergência.

Além de um primeiro nível que garanta capacidade de resolução e acesso, existem outras estratégias para racionalizar a atenção às urgências e emergências. Por exemplo, a instituição de: centros de tratamento de trauma sem severidade; serviços para o tratamento das urgências; serviços de aconselhamento por telefone; atendimento domiciliar de urgência etc.

O atendimento às emergências é composto por atendimento pré-hospitalar, hospitalar e de reabilitação. O atendimento pré-hospitalar pode ser organizado de várias formas. Em alguns países, a ênfase é ampliar o tratamento pré-hospitalar de modo a evitar, sempre que possível, que o paciente chegue ao hospital. Em outros casos, o tratamento pré-hospitalar consiste apenas numa triagem e no transporte para os hospitais.

Os serviços de emergência podem ser organizados de diferentes maneiras. Uma opção é a concentração de todos os tipos de casos em um só serviço. Outra é a organização de serviços diferenciados por tipo de emergência, na medida em que o processo de produção do cuidado aos diversos tipos de emergência é bastante diferente.

Dependendo do número de casos, uma proposta é a separação dos casos de trauma. Os centros de trauma, em geral, são serviços de hospitais gerais, especializados em tratar os casos de trauma severo. Em alguns centros, os pacientes de trauma são separados em enfermarias e UTI especiais.

O principal diferencial do centro de trauma são os recursos humanos especializados e com vasta experiência no cuidado a pacientes politraumatizados graves. Pelo próprio peso da estrutura necessária, pelo perfil dos recursos humanos, e por ser uma área em que o volume de produção está relacionado à qualidade, a organização de centros de trauma só se justifica para bases populacionais maiores e com grande número de casos.

Outra questão são as emergências clínicas. Muitos casos não chegam a ser emergências; parte deles são casos crônicos que se tornam agudos, necessitando de internação clínica; outros são casos que necessitam de observação; e outros, ainda, são efetivamente emergências, como o coma diabético. Cada um desses tipos de problema poderia ser tratado em diferentes tipos de serviço, ligados à rede do primeiro nível, hospitais gerais com pequenas emergências ou serviços de emergência propriamente ditos.

Um problema central a ser enfrentado é a articulação do serviço de emergência hospitalar com os demais serviços do hospital. Nem todos os hospitais gerais devem dispor, necessariamente, de serviço de emergência – embora todos tenham obrigatoriedade de garantir acesso a seus pacientes em caso de emergência.

Este é apenas um tipo de perfil hospitalar. Ademais, nem todos os serviços de emergência devem atender a todos os tipos de casos. Da mesma forma, o processo de reabilitação, quando necessário, em geral é bastante longo e não necessariamente deveria ser realizado inteiramente no hospital geral, podendo o paciente ser transferido para serviços especificamente criados e vinculados ao hospital de origem do paciente.

Concentrar todas as emergências num só hospital pode simplificar a organização dos demais serviços hospitalares, mas, em razão das especificidades do processo de atenção a cada tipo de emergência e dependendo do volume de casos, isso pode gerar serviços que se tornam abarrotados de pacientes, sem condições de cumprir todas as funções que lhes são propostas.

e) Hospitais

As funções do hospital podem ser definidas como o cuidado ao paciente relativo a internação cirúrgica eletiva, internação clínica, cuidado ambulatorial, emergência e reabilitação.

Para além de suas funções assistenciais, o hospital exerce muitas outras, que o tornam uma instituição extremamente complexa. Por exemplo: ensino, pesquisa, assistência social, fonte de emprego, legitimação, poder político e base para o poder corporativo.

As características dos outros componentes da rede definem e redefinem os hospitais. Em especial, as características do primeiro nível de atenção – o nível de cobertura alcançado, acessibilidade, grau de resolubilidade – determinam em boa parte a demanda que será gerada para o cuidado realizado nos hospitais, o qual, por sua vez, também irá mudando com a incorporação de novas tecnologias.

Um exemplo é o advento da terapia para tuberculose, que levou ao fechamento de milhares de leitos e à extinção de um tipo de hospital. Existem diferentes tipos de classificação de hospitais, que consideram distintas dimensões. Uma forma de classificá-los é a partir da consideração de seu grau de complexidade: num extremo, estão os hospitais de ensino e, no outro, pequenos hospitais locais, gerando a classificação hierárquica tradicional de cuidado terciário, cuidado secundário e hospitais comunitários. Outra dimensão considera os hospitais gerais e especializados, ou ainda a localização ou características organizacionais (único ou múltiplo).

Nenhuma classificação dá conta de todas as dimensões, e todas as classificações apresentam algum grau de limitação, especialmente as de definição hierárquica do cuidado, já que a fronteira entre hospitais de nível secundário e terciário é cada vez mais difícil. Em alguns casos, por exemplo, o hospital de nível secundário é organizado em clínicas cirúrgicas especializadas, enquanto em outros o cirurgião geral acumula as mesmas funções.

Com a crescente especialização, torna-se impossível definir uma única base populacional para um único modelo de hospital. Cada especialidade se justifica para diferentes bases populacionais. A neurocirurgia, por exemplo, necessita de uma base maior que os serviços de oncologia.

Hospitais terciários vão se diferenciando dentro do grupo: um país pode ter 10 hospitais terciários que ofereçam cirurgia cardíaca para adultos e

só um com cirurgia pediátrica; vários podem fazer transplante renal, e apenas um, o transplante de fígado.

Há uma crescente crítica ao planejamento de hospitais de forma desvinculada dos demais componentes da rede. A definição do componente hospitalar, na realidade, é um jogo entre acesso, qualidade, custo e os recursos existentes.

Para pensar a respeito da administração de hospitais, é necessário considerar os seguintes critérios:

- base populacional;
- distribuição da população;
- perfil epidemiológico;
- função na rede;
- concentração de recursos em função de economias de escala e relação volume x resultado.



Vamos fazer uma atividade prática de análise de tudo o que estudamos até agora?

Passe agora para o AVA, a fim de realizar a atividade de autoavaliação sobre o tema.

Depois, continue no AVA, e siga para o Tema 1.3.

Tema 1.3

Articulação entre os níveis da rede, definição de perfis e regulação

Continuando a discussão acerca dos perfis que estávamos mantendo no ambiente on-line, você deverá notar que a definição de perfis assistenciais em uma rede é uma tarefa complexa.

Muito raramente é possível construir redes de serviços a partir do zero, com novos investimentos, em que o gestor tenha total poder de definir o que e como operará cada unidade. No mundo real, redes de serviços são construídas a partir de unidades preexistentes, com suas próprias composições de recursos e “vocações” institucionais. Essa realidade deve ser levada em conta ao se pensar na definição de perfis.

Outra questão é que, como já mencionado, as definições mais simplistas, como “hospitais terciários”, na prática, apresentam certo grau de limitação, já que nem sempre todos os serviços de um hospital guardam coerência quanto ao grau de complexidade. Muitas vezes, encontramos, no mesmo hospital, um serviço de transplante de fígado, naturalmente de referência, ao lado de um serviço de pediatria, por exemplo, de baixa complexidade. Na mesma linha, dentro do mesmo hospital, podemos encontrar um serviço de cirurgia cardíaca de adultos e um pediátrico, de modo que a base populacional a que pode o primeiro servir de referência é menor que a do segundo.

Assim, a definição das referências e dos caminhos ao longo das redes, especialmente para os serviços hospitalares de maior complexidade, pode e deve ser feita para cada tipo de serviço, articulando-se em linhas de cuidado.

A quem cabe definir o perfil assistencial das unidades que compõem uma rede, suas funções e responsabilidades?

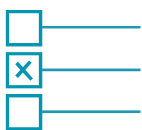
Sem dúvida, o funcionamento da rede é responsabilidade do gestor do sistema em cada nível, a ser pactuado nas instâncias devidas. O fato de ser sua responsabilidade não quer dizer que o funcionamento será definido apenas pelo gestor. Muito pelo contrário, é um processo que necessariamente deve ter a participação e o compromisso de todos os atores envolvidos para que seja efetivo. Mas a responsabilidade final é daqueles que respondem frente à população e à sociedade, ou seja, dos gestores em seus diferentes níveis.

Na prática, isso significa que não cabe ao médico, à assistente social, ou a qualquer outro profissional que opere na ponta a responsabilidade por encontrar uma vaga para que um paciente seja transferido ou encaminhado a outra unidade para realização de um exame – atividades que costumam tomar grande parte do tempo e da energia dos que deveriam ocupar-se cuidando de pacientes. Essas definições – referências garantidas para realização de exames ou atendimento especializado ou transferência para unidades que assumam pacientes que necessitem de cuidados prolongados – devem estar previamente dadas, pactuadas e garantidas.

E como é possível definir esses caminhos?

Uma das formas propostas tem sido a instituição das **centrais de regulação**, as quais seriam responsáveis por definir o fluxo de pacientes ao longo da rede.

Embora mais e mais centrais venham sendo implantadas, com custos muitas vezes significativos, nem sempre os resultados obtidos são os esperados. Isso se dá por um motivo bastante simples. As centrais de regulação são um instrumento fundamental para a operacionalização do fluxo de pacientes numa rede já constituída e com papéis e perfis definidos, pactuados e assumidos. Ou, mais simplesmente, elas são capazes de funcionar quando há uma rede a ser regulada, mas não podem criar a rede, caso esta não exista.



Passe agora para o AVA, a fim de realizar a atividade de autoavaliação sobre o tema.

Depois, continue no AVA, e siga para o Tema 1.4.

Tema 1.4

Organização de linhas de cuidado

A organização de recursos por linhas de cuidado complementa a organização da rede de serviços de saúde, perpassando-a de forma transversal. Essa organização, na realidade, é um detalhamento da forma de articulação entre as várias unidades que compõem a rede e a integração das práticas realizadas no interior destas, com o objetivo de tratar ou cuidar de determinadas patologias e/ou grupos de pacientes.

As linhas de cuidado, em geral, são organizadas ou programadas para problemas de saúde considerados prioritários do ponto de vista epidemiológico, ou considerados de relevância a partir de recortes populacionais. Em geral, são idealizadas para doenças crônicas ou episódios nos quais são requeridos cuidados permanentes ou de longa duração, como o câncer, ou que requerem reabilitação, como o trauma e o acidente vascular encefálico.

A partir do detalhamento de protocolos clínicos, são desenhados os caminhos a serem percorridos ao longo da rede, nos quais epidemiologistas, especialistas clínicos e planejadores definem como e onde serão tratados os pacientes e onde serão definidos as responsabilidades de cada unidade, os mecanismos de integração e, naturalmente, as formas de garantir que os recursos humanos e materiais necessários ao cumprimento da proposta estejam disponíveis.

A organização de linhas de cuidado só é possível por meio da articulação entre o planejamento ou a programação, a epidemiologia e a clínica. Utilizando-se o exemplo do câncer de colo do útero, para o desenho da linha de cuidado para uma área, em linhas muito gerais, seriam necessários os seguintes passos, realizados em conjunto por planejadores, epidemiologistas, especialistas clínicos e gestores:

1. analisar como se dá o desenvolvimento da doença, quais os fatores e grupos de risco, as possíveis medidas de promoção e de prevenção, os métodos de diagnóstico para detecção de casos, o tratamento a ser instituído em cada estágio da doença, como se dá o acompanhamento dos casos;
2. detalhar a composição de recursos materiais e humanos necessários à realização de cada uma das ações definidas para cada fase (diagnóstica e terapêutica);
3. estimar a população-alvo para a qual serão dirigidas as ações de prevenção e detecção de casos e estabelecer as normas de cobertura de ações e exames, a cada ano, para uma dada faixa etária, por exemplo;
4. estimar o número de casos esperados em cada estágio da doença a partir da instituição do processo diagnóstico;
5. a partir do número de casos estimados em cada estágio, avaliar a necessidade de ações terapêuticas em cada uma das modalidades definidas pelos protocolos (cirurgias, quimioterapia, radioterapia, acompanhamento);
6. definir em que ponto da rede e em quais unidades serão realizadas cada uma das ações (detecção, diagnóstico, cada modalidade de tratamento, acompanhamento dos casos);
7. definir os mecanismos de integração entre as unidades e entre os profissionais envolvidos;
8. calcular os recursos necessários para que cada uma das ações propostas possa ser cumprida;
9. levantar os recursos existentes e avaliar a forma pela qual estão operando e, se necessário, definir estratégias para a solução de problemas detectados para sua adequação à proposta;
10. definir as necessidades de investimento e elaborar o projeto de investimento;
11. definir os indicadores de avaliação;
12. definir os mecanismos de gestão conjunta e acompanhamento.

Naturalmente, o planejamento e a implementação de linhas de cuidado pressupõem o conhecimento da realidade específica e o envolvimento dos gestores e profissionais das unidades em questão. Caso contrário, corre-se o risco de elaborar mais uma série de normas que não serão cumpridas, ou por serem inexecutáveis, ou por não contarem com a adesão e o compromisso dos que deveriam cumpri-las.

É importante fazer uma clara distinção entre linhas de cuidado e os chamados programas verticais. Enquanto estes tendem a fragmentar o processo de cuidado, trabalhando com serviços e recursos humanos “especializados” em determinada patologia, a ideia da linha de cuidado é exatamente oposta. Da mesma forma, o entendimento de cada linha de cuidado como uma rede de atenção independente, formalmente constituída, e não como uma estrutura funcional que perpassa transversalmente a rede de atenção, tende a reforçar a fragmentação, multiplicando os locais de tratamento e cuidado para as mesmas populações e indivíduos que, sem mecanismos muito bem azeitados de integração, tendem a comprometer a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção, além de diminuir a eficiência na utilização de recursos.

Assim, o desenho da linha de cuidado ao câncer de colo do útero, por exemplo, envolve unidades básicas, centros de diagnóstico, serviços hospitalares cirúrgicos e especializados, dependendo de que tipo de ações se considere e do tipo de casos. No entanto, não se propõe que em cada uma dessas unidades se criem serviços especializados em câncer de colo do útero. A ideia central é a criação de “corredores funcionais” que conduzam o paciente ao longo da rede e que permitam integrar as ações a ele dirigidas, ainda que realizadas por diferentes profissionais e em diferentes unidades.



Vamos fazer uma atividade prática de análise?



Passe agora para o AVA, a fim de realizar a atividade de autoavaliação sobre o tema.



Depois, continue no AVA, e siga para o Tema 1.5.

Tema 1.5

Refletindo sobre os investimentos em redes de serviços

Retomando os questionamentos que estávamos fazendo no ambiente on-line, note que a única forma de responder a essas questões consiste em idealizar os projetos de investimentos dentro do marco mais geral de um plano de saúde para a área ou região em questão, com especificações claras de número, porte, perfis e funções de cada unidade e as formas de articulação entre elas.

A partir desse marco geral, é preciso avaliar as condições específicas para implantação do projeto. Existem condições técnicas factíveis para que o projeto seja criado, operacionalizado e mantido? Existem condições políticas viáveis para que o projeto seja implantado? E se não existirem, é possível criá-las? A partir de que estratégias?

Apenas a partir dessas definições prévias é possível ter clara a adequação do projeto de investimento.

Isso não quer dizer que um projeto de investimento específico deva contemplar todos os aspectos apontados. Vários projetos distintos poderão e deverão ser realizados para dar conta das necessidades de investimento em determinada área, e, evidentemente, será preciso realizar recortes. O fundamental é que, ao se realizar um projeto de intervenção numa área de cuidado ou num serviço específico, sejam consideradas, apontadas e encaminhadas as articulações imprescindíveis para o seu funcionamento na perspectiva da rede.

Ainda que trabalhando dentro de um dado recorte, outra ordem de questões se coloca. É preciso levar em conta que o investimento numa dada unidade ou serviço, gerando maior produção, criará novas demandas e exercerá pressão sobre os serviços já existentes.

Ao pensar em ampliar um serviço cirúrgico, por exemplo, há que se considerar:

- Se o número de cirurgias aumentar, será que os leitos de enfermaria disponíveis serão suficientes?
- E os serviços de UTI, exames laboratoriais, bancos de sangue?
- Onde estarão os auxiliares de enfermagem e anestesistas necessários para aumentar a capacidade de produção?

Pelas próprias perguntas formuladas, utilizadas apenas como exemplo, fica claro que, ao investir na ampliação ou construção de um serviço ou uma unidade, não basta pensar apenas em prédios e equipamentos. Para que estes funcionem, são necessários recursos humanos, insumos, mecanismos gerenciais, enfim, todos os recursos para sua operacionalização. Ademais, os próprios prédios e equipamentos requerem manutenção constante para que o investimento não se perca. Se esse aspecto básico não for considerado desde a formulação do projeto, bem como as estratégias para que tais recursos possam ser garantidos ou viabilizados, continuaremos a construir prédios, mas não serviços de saúde e, muito menos, redes de serviços.

Finalmente, outra questão central é que, antes de definir em que investir, é fundamental considerar o que existe e como está funcionando. Embora isso pareça óbvio, nem sempre é feito, talvez porque muitas vezes criar novos serviços pareça mais “fácil” e menos desgastante do que fazer funcionar os que já existem.

Assim, se em determinada área constatou-se, por exemplo, carência de leitos de clínica médica, antes de propor a construção de uma nova unidade ou ampliação de leitos, há que se analisar como estão funcionando os existentes.

Se o tempo médio de permanência dos pacientes nos leitos existentes for alto, por exemplo, de 14 dias, fato bastante comum, principalmente em hospitais públicos, a primeira coisa a fazer é analisar o porquê desse achado e definir estratégias para modificar a situação. Se esse tempo for reduzido para sete dias, o número de leitos terá sido duplicado sem necessidade de obras, equipamentos, ou contratação de recursos humanos. Se problemas como a internação para realização de exames e a falta de leitos de apoio para garantir a saída, que impedem a diminuição do tempo de permanência nos serviços, citando os mais comuns, não forem enfrentados nos hospitais já existentes, estes provavelmente também ocorrerão nos serviços a serem criados, gerando a contínua necessidade de ampliação de leitos. Isso pode levar a uma política de investimentos completamente irracional e descompromissada com o funcionamento dos serviços.



Vamos fazer mais uma atividade de análise?



Passe agora para o AVA, a fim de realizar a atividade de autoavaliação sobre o tema.



Depois, continue no AVA, e siga para o Tema 1.6.

Tema 1.6

Constituição dos mecanismos de gestão de redes

Este tema é apresentado apenas no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA).

Tema 1.7

Planejamento do SUS para organização das redes de atenção

Este tema é apresentado apenas no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA).

Módulo 2

Planejamento em saúde

*Adolfo Horácio Chorny, Maura Taveira, Priscilla Caran Contarato,
Rosana Kuschnir e Vanessa Costa e Silva*

Este módulo está organizado nos seguintes temas:

Tema 2.1 – As singularidades das organizações de saúde e os desafios do planejamento

Tema 2.2 – Os conceitos estruturantes do planejamento em saúde

Tema 2.3 – Os momentos para realização do planejamento em saúde



Todos esses temas devem ser estudados no AVA.

Lá você encontrará também instruções para voltar ao estudo deste caderno.

Módulo 3

Momento Explicativo do PES: realizando o diagnóstico da situação de saúde

*Adolfo Horácio Chorny, Maura Taveira, Priscilla Caran Contarato,
Rosana Kuschnir e Vanessa Costa e Silva*

Este módulo está organizado nos seguintes temas:

Tema 3.1 – Análise da situação de saúde

Tema 3.2 – Análise das condições de vida e saúde

Tema 3.3 – Diagnóstico de estrutura e de desempenho dos serviços de saúde

Tema 3.4 – Análise situacional como identificação de problemas e suas causas



Todos esses temas devem ser estudados no AVA.

Lá você encontrará também instruções para voltar ao estudo deste caderno.

Módulo 4

Os Momentos Normativo, Estratégico e Tático-Operacional do PES: elaboração, análise da viabilidade e gestão do plano

Adolfo Horácio Chorny, Maura Taveira, Priscilla Caran Contarato, Rosana Kuschnir e Vanessa Costa e Silva

Este módulo está organizado nos seguintes temas:

Tema 4.1 – Momento Normativo: o processo de construção do plano de ação (desenho do plano)

Tema 4.2 – Momento Estratégico: a análise de viabilidade do plano

Tema 4.3 – Momento Tático-Operacional: implementação, monitoramento e avaliação do plano



Todos esses temas devem ser estudados no AVA.

Lá você encontrará também instruções para voltar ao estudo deste caderno.

Gerência de operações e recursos em saúde



Módulo 1

Introdução às gerências de operações e recursos

Maria Angelica Borges dos Santos e Maria Infante

Este módulo está organizado nos seguintes temas:

Tema 1.1 – Atividades e funções de atenção à saúde

Tema 1.2 – Produção, fatores de produção e processos produtivos em saúde

Tema 1.3 – Bases organizacionais das operações em sistemas e serviços de saúde

Tema 1.4 – Conceitos introdutórios em gerência de operações

Tema 1.5 – Gerenciamento da capacidade instalada

Tema 1.6 – Gerenciamento de filas e esperas



Todos esses temas devem ser estudados no AVA.

Lá você encontrará, também, instruções para voltar ao estudo deste caderno.

Módulo 2

Bases e ferramentas da gestão financeira e orçamentária

Maria Angelica Borges dos Santos e Maria Infante

Este módulo está organizado nos seguintes temas:

Tema 2.1 – O financiamento da saúde

Tema 2.2 – Fundamentos da gestão financeira

Tema 2.3 – Administração das finanças cotidianas

Tema 2.4 – Ferramentas da administração financeira estratégica

Tema 2.5 – Mecanismos de acompanhamento e controle financeiros

Tema 2.1

O financiamento da saúde

Este tema é apresentado apenas no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA).

Tema 2.2

Fundamentos da gestão financeira

Este tema está organizado conforme os tópicos a seguir:

- a) Objetivos da gestão financeira
- b) Macroprocessos de gestão financeira
- c) Conceitos básicos de administração financeira

Vejamos cada um deles.



Os temas deste módulo deverão ser estudados tanto neste Caderno de Estudo quanto no AVA.

Em ambos os meios (on-line e impresso), haverá instruções precisas a respeito do que você deverá fazer a cada momento.

Comece sempre o estudo de cada módulo e tema pelo AVA.

a) Objetivos da gestão financeira

Nas **empresas**, o objetivo da gestão financeira é maximizar o valor do capital de proprietários ou acionistas, aumentando seu patrimônio ou seu lucro.

No caso do **governo**, o objetivo é otimizar o rendimento social das contribuições feitas pelos cidadãos através de tributos e impostos, fortalecendo o capital humano da sociedade pela garantia de suas condições de saúde. Isso quer dizer que o objetivo do financiamento da saúde, no caso do governo, é garantir a saúde da população, utilizando os recursos disponíveis da forma mais eficiente e efetiva possível.

A administração financeira de governos e empresas, de um modo geral, tem importantes paralelos com nossa rotina de economia doméstica. Em geral, recebemos um salário pelo nosso trabalho. Para governos e empresas, as “receitas” seriam o equivalente aos nossos salários ou recursos. A origem das receitas (ou recursos) que financiam a saúde nos países já foi explorada no Tema 2.1.

Em geral, usamos nossas **receitas** para arcar com as **despesas** de manutenção da casa e da família e para viabilizar projetos e objetivos comuns, ou seja, para garantir a operação do lar e a viabilização dos investimentos individuais e coletivos da família.

Para viabilizar nossa “gestão financeira” pessoal e familiar, cada um de nós desenvolve diferentes mecanismos para: **operacionalizar o pagamento de despesas cotidianas** (como os débitos automáticos de contas mensais, por exemplo); **planejar e viabilizar financeiramente projetos futuros** (como planejar a compra de um carro novo e abrir uma poupança para isso, por exemplo); e **garantir que nossas finanças e contas estejam bem controladas** (como, periodicamente, conferir canhotos de talão de cheque, notas fiscais e extratos bancários). Esses mecanismos seriam equivalentes aos três macroprocessos da gestão financeira nas organizações.



As responsabilidades específicas e dinâmicas de cada macroprocesso serão detalhadas nos próximos temas.

b) Macroprocessos de gestão financeira

Uma boa gestão financeira nas organizações, portanto, é alcançada mediante ações coordenadas envolvendo três macroprocessos:

- a **administração das finanças cotidianas**, de natureza fundamentalmente contábil e financeira;

- a **administração financeira estratégica**, que envolve amplas interfaces com todos os demais setores da organização e setores externos e leva sempre em consideração as condições reais e potenciais de operação da organização; e
- o **acompanhamento e o controle financeiros**, que podem ter como base os procedimentos de auditoria contábil, que priorizam demonstrações financeiras, ou de auditoria operacional, que consideram não só resultados contábeis, como também resultados operacionais e o cumprimento de objetivos organizacionais.

c) Conceitos básicos de administração financeira

Mais uma vez, a exemplo do que fazemos em nossa vida cotidiana, também a administração financeira de governos e empresas manipula receitas e despesas, custos e investimentos, a fim de permitir que a organização ofereça seus produtos (no caso da saúde, serviços de saúde) e atinja seus objetivos. Mas o que, exatamente, quer dizer cada um desses termos?

Receita e despesa são conceitos relacionados a **fluxos financeiros**, na óptica da contabilidade e do controle do fluxo de caixa de uma organização. Na **óptica das operações**, é preciso discutir os conceitos de **custo** e **orçamento**. Outro conceito importante é o de **investimento**, que pode ter significados diferentes nas ópticas contábil e operacional.

Para organizar o estudo de todos esses conceitos, vamos dividir este tópico relativo a “conceitos básicos” nos seguintes itens:

c.1) A óptica da contabilidade: receita e despesa

c.2) A óptica das operações: custos, orçamento e investimento

c.1) A óptica da contabilidade: receita e despesa

Os dois conceitos mais básicos em gestão financeira são **receita** e **despesa**. A administração financeira de governos e empresas executa operações de gerenciamento de receitas e despesas com o fito de viabilizar fluxos de recursos financeiros que permitam gerir seus processos e produtos e atingir suas metas. Como os objetivos de empresas e governos são distintos, a contabilidade básica de cada um deles reflete esse fato. Senão, vejamos:

- Nas empresas:

Receita = despesa + excedente operacional (ou lucro)

- Nos órgãos da Administração Pública:

Receita = despesa

Vamos estudar, agora, com mais detalhe, os conceitos de “receita” e “despesa” e, também, a Lei de Responsabilidade Fiscal.

Receita

O termo “receita” se refere aos recursos que financiam as operações das organizações. As ações de saúde podem ser financiadas por meio de:

- **doações:** primeira fonte de financiamento das ações de saúde no país, efetuadas pelas Santas Casas e organizações filantrópicas;
- **remuneração por serviços produzidos:** mecanismo predominante nas organizações privadas e filantrópicas. No caso das organizações públicas do SUS, além da remuneração por serviços produzidos, outros mecanismos são a **celebração de convênios e por transferências fundo a fundo.**

O conhecimento das principais origens de sua receita ajuda a organização pública ou privada a estruturar melhor seu planejamento e a analisar seu desempenho em cada nicho de operação. Assim, é possível preservar áreas cujas receitas garantam a viabilidade operacional e buscar oportunidades de novas receitas em outras áreas em que tenha competência para atuar e para as quais existam necessidades de saúde identificadas.

Para garantir um aporte eficiente de receitas, a administração financeira precisa perseguir os seguintes objetivos:

- Otimizar os prazos de recebimento dos valores decorrentes de serviços prestados ou do orçamento.** A manutenção de um fluxo de caixa positivo depende muito da regularidade do recebimento de receitas. Como bem sabe qualquer profissional que tenha de gerenciar convênios, recebimentos com data certa são muito mais valiosos do que créditos sem dia certo para serem recebidos, porque permitem planejar despesas e investimentos com tranquilidade.

No SUS, existem regras e datas relativamente claras sobre repasses financeiros, além de inúmeros sistemas informatizados para acompanhá-los.

- b) **Implantar medidas visando ao maior controle das glosas,** verdadeiro “pesadelo”, principalmente para organizações privadas de saúde conveniadas com operadoras de planos de saúde. Uma das medidas mais eficazes para controlá-las é realizar uma análise interna mais consistente de suas causas a fim de preveni-las. Às vezes, até mesmo erros na forma de lançamento das informações podem motivar **glosas**.
- c) **Diversificar fontes de receitas.** Existe um ditado que diz o seguinte: “é melhor ter dois ou mais maus patrões do que apenas um bom patrão”. Como as condições políticas e econômicas em uma sociedade são sempre cambiantes, um bom pagador hoje pode tornar-se mau pagador amanhã e vice-versa. Assim, qualquer organização deve ter, idealmente, mais de uma fonte de receita. Isso se traduz na prática adotada por hospitais privados de saúde de ter vários convênios. Nas organizações públicas, isso é mais difícil. De modo geral, os hospitais e estabelecimentos de saúde públicos são mantidos por uma única entidade central. A tentativa de implantar o atendimento a convênios privados por parte de alguns hospitais públicos (criando-se a famosa “dupla porta de entrada”) pode ser considerada uma estratégia para não depender de um único convênio (o SUS).

Glosas correspondem ao não pagamento de serviços cobrados pela empresa ou organização, com base em justificativas de médicos auditores das operadoras de planos de saúde, ou do SUS, de que os serviços discriminados na fatura apresentada seriam desnecessários.

Despesa

Como definição geral, despesa é um gasto realizado com qualquer finalidade, em função da aquisição de algum bem ou serviço.

Entretanto, na contabilidade de empresas e governos, despesa normalmente consiste no desembolso realizado para honrar obrigações financeiras com os custos operacionais e de investimentos da organização. Cada vez mais, as despesas incluem, além de matéria-prima e pagamento de pessoal, itens como serviços terceirizados, que complementam as operações da organização. Em geral, as empresas também pagam diretamente uma grande quantidade de impostos e contribuições, cuja quitação precisa ser providenciada e acompanhada pela área financeira.

Para poder atuar sobre as despesas, vale a pena conhecer melhor sua composição. Veja, por exemplo, como foi a distribuição percentual das despesas dos hospitais componentes da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), segundo o peso de cada grande grupo (despesas em 2004):

Quadro 1 – Distribuição da despesa total segundo tipo de despesa média dos hospitais Anahp

Item de despesa	2014	2015	2016	2017
Custo de pessoal	35,2%	36,3%	36,2%	37,4%
Contratos técnicos e operacionais	13,1%	13,0%	13,0%	14,0%
Medicamentos	10,7%	11,0%	10,8%	10,7%
OPME e materiais especiais	9,5%	8,2%	8,5%	7,8%
Outras despesas	6,1%	6,2%	6,9%	6,6%
Materiais	7,5%	6,5%	6,2%	6,6%
Contratos de apoio e logística	5,8%	5,3%	4,9%	4,0%
Outros insumos	2,9%	3,0%	3,2%	3,2%
Depreciação	3,0%	3,0%	2,9%	2,8%
Despesas financeiras	2,2%	2,8%	3,1%	2,4%
Utilidades	1,8%	2,4%	2,3%	2,0%
Manutenção e assistência técnica	1,8%	1,9%	1,7%	2,0%
Gases medicinais	0,3%	0,4%	0,3%	0,3%

Fonte: Sistema Integrado de Indicadores Hospitalares Anahp (SINHA, 2017).



Se você tiver acesso ao perfil das despesas da organização onde trabalha, tente compará-lo com o perfil apresentado no Quadro 1 e reflita sobre as diferenças.

Lei de Responsabilidade Fiscal

Como reflexo da importância do fluxo de caixa, um dos princípios básicos, também, da contabilidade pública, é a necessidade de equilíbrio entre receitas e despesas, sem negligenciar as aplicações que revertem em desenvolvimento econômico e social. Esse também tende a ser um princípio consagrado, mas nem sempre cumprido, na administração das finanças domésticas. Deve-se evitar, a todo custo, gastar mais do que se recebe em todos os meses. No início, podemos recorrer a cartões de crédito e empréstimos, que nos dão a falsa sensação de que está tudo bem, mas, com o tempo, a situação pode se tornar insustentável.

A Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF ou Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000) foi promulgada justamente em função da explosão dos gastos do setor público, que geravam dívidas crescentes do governo, com importantes repercussões sobre o panorama geral da economia nacional. A LRF resgatou a preocupação com o equilíbrio entre receitas e despesas e com a implantação de uma contabilidade de custos no setor público. Ela determina controle e limites para alguns gastos específicos, como, por exemplo, despesas com pessoal.

c.2) A óptica das operações: custos, orçamento e investimento

Vamos estudar, neste item, com mais detalhe, os conceitos de **custo**, **orçamento** e **investimento**.

Custo

Custo é aquilo que uma organização desembolsa para garantir sua operação e gerar seus produtos.

O custo de uma organização de saúde reflete, em parte, as escolhas estratégicas pertinentes à sua missão, que geram mixes de serviços diferentes. Assim, uma maternidade tem um **mix** de serviços bem diferente, por exemplo, de um hospital ortopédico. Duas maternidades, mesmo oferecendo tipos de procedimentos idênticos, podem ter mixes diversos ao ofertarem quantidades distintas desses procedimentos e apresentarem grandes diferenças em suas eficiências relativas, o que gera custos e necessidades de financiamento desiguais.

Mix de serviços corresponde à composição de tipos e quantidades de serviços ofertados e ajuda a caracterizar o perfil do estabelecimento de saúde.

Quando as receitas são finitas, diante de gastos permanentemente ascendentes, **reduzir custos** passa a ser necessário.

Isso pode ser feito por meio da diminuição da oferta ou da racionalização do uso de insumos e processos para que o mesmo volume de recursos consiga gerar mais produtividade. Assim, diminuir desperdícios e custos **equivale, operacionalmente, a ter mais recursos disponíveis**.

Observe como esse é um típico problema de gerenciamento das filas, como aqueles que foram abordados no Módulo 1. Fica evidente que o impacto desse fator sobre a eficiência de uma organização pode ser enorme.

Em resumo, despesa e custo são conceitos diferentes.

Despesa é um conceito contábil que descreve gastos gerais de qualquer natureza.

Custo é um conceito essencialmente operacional, ligado à produção econômica, e compreende os gastos efetuados para garantir a produção de uma organização.

Embora as despesas possam corresponder, principalmente, ao custo operacional, pode haver despesas que não se destinem especificamente a cobrir custos de produção. Manter uma ação de responsabilidade social, como um programa de educação para jovens carentes, por exemplo, seria uma despesa que, em princípio, não integra os custos operacionais de uma empresa produtora de calçados, pois não contribui diretamente para gerar os produtos da empresa (calçados). Pela mesma lógica, comprar uma máquina nova para aumentar a produção também não constitui um custo, mas uma despesa com um investimento, conceito que discutiremos mais adiante.

Orçamento

Um orçamento é o planejamento do montante estimado para viabilizar o funcionamento de uma organização.

Pressupõe a prévia elaboração de um plano de ação integrado e coordenado, em geral com previsão anual e expresso em valores monetários. Define o que será executado, os recursos necessários para essa execução e traduz as estratégias traçadas em metas operacionais e financeiras de curto prazo. Constitui uma parte importante do processo de planejamento.

As organizações públicas podem ter orçamentos individualizados, que elas mesmas controlam (e nesse caso são chamadas “unidades orçamentárias”), ou podem ser totalmente mantidas por outra unidade orçamentária.

Existem vários tipos possíveis de orçamento:

- **Orçamento de operações:** destinado ao custeio das atividades cotidianas da organização. Consiste naquilo que, em contabilidade, é denominado recursos de custeio.
- **Orçamento de investimentos:** destinado à aquisição de novos equipamentos ou instalações. Define aquilo que, em contabilidade pública, é denominado recursos de capital.

Cada um deles pode ser dividido em:

- **Orçamento global:** quando o total dos recursos destinados a uma organização lhe é enviado visando à sua operação.
- **Orçamentos específicos:** discriminados segundo tipos específicos de atividade ou ação.

Investimento

Investimento pode significar:

1. aquilo que se adquire, porque permite realizar determinado trabalho a custo mais baixo ou agregar valor ao produto desse trabalho; ou
2. uma aplicação (de recursos, tempo, esforço etc.) que irá se valorizar com o tempo.

Por exemplo, falando em termos genéricos, fazer este curso de especialização pode ser considerado um investimento pessoal ou da organização em que você trabalha.

Do ponto de vista financeiro e contábil, esse é o sentido mais popular da palavra. Em uma sociedade impregnada pelo capitalismo, investimento seria uma **aplicação financeira dos ativos**, fundamentada na aposta da valorização destes.

Do ponto de vista operacional, que é o que mais interessa às organizações produtivas, **investimento é um gasto em infraestrutura, que não gera diretamente produtos, mas que cria as condições para aumentar a eficiência ou ampliar a produção**. Investimentos, nessa perspectiva, correspondem a equipamentos, instalações físicas, software etc., ou seja, materiais permanentes ou o patrimônio de uma organização.

Às vezes, ocorrem dúvidas se um gasto específico se enquadra em custeio ou investimento. As organizações públicas costumam ter instruções específicas sobre como classificar os vários tipos de itens de consumo que utilizam.



Passe agora para o AVA, a fim de realizar a atividade de autoavaliação sobre o tema.

Depois, continue no AVA, e siga para o Tema 2.3.

Tema 2.3

Administração das finanças cotidianas

Este tema é apresentado apenas no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA).

Tema 2.4

Ferramentas da administração financeira estratégica

Este tema está organizado conforme os tópicos a seguir:

- a) Planejamento orçamentário
- b) Análise de investimentos e análise econômica
- c) Custos em organizações de saúde
- d) Descentralização orçamentária e autonomia gerencial
- e) Estratégias para ampliação de bases de financiamento de longo prazo

A escalada dos custos da prestação de serviços de saúde reforçou a preocupação das organizações com dimensões estratégicas da gestão financeira, que compreendem ferramentas e estratégias para **melhorar a eficiência e aumentar a racionalidade das ações e dos investimentos na saúde**. Incluem planejamento orçamentário, análise de investimentos e análise econômica, sistemas de custos e descentralização orçamentária e a busca de garantia à **sustentação econômica e à ampliação das bases de financiamento**.

Vejamos, agora, cada um dos tópicos deste tema.

a) Planejamento orçamentário

Assim como planejamos o uso de nossos salários segundo nossos compromissos, o governo e as empresas programam seus gastos conforme sua programação de receitas. Fazem isso mediante a elaboração de orçamentos, ou seja, uma previsão de quanto vai custar fornecer os bens e serviços ou promover as ações que são necessárias.

Os orçamentos baseiam-se em estimativas (que podem ser boas ou ruins) e, por isso, precisam ser permanentemente reajustados. Tanto isso é verdade que a palavra em espanhol para orçamento é *presupuesto*.

Um orçamento-programa é um planejamento do uso de recursos para a execução de ações específicas que dimensiona o esforço necessário para realizar ações e produzir produtos específicos, traduzindo-os para a métrica financeira.

As **três primeiras etapas** e procedimentos envolvidos na elaboração do planejamento orçamentário (fixação de objetivos, programação de

atividades e previsão de recursos) lembram muito as etapas do desenho das operações, que vimos no Módulo 1. Compreendem:

- Fixação de objetivos técnicos e financeiros, com detalhamento de metas.

É preciso começar questionando-nos se estamos atingindo nossas metas. Nossas prioridades mudaram em função da melhora de alguns indicadores ou do surgimento de novas necessidades de saúde?

- Programação de atividades e previsão de recursos necessários em quantidades e valores monetários.

Você se lembra de como essa etapa também faz parte do desenho das operações? Não vale repetir o custo de um programa ou operação já executados no ano anterior. É preciso analisar o desempenho de programas e operações, melhorar os processos, atualizar os custos e perguntar se essa continua a ser a melhor forma de atingir os objetivos e se existem alternativas mais efetivas em relação ao custo.

- Elaboração da proposta final, inclusive previsões de financiamento necessário e indicação da origem (fontes) desses recursos.
- Discussão e aprovação pela alta direção e pelo conselho administrativo (no poder público, o orçamento é votado pelo Legislativo e aprovado pelo Poder Executivo).
- Execução do orçamento, com acompanhamento sistemático, com foco em discrepâncias e na consequente revisão (sistemas de acompanhamento de execução orçamentária).
- Prestação de contas, geralmente por meio de relatórios e demonstrativos financeiros padronizados – Tribunais de Contas, controladorias, Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops).

b) Análise de investimentos e análise econômica

É preciso ter uma compreensão clara e estratégica das implicações assistenciais, financeiras e operacionais das operações programadas para a organização, uma vez que os recursos não são infinitos. À medida que a tecnologia médica se torna mais sofisticada e dispendiosa, passa a ser necessário tomar decisões mais difíceis e, às vezes, controvertidas sobre prioridades e investimentos.

Do ponto de vista econômico, existe um **custo de oportunidade** embutido em qualquer investimento ou operação, ou seja, havendo usos alternativos possíveis para um conjunto de recursos, a opção por um tipo de uso específico implica sempre abrir mão de algum outro. Assim, para cada investimento ou operação, é preciso fazer uma análise custo-benefício, ainda que simplificada. Os custos das decisões precisam ser avaliados com base nos seus impactos operacionais, financeiros e assistenciais de curto e longo prazos, recorrendo-se, sempre que necessário, à comparação entre as diferentes opções.

De forma mais sistemática, é preciso:

- a) avaliar os custos da operação ou investimento, distribuídos ao longo do período específico X, estimados em seu valor monetário;
- b) identificar os benefícios assistenciais, operacionais e financeiros distribuídos ao longo do período X;
- c) fazer comparações com abordagens alternativas.

Nunca é demais enfatizar que decisões de investimentos, ou “desinvestimentos”, baseadas puramente na racionalidade contábil, sem conhecimento das operações e dos processos desenvolvidos pela área assistencial, podem causar graves prejuízos na área de saúde. Veja o exemplo a seguir.

Exemplo 1: O caso dos tíquetes-refeição

Um administrador, ao examinar a planilha de custos de um hospital cirúrgico público, percebeu que a empresa de alimentação cobrava 18 reais por refeição (lanche) servida aos funcionários que permaneciam seis horas no hospital e que o valor do tíquete-refeição era de seis reais.

Substituiu, então, a refeição fornecida no hospital por tíquetes-refeição para os 200 funcionários que estavam naquela situação e comemorou uma redução de seus custos, da ordem de 2.400 reais/mês.

Decorridos dois meses, observou que o número de cirurgias realizadas caíra à metade, mas que a roupa cirúrgica era sempre insuficiente. As equipes do centro cirúrgico tinham passado a deixar o hospital para almoçar, perdendo um longo tempo no almoço, e, ao voltarem, não havia roupa disponível para retornar ao centro cirúrgico.

Na prática, a “redução de custos” implicava deixar de realizar 150 cirurgias/mês, com preço SUS médio de 300 reais, ou seja, essa redução estava “custando” ao hospital 45 mil reais/mês. Isso sem mencionar os transtornos, custos financeiros dos maiores tempos de permanência e sofrimentos causados pelo acúmulo de cirurgias suspensas.

Também a racionalidade assistencial pura, sem conhecimento dos aspectos ligados à análise de custos, equivocadamente considerada um problema exclusivo das áreas administrativas, pode contribuir para um rápido esgotamento dos escassos recursos destinados à execução de atividades de saúde em uma organização ou em um país. Veja o próximo exemplo.

Exemplo 2: O caso da *gamma-knife*

Um hospital público especializado solicitou a aquisição de uma *gamma-knife* (um equipamento para a realização de neurocirurgias) com a justificativa de que isso “aumentaria a excelência do atendimento e que, no quadro, havia profissional capacitado a realizar o procedimento”.

O preço estimado do equipamento era de 1 milhão de dólares, e o equipamento tinha garantia do fabricante de um ano. A manutenção anual era estimada em 100 mil dólares.

A administração do hospital solicitou um levantamento do número de pacientes que seriam atendidos por ano e verificou que, atualmente, 50 pacientes seriam candidatos ao uso dessa tecnologia. Entretanto, em dez anos, as projeções eram de que 200 pacientes poderiam necessitar dela.

Uma pesquisa demonstrou também que havia na área um prestador privado capacitado a oferecer esse procedimento a um preço de 1.500 reais por paciente. Ao considerar o investimento inicial, a obsolescência e a depreciação anuais do equipamento e os custos de manutenção, o administrador percebeu que, ao deixar de adquirir a *gamma-knife* e optar, por enquanto, pelos serviços do prestador privado (considerando-se uma depreciação anual do equipamento de 10% e os custos de sua manutenção), estaria deixando de agregar a seus custos cerca de 75 mil reais.

Assim, decidiu adiar a decisão da compra e acompanhar o crescimento da demanda.

A *gamma-knife* poderia ser considerada, naquele momento, uma tecnologia de “baixa demanda”. Quando há alternativas de mesma qualidade e formas mais baratas de se ter acesso a elas, incorporar tecnologias desse tipo pode significar incorrer em gastos desnecessários. Mas é preciso acompanhar permanentemente a demanda, os custos e as evidências de efetividade da tecnologia (porque, às vezes, o tempo mostra que isso tem pouco impacto sobre o desfecho final de saúde do paciente). Em algum momento, pode passar a ser importante incorporá-las.

O exemplo é interessante porque ilustra, também, uma decisão cada vez mais necessária na gestão das organizações – as opções entre fazer e comprar (terceirizar), que recomendam a elaboração de diretrizes específicas, em cada organização, para nortear a melhor alternativa.

c) Custos em organizações de saúde

O conhecimento dos custos operacionais de uma organização é fundamental.

Sistemas de custos são ferramentas para saber quanto uma organização gasta para gerar seus produtos. Registram e sistematizam os gastos em insumos e respectivos valores financeiros dos produtos. Sem conhecer custos, não há como realizar um bom planejamento orçamentário. Por isso, é muito preocupante o fato de que a maioria dos hospitais e organizações de saúde pública não disponha de sistemas de custos estruturados, visto que isso dificulta tanto o planejamento orçamentário quanto um desenho racional das operações.

Essa dificuldade se deve, principalmente, à especificidade da área em relação aos demais processos produtivos: há deficiências de informação geradas pela singularidade de cada caso clínico e pela diversidade de produtos aplicáveis para resolvê-lo. Isso contribui para a falta de uniformidade dos sistemas de custos do setor. Outras indústrias, como a automobilística, cujos produtos são mais bem definidos, contam com sistemas padronizados, baseados em atividades, que medem e alocam com precisão os custos de produção de cada produto, bem ou serviço.

Na área da saúde, é muito comum alocar custos com base na área ocupada por um departamento ou outro parâmetro substituto. Custos substanciais, como administração, depreciação, instalações e equipamento e horas de trabalho da enfermagem, são alocados de uma maneira que não refletem com exatidão os valores absolutos ou relativos de cada centro de custos ou procedimento. Cada organização de saúde tende a ter um sistema de custo próprio, alocando seus diversos custos por departamento, tipo de paciente e, mais raramente, por procedimentos individuais. Consequentemente, as diferenças de arquitetura e premissas dos sistemas de contabilidade e custos podem contribuir para acentuar, de forma espúria, as variações nos custos para procedimentos idênticos entre várias organizações.

d) Descentralização orçamentária e autonomia gerencial

A necessidade de aumentar a eficiência tem encorajado o uso crescente de princípios e técnicas de gestão da atenção, tanto no setor público quanto no privado. Um de seus principais fatores é a responsabilidade dos profissionais de saúde pelo custo dos serviços, estimulando uma utilização mais criteriosa e racional de recursos, principalmente das tecnologias de alto custo.

Um recurso que vem sendo muito utilizado, em organizações públicas e privadas, para promover a “responsabilidade financeira” é a descentralização orçamentária, atribuindo-se cotas ou orçamentos a cada unidade ou serviço e autonomia gerencial para utilizá-los da maneira mais adequada ao cumprimento dos objetivos estabelecidos.

A descentralização executiva e gerencial é um dos eixos centrais da reforma sanitária desenvolvida no Brasil nos últimos 20 anos, e a responsabilização é um mote da Reforma Administrativa do serviço público da década de 1990. Mas as empresas de saúde também vêm aplicando essa estratégia, com a constituição de Unidades de Negócio. Veja o exemplo que segue.

Exemplo 3: Unidades de Negócio

Há alguns anos, um importante laboratório no Rio de Janeiro transformou seus vários setores (Hematologia, Bioquímica etc.) em **Unidades de Negócio**, que correspondiam a unidades produtivas descentralizadas. Cada gerente de unidade passou a ser responsável por pensar e executar a maior parte das operações, inclusive financeiras, relacionadas a seu setor. Com isso, o laboratório descentralizou a **sensibilidade** aos custos de produção e a responsabilidade pela eficiência das operações.

O ponto de partida de qualquer descentralização eficaz é o conhecimento qualificado dos custos operacionais individuais de cada unidade produtiva. Descentralizações em organizações com pouca tradição de gestão financeira eficaz, e sem conhecimento de seus custos, podem ser desastrosas e servir apenas para “passar adiante” a responsabilidade por uma administração financeira incompetente.

No sistema público, isso se agrava pela impossibilidade de as unidades descentralizadas atuarem efetivamente na outra vertente de atuação estratégica – a da busca de novos recursos. Assim, limitadas a um único agente-financiador, restam-lhes as prerrogativas de reduzir custos (mesmo que à custa de restrição da produção) ou ter prestígio para garantir um orçamento suficiente com o gestor público responsável.

No setor público, portanto, embora seja uma ideia interessante, a descentralização pode ter implicações potencialmente controversas, como legitimar a busca por recursos alternativos no mercado. Isso equivale a medidas como, por exemplo, criar duplas portas de entrada em hospitais públicos, para os planos de saúde e para a população usuária do sistema público.

e) Estratégias para ampliação de bases de financiamento de longo prazo

Sempre que possível ou necessário, as organizações buscam aumentar suas receitas, seja para expandir seus lucros, seja para ampliar a oferta de produtos ou viabilizar investimentos.

Na saúde, a escalada dos custos e da demanda tem pressionado governos e empresas a buscarem constantemente **novas fontes de recursos**. As estratégias para a ampliação das bases de financiamento nas empresas privadas compreendem, principalmente, aceitar novos sócios ou contrair empréstimos. Em finanças públicas, a identificação e a garantia de fontes de financiamento de longo prazo (Tesouro, repasses ou convênios intergovernamentais e acordos de cooperação técnica) representam a chave para a sustentabilidade. Não é à toa que a área da saúde briga tanto pela Emenda Constitucional n. 29 e sua regulamentação.

Outra estratégia de ampliação de bases de financiamento é a identificação de “novos negócios”. Esse movimento é percebido tanto entre organizações públicas quanto privadas e filantrópicas. A saída tem sido buscar receitas em novos mercados.

Todas essas iniciativas são precedidas de estudos para identificar “nichos” de oportunidade no mercado. Muitas organizações públicas, municipais e estaduais, podem ser movidas por motivações semelhantes ao aderirem a programas associados a incentivos financeiros federais. É como se estivessem implantando “novos negócios” como parte da busca por novas fontes de financiamento.

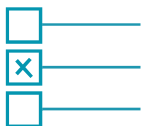
Exemplo 4: Programas estratégicos

É muito comum vermos municípios implantando programas considerados estratégicos pelo governo federal na tentativa de ampliar os aportes de recursos por meio do acesso aos incentivos para a implantação desses programas específicos.

No entanto, é importante não esquecer as contrapartidas financeiras e assistenciais que qualquer desses programas comportam. Todos eles implicam gastos de recursos próprios e compreendem cláusulas de contrapartida, de cumprimento de metas pactuadas com o governo federal, que precisam ser bem estudadas e compreendidas.

As organizações públicas precisam ter o mesmo cuidado das privadas ao implantarem seus “novos negócios”, na adesão a um novo programa.

O primeiro critério deve ser a identificação de um mercado ou de um contexto epidemiológico e cultural favorável. Não faz sentido introduzir um programa para adolescentes, por exemplo, só porque tem incentivos federais associados à sua adoção, e abandonar outro que teria maior impacto epidemiológico na cidade, apenas porque não tem os mesmos incentivos.



Passe agora para o AVA, a fim de realizar a atividade de autoavaliação sobre o tema.

Depois, continue no AVA, e siga para o Tema 2.5.

Tema 2.5

Mecanismos de acompanhamento e controle financeiros

Este tema é apresentado apenas no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA).

Módulo 3

O gerenciamento das operações de logística de materiais em unidades de atenção à saúde

Maria Angelica Borges dos Santos e Maria Infante

Este módulo está organizado nos seguintes temas:

Tema 3.1 – A logística da cadeia de suprimentos de insumos a partir do sistema produtivo

Tema 3.2 – A gestão de tecnologias em saúde

Tema 3.1

A logística da cadeia de suprimentos de insumos a partir do sistema produtivo

Subsistemas de cadeia de suprimentos

Como vimos, o sistema de cadeia de suprimentos é composto, sequencialmente, por quatro subsistemas:

- a) Planejamento
- b) Acompanhamento e controle
- c) Compras
- d) Guarda e distribuição

Vamos tratar agora dos objetivos e instrumentos técnicos de cada um deles.

a) Planejamento

É o início de todo o processo de garantia de qualidade na cadeia de suprimentos, quando se identifica (item por item) o que é utilizado pelo sistema produtivo e o que não pode faltar, tanto em quantidade como em qualidade.

Você se lembra da pergunta que fizemos, no início deste tema, sobre: como superar o distanciamento ou a dificuldade de diálogo entre as atividades assistenciais e as que envolvem as operações da logística dos suprimentos?



Os temas deste módulo deverão ser estudados tanto neste Caderno de Estudo quanto no AVA.

Em ambos os meios (on-line e impresso), haverá instruções precisas a respeito do que você deverá fazer a cada momento.



A parte inicial do Tema 3.1 deve ser estudada no AVA.

Lá você encontrará instruções para voltar à leitura deste caderno.

É justamente no subsistema de **planejamento** da cadeia de suprimentos (e só nesse momento) que os dois sistemas básicos – o produtivo (as atividades assistenciais) e o de cadeia de suprimentos (atividades de gestão de materiais) – dialogam para buscar o entendimento.



Como fazer isso? Qual a ferramenta técnica a ser utilizada para permitir a identificação do que realmente é necessário produzir?

Pense um pouco sobre isso antes de prosseguir.

Recomendamos que você registre as suas ideias a respeito e salve de modo que possa consultá-las posteriormente.

A ferramenta técnica utilizada para desenvolver o subsistema de planejamento da cadeia de suprimentos é a **pesquisa de insumos** junto aos clientes – os profissionais do sistema produtivo –, que deve responder a três questões:

- **o que** é produzido? Quais os procedimentos/produtos realizados na unidade?
- **quanto** é produzido? Qual a produção de cada procedimento?
- **o que é necessário** para produzir? Quais os insumos necessários para realizar cada procedimento? E qual a quantidade por procedimento?

O momento inicial de uma **pesquisa de insumos** junto aos clientes do sistema de cadeia de suprimentos é o ponto de partida para a organização do **sistema de cadeia de suprimentos**. Porém, isso é apenas o início, momento em que, por meio da coleta e análise de informações junto ao sistema produtivo, fica claro para a cadeia de suprimentos quem são seus clientes, o que produzem, quanto produzem e quais insumos quantitativa e qualitativamente necessitam para produzir.

Em um primeiro momento, a participação dos médicos, enfermeiros e técnicos constitui fonte fundamental de informações para o planejamento do sistema de cadeia de suprimentos, tanto na qualificação dos insumos e dos fornecedores, como na de equipamentos e de firmas prestadoras de serviços de manutenção. **Por quê?**

Em virtude de duas circunstâncias:

- mudanças frequentes dos processos de trabalho em saúde, com a inclusão e/ou exclusão de profissionais, novas técnicas, novos equipamentos e novos insumos;

- possíveis alterações no plano estratégico da unidade de saúde, por causa de mudanças do meio externo ou interno – definição de novos objetivos, novas metas.

Quais os objetivos básicos de uma pesquisa de insumos?

Primeiro, saber o que efetivamente os serviços produzem – quais os procedimentos – e o que necessitam para produzir (quais insumos ou materiais).

Procedimentos ou produtos

São as atividades realizadas nos serviços pelo sistema produtivo da unidade de saúde para o paciente.

Exemplos:

- gastrectomia total ou subtotal
- punção venosa periférica
- raio X de tórax
- verificação de glicemia capilar
- consulta médica
- curativos (de pequeno, médio ou grande porte).

Esses são apenas alguns exemplos, visto que, dependendo da organização e do grau de complexidade do hospital ou da unidade de saúde, os procedimentos ou produtos realizados podem chegar a várias centenas.

A identificação do procedimento (**o que faz**) é fundamental para o sistema de cadeia de suprimentos porque, se não sabemos o que produzimos, como poderemos planejar e programar o que devemos adquirir qualitativa e quantitativamente?

Em segundo lugar, o ato de acompanhar o uso de cada insumo em determinado procedimento deve ser também preocupação do sistema de cadeia de suprimentos. Se as informações sobre o uso dos materiais indicados à realização de procedimentos não forem claras para o sistema, o acompanhamento dos gastos certamente será falho ou inconsistente. Observando o uso dos materiais, os números aparecem e demonstrarão quanto se gasta e quanto e quando se deve comprar.

Como realizar a pesquisa de insumos?

A pesquisa se inicia mediante um questionário próprio, a ser preenchido por **todos** os profissionais do sistema produtivo, no qual devem constar:

- a relação de todos os procedimentos ou produtos realizados na unidade;
- o local de realização de cada procedimento – consultório, enfermaria, CTI, laboratório, centro cirúrgico, radiologia, entre outros;
- a descrição dos insumos ou materiais utilizados em cada procedimento realizado;
- a quantidade de cada insumo utilizado, por procedimento;
- as especificações do insumo, ou o seu código no catálogo de materiais; e
- a produção mensal de cada procedimento.

Você deve estar percebendo que este passo a passo é o caminho da **padronização de materiais**, tão desejada por todos os gestores de unidades de saúde.

Lista Básica de Materiais é a relação de todos os materiais e insumos necessários ao sistema produtivo de uma unidade de saúde para realizar os procedimentos a que se propõe.

A **Lista Básica de Materiais** (LBM) daí resultante será um instrumento não só da gestão de materiais, mas, também, para racionalizar o uso dos insumos.

Se todos os profissionais de saúde informarem o que fazem e o que necessitam para produzir, é importante criar na unidade um instrumento coletivo de gestão – uma comissão permanente de padronização de materiais médico-hospitalares –, com a missão de ser a gestora da LBM da unidade.

Uso racional dos insumos é a utilização de todos os insumos/ materiais na qualidade e quantidade necessárias ao bom atendimento dos pacientes. Deve-se usar tudo que tiver indicação técnica que beneficie o doente, evitando desperdícios.

Quando falamos em instrumento “racionalizador”, devemos deixar claro o que se entende por **uso racional dos insumos**.

Quando se pergunta “quem define qual insumo é apropriado para o procedimento?”, a resposta parece fácil, pois quem usa deve saber o que é melhor, não é verdade?

Na prática, infelizmente, sabemos que nem sempre é assim. Em instituições muito grandes ou mesmo em redes de saúde – municipais, estaduais ou federais –, em geral, é o órgão central quem define o que comprar, sem ouvir os profissionais que utilizam os insumos.

Mesmo em sistemas com centralização das compras, a realização da pesquisa de insumos é fundamental para que cada unidade de atenção à saúde tenha informações precisas sobre sua realidade produtiva, com dados quanto a qualidade dos materiais/insumos; confiabilidade dos fornecedores; ocorrência de defeitos; quantidades produzidas; e ocorrência de desabastecimento. Todas essas informações são imprescindíveis até para se poder contestar, tecnicamente, eventuais cortes ou redução de materiais ou recursos.

Hoje, encontramos muitos almoxarifados em unidades de atenção à saúde que, por não trabalharem com a metodologia da pesquisa de insumos, podem estar abarrotados de materiais (às vezes, até com mais de 1.500 itens), embora os serviços possam estar sem os materiais que efetivamente necessitam!

Em experiências realizadas em unidades da rede federal, **no município do Rio de Janeiro, a adoção da metodologia da pesquisa de insumos para organizar o sistema de cadeia de suprimentos**, com base nas informações coletadas junto ao sistema produtivo, resultou numa considerável diminuição dos itens armazenados – cerca de 40% a 50% de redução na quantidade de itens!

A LBM deve expressar também – além do que os serviços necessitam – informações sobre a descrição ou **especificação** de cada item de consumo, de modo que ele seja facilmente identificado por todos os profissionais da unidade.

O que significa **especificação** de um material ou insumo?

As fontes de informação para se fazer uma boa descrição do material são, em primeiro lugar, os profissionais que utilizam o material e que são as fontes primárias de informação. Mas, frequentemente, as informações fornecidas pelos clientes da cadeia de suprimentos não são suficientes. Podem e devem ser utilizadas também as seguintes fontes complementares:

- manuais e sites do Ministério da Saúde;
- normas técnicas da ABNT;
- Inmetro;

Especificação é a descrição detalhada de um material ou insumo incluído na lista básica, contendo suas características físicas e sua composição.

Dispondo das informações primárias e secundárias, o próprio sistema de cadeia de suprimentos estará capacitado a elaborar as especificações. Isso significa que um bom sistema de cadeia de suprimentos deve contar com um banco de dados de especificações de materiais, tornando-se mais autônomo em relação ao sistema produtivo.

Para testar o que foi dito, vamos utilizar dois exemplos, o de uma especificação correta e outra incorreta. Você vai identificá-las facilmente.

Especificação A: Compressa de gaze 7,5 cm x 7,5 cm com 13 fios e oito dobras.

Especificação B: Compressa de gaze 7,5 cm x 7,5 cm, estéril, com 13 fios, oito dobras, medindo 15 cm x 30 cm aberta, alva, macia, de rápida absorção, isenta de impurezas, tamanho uniforme, com dobras encontrando-se para dentro da compressa (não deixando fios soltos).

Até este ponto já aprendemos que um sistema de cadeia de suprimentos competente tem como objetivos:

- construir o processo de cadeia de suprimentos com base nas informações do sistema produtivo da unidade – utilizando a **pesquisa dos insumos** como ferramenta de planejamento dos suprimentos; e
- construir, com os dados da pesquisa de insumos, a **padronização** de insumos/materiais.

Mas, atenção! Como fazer para incluir um novo insumo na LBM, quando a sua indicação define apenas um determinado e único insumo?

É necessário um **parecer técnico** que defina as suas vantagens em relação às de outros materiais concorrentes.

Precisa ficar bem claro que não basta destacar as qualidades de determinado produto; é importante, e mesmo indispensável, informar suas vantagens sobre os outros similares. A isso se dá o nome de **consistência técnica do parecer**.

Não se pode conceituar um parecer técnico como correto se o seu teor justifica um insumo somente pelo fato de o material ser aquele que o profissional/produtor está acostumado a utilizar, ou porque é um material que não “nos deixa na mão”. Esse tipo de parecer não tem consistência técnica.

O subsistema de planejamento identifica e especifica os insumos. Mas você já imaginou se, sempre que houver necessidade de adquirir compressas de gaze estéril 7,5 cm x 7,5 cm, for preciso transcrever toda aquela longa especificação citada anteriormente, quando demos um exemplo de uma especificação bem feita?

Essa situação dificultaria o processo de cadeia de suprimentos, tornando-o moroso e ineficiente. Por isso, usam-se métodos simplificados de identificação de materiais.

Parecer técnico qualifica os materiais segundo os padrões de excelência – qualidade e desempenho, condições de manutenção, assistência técnica e garantias – ao mesmo tempo em que identifica, nos insumos concorrentes ou similares, as suas deficiências técnicas.

Classificação e codificação de materiais**Classificar insumos e materiais**

Definir critérios para agrupá-los para posterior codificação.

Codificar insumos e materiais

Criar, com base na classificação, uma linguagem específica para melhorar a segurança e dar consistência às transações do sistema de cadeia de suprimentos, uma vez que cada insumo só pode ter um código.

Os códigos numéricos ou alfanuméricos identificam todos os materiais e insumos em uso. Devem ser expansíveis, consistentes em seus critérios, breves e impessoais. Deve-se estar atento, contudo, pois um código não pode se referir a mais de um material/insumo, e um insumo não pode ter mais de um código. Veja exemplos de codificação a seguir.

Exemplo de estrutura de códigos para insumos/materiais

- Dois primeiros números – XX – representam o grupo, por exemplo:
 - grupo de fios cirúrgicos;
 - grupo de materiais fotográficos, radiográficos e gráficos;
 - grupo de especialidades farmacêuticas;
 - grupo de instrumentos cirúrgicos, entre outros.
- Dois números seguintes – YY – representam o subgrupo.
- Três números complementares – ZZZ – representam o material/insumo.

Exemplo de codificação completa

O código **030111** representa o seguinte insumo:

- grupo 03 – especialidades farmacêuticas;
- subgrupo 01 – antibióticos;
- item 111 – benzilpenicilina benzatina 1.200.000u.

Assim, o código 030111 representa o insumo benzilpenicilina benzatina 1.200.000u.

b) Acompanhamento e controle

O subsistema de planejamento e a padronização dele decorrente fornecem ao sistema de cadeia de suprimentos uma **LBM**.



A LBM informa **o que** e **quanto** deve ser comprado, e o subsistema de acompanhamento e controle, utilizando técnicas próprias, vai informar **quando** comprar (em que momento) e confirmar o **quanto** (verificando os dados de consumo estimados com efetivamente consumido).

Esse é o instrumento gerencial básico de todo o sistema, visto que, de posse dele, o sistema de cadeia de suprimentos terá toda a responsabilidade pela cadeia de suprimentos da unidade. Afastando-se a hipótese da falta de recursos orçamentários/financeiros, qualquer desabastecimento só ocorrerá por catástrofe ou incompetência.

Você reparou que, no primeiro subsistema descrito – o de planejamento –, a participação do sistema produtivo é fundamental e imprescindível? Você sabe por quê?

Porque os profissionais que compõem o sistema produtivo são aqueles que possuem as informações sobre os procedimentos e os materiais para realizá-los.

A partir deste segundo subsistema, e até o quarto e último, os clientes do sistema de cadeia de suprimentos – que são os profissionais do sistema produtivo da unidade – deverão ter participação mínima no processo. Com o passar do tempo e o manuseio das tecnologias aqui descritas, os profissionais do sistema de cadeia de suprimentos vão se aperfeiçoando nas técnicas e nos conhecimentos específicos.

É fundamental lembrar a vocês, futuros gestores, que, sem utilizar o planejamento da cadeia de suprimentos, a participação dos médicos e do pessoal de enfermagem em todas as fases da cadeia de suprimentos continuará indispensável, desviando-os de suas atribuições junto aos pacientes – como ainda ocorre hoje em muitas unidades. E isso é indesejável.

Depois de elaborada, é preciso gerenciar a LBM, isto é, acompanhar o comportamento dos insumos selecionados. Através de técnicas simples, podemos programar e acompanhar os **níveis de estoque**, as entradas e as saídas de materiais.

O cálculo do **consumo mensal dos materiais/insumos** é fundamental.

Existem algumas formas de efetuar esse cálculo. Indicamos, entretanto, o método mais simples, da **média aritmética móvel (MAM)**, que se baseia em considerar, para elemento de cálculo, o consumo dos seis meses anteriores.

$$\text{MAM7 (C7)} = \text{C1} + \text{C2} + \text{C3} + \dots + \text{C6} / 6$$

Onde: $\text{MAM7} = \text{C7}$, que é a média aritmética móvel ou consumo do sétimo mês;

$\text{C1} + \text{C2} + \text{C3} + \dots + \text{C6} / 6 =$ média do consumo dos seis meses anteriores.

O passo seguinte é estabelecer o **estoque mínimo dos materiais/insumos**, utilizando-se a seguinte fórmula:

$$\text{E (MIN)} = \text{CM} \times \text{Pr}$$

Onde: $\text{E (MIN)} = \dots$ estoque mínimo

$\text{CM} \dots = \dots$ consumo mensal

$\text{Pr} \dots = \dots$ prazo de reabastecimento

O fator **prazo de reabastecimento (Pr)** deve ser definido segundo a realidade da execução administrativa de cada unidade de saúde. Consiste no tempo decorrente entre a solicitação de aquisição do material/insumo até a sua entrega de fato pelo fornecedor à unidade.

- ☐ — Vamos fazer uma atividade simples de cálculo.
 - ☒ — Passe, agora, para o AVA, a fim de realizar a primeira atividade de autoavaliação do Tema 3.1.
 - ☐ — No AVA, você também encontrará leituras complementares, caso queira aprofundar seus conhecimentos sobre normas para licitações e contratos da administração pública.
- Depois volte a esta página e continue seu estudo.

Como pode existir ainda um risco de desabastecimento na unidade, adota-se, adicionalmente ao estoque mínimo, o **estoque de segurança**, ou **estoque estratégico – E(S)**.

O estoque estratégico dos materiais/insumos é determinado, na prática, pela equação:

$$E(S) = CM$$

Outra função de vital importância no subsistema de acompanhamento e controle é a gestão do estoque. Essa função dispõe de dois instrumentos de aplicação já bastante difundidos: a curva ABC e a curva VEN ou XYZ.

A **curva ABC** é uma técnica gerencial fundamental para os gestores, uma vez que classifica os materiais/insumos segundo sua importância financeira:

- **itens A:** são de grande relevância financeira – representam, em média, 5% do número de itens estocados, mas requerem 80% dos recursos financeiros na reposição;
- **itens B:** são de importância financeira intermediária – representam, em média, 15% do número de itens em estoque e requerem 15% dos recursos financeiros na reposição;
- **itens C:** são de pequena importância financeira – representam, em média, 80% do número de itens estocados e requerem apenas 5% dos recursos financeiros na reposição.

A curva ABC fornece informações importantes ao gestor de estoque e permite a adoção, por exemplo, de medidas do tipo:

- o acompanhamento sistemático, em períodos curtos – diário ou, no máximo, semanal –, da movimentação dos itens A;
- o acompanhamento dos itens B em períodos mensal ou trimestral;
- o acompanhamento dos itens C em períodos semestral ou anual.

A **curva VEN** ou **XYZ**, por sua vez, é uma técnica que classifica os materiais/insumos segundo sua essencialidade técnica:

- **insumos vitais:** itens cuja falta põe em risco a vida dos pacientes ou o funcionamento da unidade de saúde. Exemplos: medicamentos, seringas e gases medicinais;
- **insumos essenciais:** itens de grande importância, mas não vitais. Exemplos: alguns medicamentos, uniformes e componentes de aparelhos de uso eventual;
- **insumos não essenciais:** itens relativamente menos importantes. Exemplo: material de escritório.

Para o gestor de materiais/insumos, é fundamental a utilização dos instrumentos – curva ABC e curva VEN – não só para o acompanhamento, mas também para a tomada de decisão na ocasião de repor estoques, uma vez que o fator “escassez de recursos financeiros” obriga os gestores da área da saúde a ter necessidade de definir prioridades.



Vamos construir, na prática, uma curva ABC?



Passe, agora, para o AVA, a fim de realizar uma atividade sobre o Tema 3.1 – atividade complementar.



À essa atividade não será atribuído conceito.

Depois volte a esta página e continue seu estudo.

c) Compras

Pense na sua unidade ou serviço. Procure verificar, por exemplo, o tempo que decorre, em geral, entre uma solicitação de materiais e a sua efetiva chegada às mãos do profissional (de saúde) que os utiliza. Certamente é longo. Será até superior a três meses? Verifique, também, se tudo o que foi solicitado acabou sendo efetivamente adquirido na quantidade e qualidade desejadas.

Em geral, a situação encontrada não é das mais satisfatórias, não é única e, infelizmente, é muito frequente.

Só que essa realidade pode ser mudada. Vamos entendê-la para depois partir para as mudanças. Até aqui já estudamos que:

- o **subsistema de planejamento** – por meio da técnica da pesquisa de insumos – produz a Lista Básica de Materiais (LBM), definindo o que e quanto comprar de cada item;
- o **subsistema de acompanhamento e controle** produz o cronograma de compras (os momentos das compras) e acompanha o **efetivo consumo médio mensal** (o CMM) de cada item. Dessa forma, esse subsistema confirma as quantidades de materiais/insumos já identificadas no subsistema de planejamento para cada procedimento de cada setor do hospital. A soma dos CMMs de todos os itens totaliza as necessidades mensais dos materiais/insumos.

Até aqui foi fácil, não? E agora?

A partir dessas definições, é chegado o momento das aquisições, das **compras** – o ponto nevrálgico da cadeia de suprimentos no serviço público, aterrador para alguns, ou seja, o momento das **licitações**.

Licitação é o procedimento formal que a administração pública utiliza para a escolha da melhor proposta de compra de seu interesse.

Diferentemente do setor privado, o setor público usa formas padronizadas, com base nos conceitos e princípios arrolados na **Lei n. 8.666 – a Lei das Licitações** e suas posteriores modificações –, para realizar os chamados processos licitatórios ou simplesmente **licitações**.



Leituras recomendadas

- [Lei n. 8.666/93](#)



- [Decreto n. 3.722/2001](#)



Antes de prosseguir, reforçamos que você leia, caso ainda não o tenha feito, a Lei n. 8.666, de 21/06/1993, e o Decreto n. 3.722, de 09/01/2001).

O ato de divulgação da licitação ou **edital** é um **instrumento técnico fundamental** do subsistema de compras e deve ser muito bem elaborado quanto às especificações dos itens a serem adquiridos. Na verdade, o edital é como um contrato entre:

- **comprador:** que pode ser personificado por um órgão central de compras de qualquer uma das três esferas de governo, ou por unidades orçamentárias descentralizadas; e
- **vendedores:** que são os fornecedores dos insumos/materiais ou prestadores de serviços.



Lembre-se de que nós já analisamos a importância de se especificar corretamente o que se deseja adquirir.

O edital é um instrumento determinante para que as compras sejam realizadas com competência e, por isso, deve incluir, por exemplo, os seguintes **critérios para julgamento**, com disposições claras e parâmetros objetivos:

- laudo de certificação;
- fornecimento de amostras;
- prazo de validade dos produtos;
- embalagem personalizada;

- código de barras;
- fornecimento de peças sobressalentes, definidas pelo comprador;
- garantias – prazo e cobertura total ou parcial a partir da data de funcionamento do material ou serviço;
- fornecimentos de esquema e manuais de instalação, operação e manutenção – no caso de equipamentos;
- relação de prestadores de serviços autorizados para assistência técnica – também no caso de equipamentos e materiais permanentes;
- proposta de treinamento para o(s) usuário(s) de insumos e/ou operador(es) do equipamento, imediata à sua aquisição;
- no caso de instalação de equipamento pelo próprio fornecedor, o momento exato em que deverá ocorrer.

É, portanto, na Lei das Licitações (Lei n. 8.666) que o serviço público tem a sua regulamentação de compras, sejam elas de insumos/materiais de consumo ou de material permanente (equipamentos), ou até mesmo de contratação de serviços (de terceiros).

De acordo com a Lei das Licitações, existem cinco diferentes modalidades de licitação (BRASIL, 1993):

- concorrência;
- tomada de preços;
- convite;
- concurso;
- leilão.

Para cada modalidade, três tipos distintos de licitação podem ocorrer:

- menor preço;
- melhor técnica;
- melhor técnica e menor preço.

A modalidade de licitação a ser utilizada decorre da quantidade de recursos financeiros envolvidos na aquisição e/ou contratação.

A Lei n. 8.666 também é conhecida, de modo pejorativo, como a “lei do menor preço”. Por isso, é preciso – além de tomar conhecimento do

seu texto – saber interpretá-la de modo a satisfazer as necessidades de compras e/ou dos contratos de forma eficiente e eficaz.

É importante salientar sempre que, ao tratar do critério de licitação por menor preço, a lei não exclui o critério de qualidade. Claro, se as qualidades forem iguais, deve-se optar pela compra de menor preço. Menor preço sempre em benefício do serviço público; afinal, estamos lidando com recursos oriundos de impostos, recursos pagos por nós mesmos! É fundamental entender que, quando a lei menciona menor preço, é preciso levar em conta as condições fixadas no edital. Assim, não é um menor preço desqualificado. Não é o menor preço apresentado dentre todos; é o menor preço dentre os itens que apresentam a **mesma** qualidade. O serviço público – dentro do espírito da lei – deve comprar o que melhor atenda aos seus interesses – estabelecido no edital – e que tenha o menor preço.

O segredo, portanto, é fazer sempre um bom edital, com base em especificações precisas daquilo que se quer adquirir.

Vamos fazer uma atividade.



Leituras recomendadas

Sugerimos que você leia as leis e decretos relativos ao registro de preços e pregão.

Os textos completos dessas legislações estão disponíveis no [Portal de Compras do Governo Federal](#).



O serviço público é sempre obrigado a licitar?



Existem exceções previstas na própria legislação. São os casos chamados de dispensa de licitação e inexigibilidade.



Identifique, com base na legislação vigente, os casos nos quais essas exceções podem ser aplicadas.

Pense um pouco nisso antes de prosseguir. Recomendamos que você registre as suas ideias a esse respeito e salve de maneira que possa consultá-las posteriormente.

A Lei das Licitações é também acusada de estabelecer procedimentos excessivamente burocráticos, dificultando os processos de compra. Temos de reconhecer que, pelo menos em parte, infelizmente, isso é verdade. A justificativa seria a sua tentativa de ser abrangente, visto que regulamenta tanto a compra de uma caneta esferográfica quanto a construção de uma grande obra, como a ponte Rio–Niterói.

Reconhecendo essa dificuldade, duas tecnologias de compras estão hoje disponíveis no serviço público para agilizar os processos:

- sistema de registro de preços;
- compras por modalidade de pregão.

d) Guarda e distribuição

O quarto e último subsistema do sistema de cadeia de suprimentos ocorre no **almoxarifado**, pois é lá que são desenvolvidas as atividades de guarda e distribuição dos materiais/insumos.

É neste subsistema que ocorrem as relações com os fornecedores (**recepção de materiais**) e com os usuários dos materiais (**expedição ou distribuição da logística interna**). Ele envolve diversas atividades:

- recepção;
- inspeção da qualidade;
- estocagem;
- distribuição.

A **recepção**, bem como a **inspeção de qualidade**, devem dispor de um local fisicamente próprio no almoxarifado. Se não puderem ficar do lado oposto, elas devem, pelo menos, estar situadas bem distantes da expedição e da distribuição. A recepção é responsável pelos procedimentos de conferência física, em que os elementos constantes da nota de entrega do material emitida pelo fornecedor são checados com aqueles constantes na nota de empenho.

A função de **estocagem** deve ser realizada em ambiente com ausência de umidade, sem calor ou frio excessivos, com proteção contra roedores, pássaros, incêndios e com boa circulação de ar. Nesta função, os armazéns são pouco complexos, utilizam apenas estrados e prateleiras, e a movimentação se faz manualmente ou com equipamentos simples.

O controle físico da existência dos materiais estocados no almoxarifado é feito por meio de controles duplos:

- registro em fichas que ficam junto ao produto: **ficha de prateleira**;
- fichas que ficam fora do almoxarifado: **fichas de controle físico/financeiro** ou **Kardex**;
- **registros informatizados**: que hoje substituem os registros Kardex.

Periodicamente, deve-se fazer a contagem dos itens. A esse processo, chamamos **inventário**. Com o advento da informática, as fichas foram substituídas por listagens, que podem ser emitidas com frequência muito maior, facilitando o controle físico e financeiro do armazenamento.

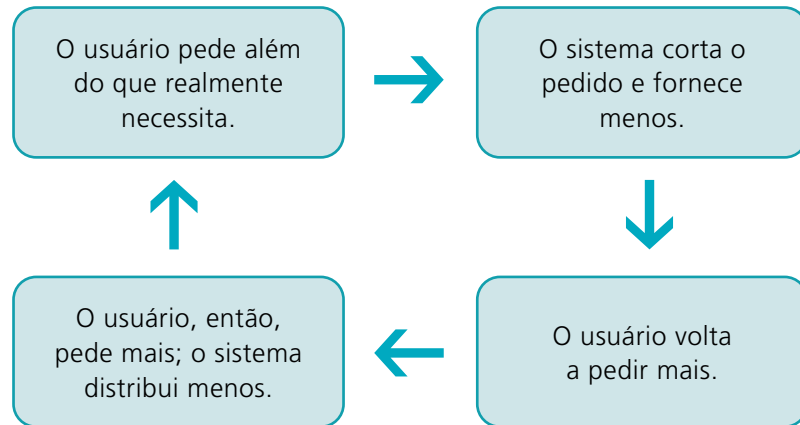


Você lembra o que é uma nota de empenho?

Você já estudou esse termo no Módulo 2 – Bases e ferramentas da gestão financeira e orçamentária.

A função de **distribuição**, frequentemente, é responsabilizada por falhas do sistema de cadeia de suprimentos, do qual também é tão vítima quanto o usuário; se os estoques estiverem zerados ou forem insuficientes, não haverá o que distribuir.

Estabelece-se, então, um **círculo perverso da desconfiança**, que pode ser descrito assim:



Qual é a saída?

A resposta é romper com o ciclo da desconfiança.

O sistema de cadeia de suprimentos deve ter uma logística que permita prover qualitativa e quantitativamente o seu cliente/usuário. As unidades produtoras precisam de todos os materiais necessários ao seu bom funcionamento, com qualidade e preço justo.

Esse é o princípio da existência de um sistema de cadeia de suprimentos.

A lógica de **distribuição** deve ser baseada no fato de que o sistema de cadeia de suprimentos é o grande armazenador de materiais, o único com espaço suficiente para grandes depósitos por longo tempo. Ele não deve delegar aos sistemas produtivos a capacidade de estocagem, criando “subestoques” que tendem a aumentar o imobilizado (desviando recursos da produção), além de gerar desperdícios, mau uso e desvios.

Por isso, o sistema de cadeia de suprimentos deve assumir, também, como sua responsabilidade, a reposição dos itens consumidos em cada unidade de produção por meio de um método denominado **distribuição automática com entrepostagem**.

Vamos ver o que é e como implantar tal método em um serviço:

- **pesquisa de insumos:** elaborada com base nas informações dos profissionais do sistema produtivo, fornece as informações sobre o quantitativo de todos os itens consumidos em cada serviço/setor da unidade de saúde;
- definir **entrepósitos:** locais que recebem os materiais/insumos do almoxarifado semanalmente para distribuir ao conjunto de serviços/setores sob sua responsabilidade;
- constituir uma **lista de insumos** por entreposto, cuja principal função é repor diariamente os insumos para o conjunto de serviços ou setores;
 - na primeira vez, o almoxarifado fornecerá a lista completa dos insumos do referido entreposto;
 - a cada novo fornecimento semanal, o almoxarifado (após conferir o estoque de cada item no entreposto) irá repor as faltas;
 - não ocorrem reposições padronizadas após o primeiro fornecimento; apenas uma reposição complementar daqueles itens que estiverem com quantidades abaixo da grade inicial.

Se for introduzida a automação com **código de barras e leitura óptica** (duas tecnologias fáceis de utilizar e disponíveis no mercado), o processo de distribuição torna-se automático, sem burocracias e sem pedidos.

Considere os supermercados, nos quais a leitura óptica nos caixas ativa todo o sistema de controle de estoque das prateleiras. Isso nós vemos todos os dias.

Por que não utilizar esse tipo de tecnologia em nossos hospitais?

Em resumo, podemos dizer que o processo de suprimento de materiais de consumo (sem descontinuidade) de uma unidade prestadora de serviços à saúde, em funcionamento pleno, deve dispor de um sistema cuja lógica:

- se inicie com a identificação do que a unidade produz e dos materiais necessários para produzir: utilização da ferramenta gerencial **pesquisa de insumos** junto ao sistema produtivo da unidade;
- após conhecer o que está sendo produzido em todos os setores, cruze essas informações com os gastos de cada item: esse é o **processo de acompanhamento e controle da cadeia de suprimentos na visão do cliente/usuário;**



Leitura recomendada

Para subsidiar seu estudo, recomendamos a leitura do texto Distribuição automática de insumos (INFANTE, 2007), disponível na Biblioteca do material didático digital.

Depois de ler esse texto, volte a esta página e continue seu estudo.



Leitura recomendada

Para subsidiar seu estudo, recomendamos a leitura do texto Automação na logística e na distribuição de insumos (INFANTE, 2007), disponível na Biblioteca do material didático digital.

- estabeleça o cronograma de compras por sistemas ágeis de cadeia de suprimentos: **sistema de registro de preços e pregão**;
- implante a logística de distribuição interna e automática dos insumos: por meio da técnica da **entrepостagem**.



Passe, agora, para o AVA, a fim de realizar as atividades de autoavaliação sobre o tema.

Tema 3.2

A gestão de tecnologias em saúde

Este tema é apresentado apenas no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA).

Gestão da qualidade em saúde



Módulo 1

Gestão da clínica

Margareth Portela e Mônica Martins

Este módulo está organizado nos seguintes temas:

Tema 1.1 – Qualidade da assistência à saúde

Tema 1.2 – Melhoria contínua de qualidade

Tema 1.3 – Abordagens para a medição e melhoria da qualidade da assistência à saúde

Tema 1.4 – Objetivos, pontos-chave e desafios para a implementação da gestão da clínica



Todos esses temas devem ser estudados no AVA.

Lá você encontrará, também, instruções para voltar ao estudo deste caderno.

Módulo 2

Utilização de serviços de saúde: principais conceitos

Margareth Portela e Mônica Martins

Este módulo está organizado desta forma:

Quadro conceitual – Principais conceitos

Tema 2.1 – O conceito de necessidade

Tema 2.2 – O conceito de demanda

Tema 2.3 – O conceito de acesso

Tema 2.4 – O conceito de utilização de serviços de saúde



Os temas deste módulo deverão ser estudados tanto neste Caderno de Estudo quanto no AVA.

Tema 2.1

O conceito de necessidade

Este tema é apresentado apenas no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA).

Tema 2.2

O conceito de demanda

Este tema é apresentado apenas no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA).

Tema 2.3

O conceito de acesso

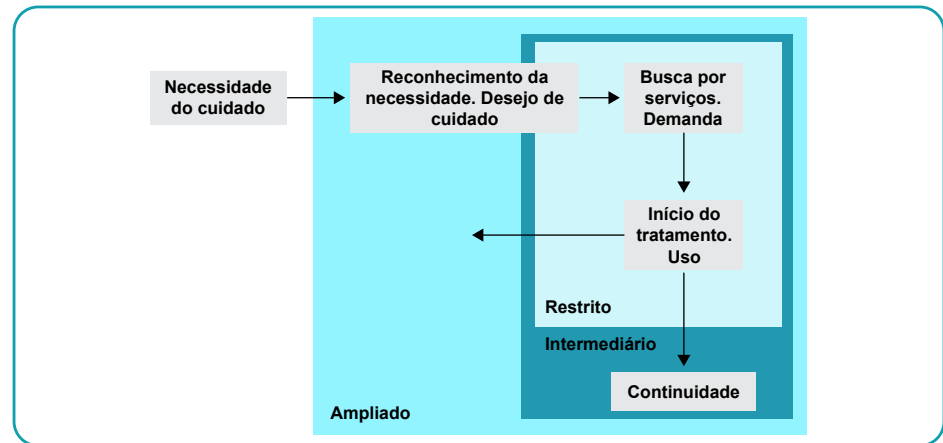
Acesso é um conceito complexo e empregado de forma imprecisa, com significados diversos entre autores (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Podemos falar em acesso ao cuidado de saúde, aos serviços e ao sistema.

É importante destacar que o termo acessibilidade é usado tanto como sinônimo de acesso quanto como uma dimensão do conceito de acesso. Além disso, esse conceito é empregado no sentido restrito, intermediário e ampliado do termo, como descreveu Frenk (1985).

A esse respeito, veja a seguir a Figura 1.

Figura 1 – Dimensões do conceito de acesso



Fonte: Frenk (1985).

Neste módulo, utilizaremos um ou outro termo em função do autor citado e iremos destacar alguns exemplos do conceito de acesso.

Genericamente, o termo acesso é definido como liberdade ou capacidade de obter ou fazer uso de alguma coisa.

No campo da saúde, acesso pode ser definido por aquelas dimensões que descrevem a entrada potencial ou real de um dado grupo populacional no sistema de prestação de cuidados de saúde (CAMARGO JUNIOR *et al.*, 2008). Nesse caso, a desigualdade de acesso é compreendida como um aspecto da iniquidade ou retrato da desigualdade social no uso e consumo de serviços de saúde.

Acesso também é entendido como o conjunto de circunstâncias, de diversas naturezas, que viabilizam a entrada de cada usuário ou paciente na rede de serviços, em seus diferentes níveis de complexidade e modalidades de atendimento.

Dito de outra forma, representa as dificuldades ou facilidades em obter o tratamento desejado. Esse conceito está, portanto, intrinsecamente ligado às características da oferta e disponibilidade de recursos. Pode-se ainda dizer que “acesso” é a possibilidade de se obter os serviços

necessários em quantidade suficiente e com um custo razoável, isto é, envolve a remoção de obstáculos físicos e financeiros.

Donabedian (1973) denomina **acessibilidade** ao conjunto de fatores que intervêm entre a capacidade de produzir serviços e a produção ou consumo de fato desses serviços. O acesso é um fator que intervém no uso de serviços. Compreendido por outros autores como aquelas características dos recursos que os tornam mais ou menos utilizáveis, a concepção de Donabedian amplia esse conceito. Assim, a acessibilidade é vista além da mera presença ou disponibilidade de recursos num dado lugar e tempo. Sua definição englobará as características dos recursos que facilitam e obstruem o uso por clientes potenciais.

Ainda segundo Donabedian (1973), a **acessibilidade** divide-se em:

- **Acessibilidade sócio-organizacional:** são aquelas características dos recursos, excluindo os atributos espaciais, que facilitam ou aumentam os esforços dos clientes na busca de cuidado. Por exemplo, políticas de admissão formal ou informal, que excluem pacientes em função de sua cor e situação econômica, ou diagnóstico preferencial dos indivíduos em função de sua identidade com relação à raça ou à religião;
- **Acessibilidade geográfica** (aspectos espaciais da organização dos recursos) **ou acesso à fonte de cuidado:** centra o foco sobre resistências ou dificuldades criadas pelo espaço. Essa resistência pode ser medida por:
 - distância linear;
 - distância de locomoção;
 - tempo de locomoção;
 - custo da viagem.

Com essa preocupação, foram feitos vários estudos para avaliar se o fato de, por exemplo, morar próximo ou longe de um centro hospitalar aumenta ou diminui o uso desses serviços.

Embora, na maioria dos casos, possam servir como sinal de alerta sobre o desempenho dos serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados, alguns indicadores podem ser úteis para a avaliação de determinados aspectos do acesso aos serviços de saúde. Por exemplo, o tempo de espera para algum tipo de tratamento ou consulta especializada produz informação sobre acesso.

Igualmente, algumas medidas de utilização ajudam a identificar possíveis barreiras de acesso, como, por exemplo:

- altas taxas de uso de serviços de emergência podem indicar dificuldade de acesso a prestadores de cuidado primário, do tipo consultas médicas especializadas;
- baixa taxa de referência a especialistas pode significar excessivo incentivo financeiro aos prestadores de cuidado primário ou falta de especialistas qualificados dentro da rede de serviços contratados;
- número e distribuição de leitos hospitalares credenciados, política de admissão em face de modificações no sistema de reembolso, política de transferência de pacientes considerados não rentáveis e tratamento recebido podem também fornecer indicativos do padrão de acesso (CORRIGAN; ROGERS, 1995).



Qual a diferença entre o conceito de “acesso no sentido restrito” e o de “acesso no sentido ampliado”?

Passe, agora, para o AVA, e faça a atividade de autoavaliação sobre o tema.

Depois continue no AVA e siga para o Tema 2.4.

Tema 2.4

O conceito de utilização de serviços de saúde

Vamos estudar, agora, os seguintes tópicos:

- Avaliação do padrão de uso dos serviços de saúde
- Modelos de utilização de serviços de saúde

a) Avaliação do padrão de uso dos serviços de saúde

A análise do padrão de utilização de serviços de saúde toma por base a hipótese de que a necessidade de saúde é o principal determinante do uso dos serviços de saúde. Contudo, o uso de serviços preventivos é mais fortemente associado a outros fatores como, por exemplo, a situação socioeconômica (ANDERSEN; NEWMAN, 1973).

A utilização nem sempre corresponde perfeitamente à morbidade, considerando que outros fatores interferem na busca por cuidados de saúde,

como a própria característica da oferta ou a demanda induzida pelo médico. Entretanto, a análise das informações sobre o uso dos serviços ajuda a dimensionar a morbidade, através do manuseio de estatísticas de admissão e de tratamento hospitalar (PINEAULT; DAVELUY, 1986).

No que concerne às características demográficas e socioeconômicas, observa-se que fatores ligados a idade, gênero, raça, renda e nível educacional determinam padrões diferenciados no uso dos serviços de saúde. Observa-se, por exemplo, que crianças e idosos usam os serviços de saúde de forma mais regular do que adultos na idade produtiva, sendo que, entre os idosos, uma pequena parcela os consome em grande quantidade (ROOS; SHAPIRO; TATE, 1989). Também se observa que mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que homens, mesmo controlando o fato de elas apresentarem maiores níveis de percepção de morbidade (HULKA; WHELT, 1985).

Características do sistema de saúde, como formas de pagamento dos médicos, também têm influência no aumento ou na diminuição do uso. A transferência, para os usuários, de custos, ou o copagamento, influi na diminuição do uso, podendo incidir também sobre aqueles casos em que seria recomendado o uso de determinado cuidado. O aumento dos recursos disponíveis, como o número de médicos ou de leitos, tem efeito sobre o aumento do uso.

Variações no uso dos serviços de saúde podem ser estudadas em diferentes níveis, passando pelo médico, individualmente, até o sistema de saúde. Os indicadores de utilização mais frequentemente usados são:

- taxas de consultas médicas;
- taxas de intervenções cirúrgicas;
- taxas de exames diagnósticos;
- taxas de casos encaminhados;
- taxas de hospitalizações;
- taxas de dias de hospitalização; e
- tempo médio de permanência.

Esta análise requer informações precisas sobre as atividades e os serviços de saúde, de forma a estabelecer a relação entre as atividades realizadas e a população atendida (ANDERSEN; MOONEY, 1990).

Estudos que analisam a variação da utilização, em pequenas áreas, encontram diferenças significativas na incidência de taxas de hospitalização (WENNBERG; MCPHERSON; CAPER, 1984). Veja o quadro a seguir.

Quadro 1 – Taxas de internação em pequenas áreas

Taxas de internação selecionadas em 30 áreas do Maine (EUA), 1980-1982		
Variação	Causas clínicas	Causas cirúrgicas
Baixa (1,5 vezes)	–	Herniografia inguinal
Moderada (2,5 vezes)	IAM AVE Hemorragia gastrointestinal	Apendicectomia Colecistectomia
Alta (3,5 vezes)	Arritmias cardíacas Angina	Histectomia Cirurgias cardiovasculares
Muito alta (8,5 vezes e mais)	Dor no peito Isquemia cerebral transitória	Tonsilectomia Biópsia de mama

Fonte: Wennberg, McPherson, Caper (1984).

Esses estudos demonstram que:

1. as características populacionais, como idade e morbidade, por si só, não podem explicar o grau de variação encontrado na utilização de serviços de saúde entre as áreas comparadas;
2. o padrão de variação de taxas de hospitalização para diagnósticos específicos ou condições cirúrgicas é mais bem explicado pela diferença no julgamento da pertinência e propriedade do tratamento, e essas diferenças surgem da discordância e da falta de consenso sobre o valor e os resultados obtidos por meio de formas alternativas de solucionar problemas clínicos;
3. como a utilização não é limitada pelo consenso científico, fatores não associados à saúde, como a oferta de recursos, podem influenciar as decisões clínicas (WENNBERG, 1993).

Blais (1989) sintetiza os principais fatores capazes de explicar as variações geográficas na utilização dos serviços de saúde:

- **Imprecisões dos dados:** informações incompletas, diferença na codificação de doença e procedimento, denominador populacional incorreto, erros na coleta e registro dos dados.
- **População:** incidência das doenças, distribuição demográfica – idade e sexo, características sociodemográficas, desconforto associado a um problema de saúde, propensão individual para consultar médico, desejos e expectativas.

- **Sistema de cuidado:** disponibilidade de pessoal, de leitos, de fundos e de serviços (tecnologias disponíveis), forma de financiamento e de pagamento, organização dos serviços e regulação.
- **Características do profissional de saúde (prestador):** características sociodemográficas, estilo pessoal e preferências, hábitos e aderência às práticas organizacionais – hospitais que realizam preponderantemente intervenções cirúrgicas, em oposição a tratamentos medicamentosos, consciência de seu estilo em comparação com outros profissionais, grau de conhecimento e de incerteza frente ao diagnóstico e quanto a indicações e efeitos de um tratamento.

São adotadas algumas estratégias para o acompanhamento das taxas de uso dos serviços de saúde, visando diminuir o uso de procedimentos inapropriados ou desnecessários. Dentre elas, as mais frequentemente utilizadas são:

- **Revisão de utilização:** compreende atividades, em geral, externas à organização, orientadas para garantir a utilização eficiente do leito hospitalar, por meio da revisão das indicações para internação e permanência do paciente no hospital. Efeitos positivos dessas ações incluem o aumento de leitos disponíveis, diminuição dos gastos e prevenção de efeitos iatrogênicos negativos. Entre estes estão os riscos de ocorrerem altas precoces ou criação de barreiras de acesso para a internação. Protocolos e instrumentos específicos foram desenvolvidos para esta atividade (STRUMWASSER, 1990).
- **Segunda opinião cirúrgica:** sistemática pela qual toda indicação cirúrgica é submetida à avaliação de um segundo parecer médico (CONSEIL CANADIEN D'AGRÉMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ, 1992).



Que características dos profissionais de saúde influenciam as variações geográficas na utilização dos serviços de saúde?

Passe, agora, para o AVA, a fim de realizar a atividade de autoavaliação sobre o tema.

b) Modelos de utilização de serviços de saúde

Ao longo das últimas décadas, diversos modelos teóricos foram propostos para se compreender e analisar a utilização dos serviços de saúde. As primeiras tentativas datam da década de 1950. Podem ser destacados como precursores o modelo de crenças em saúde (1959-1960) e aquele proposto por Andersen (1968 *apud* ANDERSEN; NEWMAN, 1973). Ao longo do tempo, os modelos ganharam maior complexidade e evoluíram a partir dos conceitos e relação esboçados (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Os modelos podem ser classificados segundo diversos critérios. Entretanto, em geral, podem-se identificar ao menos duas grandes categorias:

1. a primeira privilegia as características dos indivíduos potencialmente utilizadores dos serviços de saúde (modelos de demanda);
2. a segunda privilegia atributos e características dos serviços de saúde utilizados (modelos de oferta).

Nos denominados **modelos de demanda**, a utilização é compreendida como produto de escolhas, decisões e comportamentos dos indivíduos, e os modelos buscam explicar os processos ou os fatores relacionados com essas escolhas (HADDAD, 1992).

Nos **modelos de oferta**, os serviços ofertados e consumidos são o objeto de estudo. Esses modelos destacam a relação entre dois atores principais: os indivíduos suscetíveis de demandar e receber cuidados de saúde e o sistema de saúde/prestador, capaz de oferecer esses cuidados. O volume, o tipo e a natureza desses serviços são produtos da interação entre os indivíduos e os prestadores de serviço (HADDAD, 1992).

Dos modelos existentes na literatura, Travassos e Martins (2004) destacam os seguintes:

- a) o modelo de Andersen e Newman – 1973;
- b) o modelo de crenças em saúde (Health Belief Model) (ROSENSTOCK, 1990);
- c) o modelo de Aday e Andersen – 1974;
- d) o modelo de Dutton – 1986; e
- e) o modelo de Evans e Sttodart – 1984.

Dentre esses modelos de explicação da utilização de serviços de saúde existentes, o proposto por Andersen e Newman (1973) tem sido o mais aplicado nos estudos de utilização (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Esse modelo, cuja origem é o trabalho de Andersen (1968 *apud* ANDERSEN; NEWMAN, 1973), identifica três tipos de determinantes, representados em dois níveis, a saber:

1. o primeiro nível é formado pelos macrodeterminantes sociais e do sistema de saúde;
2. o segundo nível é formado pelos determinantes individuais (HADDAD, 1992).

Figura 2 – O modelo de Andersen e Newman



Fonte: Andersen; Newman (1973).

Os determinantes sociais, compostos pela tecnologia disponível e pelas normas (valores e normas sociais que influenciam a percepção dos indivíduos e o sistema de saúde), intervêm sobre os determinantes individuais e sobre aqueles referentes ao sistema de saúde. As características do sistema de saúde determinam a disponibilidade e a forma de organização dos recursos. Os determinantes individuais são aqueles cujo efeito sobre a utilização é mais imediato ou proximal.

No modelo de Andersen e Newman (1973), o uso de serviços é dependente de determinantes individuais agrupados em fatores de predisposição, fatores capacitantes e nível da doença.

O **fator de predisposição** é constituído pelas características **demográficas** (idade, sexo, estado civil e doenças pregressas), **sociais** (educação, raça, ocupação, tamanho da família, religião, etnia e mobilidade populacional) e pelas **crenças e valores** (diz respeito aos valores sobre saúde/doença, as atitudes com relação aos serviços de saúde e ao conhecimento sobre as doenças).

Os fatores capacitantes correspondem aos recursos da família (renda familiar, acesso ao cuidado de saúde ou ao serviço, existência de seguro-saúde) e da comunidade (disponibilidade de serviços com relação a população, preço dos serviços, localização).

O **nível da doença ou necessidade** diz respeito tanto à morbidade percebida pelos indivíduos em termos de incapacidade, sintomas, diagnósticos ou estado geral quanto à morbidade avaliada pelos profissionais de saúde em termos de sintomas e diagnósticos clinicamente definidos. Andersen e Newman (1973) assumem a existência de uma relação entre esses três fatores individuais, em que os fatores de predisposição influenciam os fatores capacitantes. O estado de saúde ou nível da doença é o determinante principal da utilização dos serviços de saúde. No entanto, os determinantes contextuais (determinantes sociais e do sistema de saúde) desse modelo foram poucos operacionalizados nos estudos empíricos (PHILLIPS *et al.*, 1998).

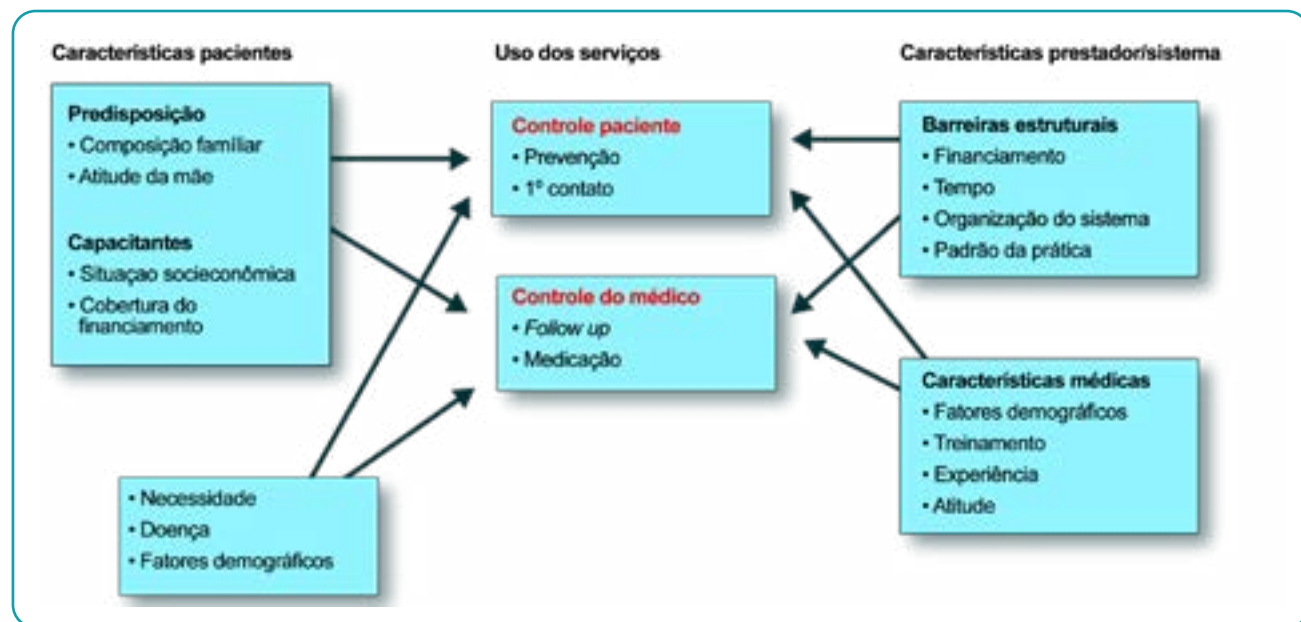
Outros modelos (ADAY; ANDERSEN, 1974; DUTTON, 1986) foram desenvolvidos tomando por base o trabalho de Andersen e Newman.

O modelo de Aday e Andersen (1974) considerou os modelos de Andersen (1968) e de Andersen e Newman (1973) ponto de partida. Aday e Andersen consideram determinantes diretos da utilização dos serviços de saúde as características da população (isto é, os mesmos determinantes individuais descritos por Andersen e Newman (1973): os fatores de predisposição, capacitantes e o nível da doença ou necessidade), as características do sistema de saúde (disponibilidade e organização dos recursos) e a satisfação. A satisfação é influenciada pelas características da população e do sistema de saúde e pela experiência passada no que diz respeito à conveniência, aos custos, à cortesia dos profissionais, à informação adquirida e à qualidade.

Aday e Andersen (1974) e Andersen e Newman (1973) consideram que existe uma interdependência entre satisfação, utilização passada e atual. O modelo contempla também a influência das políticas de saúde sobre as características da população e do sistema de saúde. Por fim, distingue-se a utilização com relação ao tipo de serviço (hospital, ambulatório ou emergência), ao objetivo do uso para serviços preventivos, curativos ou outro, ao tempo de espera e à continuidade dos contatos. Este modelo se distingue do modelo de Andersen e Newman (1973), descrito anteriormente, ao compreender a utilização como produto não exclusivo dos determinantes individuais, mas, sim, como fruto dos fatores individuais, do sistema de saúde, da interação entre esses dois fatores e da utilização passada do serviço de saúde.

Considerando a importância dos fatores ligados à oferta para o uso dos serviços, ainda são poucos os modelos que incluem as características individuais do prestador como fator de explicação do uso. Uma exceção é o modelo proposto por Dutton (1986).

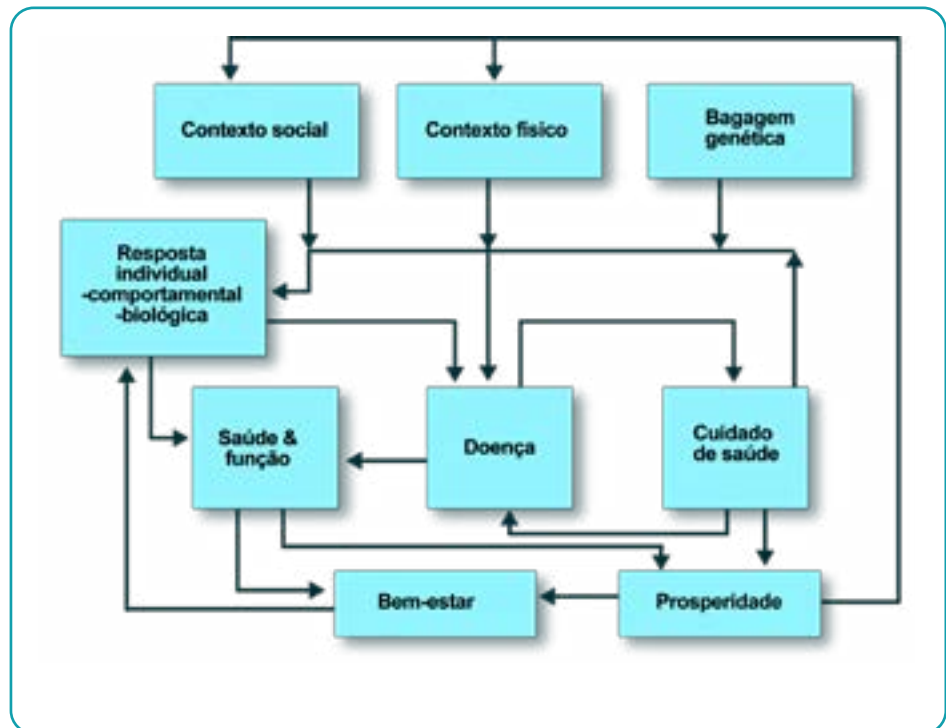
Figura 3 – O modelo proposto por Dutton



Fonte: Dutton (1986).

Tentativas mais recentes de pensar a inter-relação entre os elementos que explicam o uso dos serviços de saúde é o modelo proposto por Evans e Stoddart (1994), denominado "Modelo de Produção da Saúde".

Figura 4 – O Modelo de produção da saúde



Fonte: Evans; Stoddart (1994).

Esses autores relacionam “saúde” e “utilização”, distinguindo saúde e doença, e descrevem uma relação causal recíproca direta entre doença e utilização, na qual somente a doença é a responsável direta pelo consumo dos serviços de saúde.



Passe, agora, para o AVA, a fim de realizar a atividade de autoavaliação sobre o tema.

Depois, continue no AVA e siga para o Módulo 3.

Módulo 3

Avaliação de serviços de saúde: conceitos básicos

Margareth Portela e Mônica Martins

Este módulo está organizado nos seguintes temas:

Tema 3.1 – Avaliação da qualidade

Tema 3.2 – Abordagens para avaliação da qualidade

Tema 3.3 – Bases para julgamento: critérios e padrões

Tema 3.4 – Estratégias empregadas na avaliação e monitoramento da qualidade

Tema 3.1

Avaliação da qualidade

Este tema é apresentado apenas no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA).

Tema 3.2

Abordagens para avaliação da qualidade

Este tema é apresentado apenas no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA).

Tema 3.3

Bases para julgamento: critérios e padrões

A mensuração e a avaliação da qualidade se dão pela comparação da qualidade do cuidado prestado com os objetivos e padrões previamente definidos. A avaliação de desempenho ou da qualidade do cuidado presume uma comparação de elementos da estrutura, do processo e do resultado (que é denominada “critério”) com um padrão.



Os temas deste módulo deverão ser estudados tanto neste caderno quanto no AVA.

Em ambos os meios, haverá orientações precisas a respeito do que você deverá fazer a cada momento.

Agora, para iniciar o estudo deste módulo, vá para o material didático digital, disponível no AVA, e acesse a Introdução do Módulo 3.

Assim, **critério** é um atributo da estrutura, do processo ou do resultado capaz de interferir na qualidade, em geral expresso na forma de um indicador (entendido como um instrumento dirigido para a mensuração de determinada situação).

Padrão é uma medida quantitativa específica e precisa que define boa qualidade. Pode-se adotar como padrão:

1. os níveis mínimos aceitáveis;
2. os níveis de excelência; ou
3. o intervalo aceitável, relativo ao desempenho de um serviço.

Veja o quadro a seguir.

Quadro 1 – Estrutura, processo e resultado: exemplos* de critérios e padrões

	Estrutura	Processo	Resultado
Critério	Equipe da UTI	Transfusão sanguínea durante a cirurgia	Taxa de óbitos
Padrão	Não menos que uma enfermeira para dois leitos ocupados.	Não menos que 5% e não mais que 20% da média dos casos.	Não exceder 0,1% para um procedimento específico.

Fonte: Elaboração dos autores.

*Exemplos hipotéticos.

Os padrões podem ser classificados em **normativos** ou **empíricos**.

Os **padrões normativos** são desenvolvidos com base na evidência científica ou no consenso de especialistas. O consenso é obtido através de diversas técnicas, como, por exemplo, o **grupo focal** ou **método Delphi**.

Preferencialmente, os padrões normativos devem ser baseados em evidências científicas sobre a eficácia de procedimentos diagnósticos e terapêuticos específicos. Isso pode ser obtido através de revisões sistemáticas ou protocolos clínicos.

- **Revisão sistemática:** aplicação de estratégias científicas para limitar a ocorrência de vieses no processo de reunião, avaliação crítica e síntese de todos os estudos relevantes sobre um tópico específico, publicados ou não (sobre “revisão sistemática”, ver exemplo em Costa e Krauss-Silva, 2004).
- **Protocolos clínicos:** são afirmativas desenvolvidas de modo sistemático para ajudar profissionais e pacientes na decisão

sobre o cuidado apropriado no atendimento a condições de saúde específicas. Podem servir de referência para construção de critérios e padrões de avaliação dos processos de cuidado. (Protocolos clínicos estão disponíveis no site da Associação Médica Brasileira ou no site do governo dos EUA – National Guideline Clearinghouse.)

Os **padrões empíricos** representam aqueles obtidos na prática dos serviços, por exemplo, adotar como padrão organizações de excelência reconhecida. O *benchmarking* (ponto de referência) é um exemplo, em que determinado desempenho é definido como um marco a ser atingido. Esse nível de desempenho pode ser definido a partir das seguintes situações:

- **Benchmarks internos:** que são obtidos através de processos similares ao que se quer avaliar, desenvolvidos em uma mesma organização. Por exemplo, dentro de um hospital, diversas equipes cirúrgicas realizam determinado procedimento. Dentre essas, uma é chefiada por um dos precursores no uso dessa técnica. Então, o desempenho das outras equipes pode ser avaliado comparativamente a essa equipe, cujo chefe foi o precursor (padrão).
- **Benchmarks competitivos:** são comparações com os melhores competidores na mesma área de atuação. Por exemplo, o indicador da qualidade do desempenho do Hospital Albert Einstein, primeiro hospital brasileiro a ser acreditado pela Agência Internacional de Acreditação de Organizações de Saúde (Joint Commision International), pode ser adotado como padrão por outros hospitais.
- **Benchmarks gerais:** são obtidos a partir do melhor desempenho em processos similares desenvolvidos em organizações de excelência. Por exemplo, dentre os hospitais universitários, um se destaca com relação ao desempenho de suas comissões e atividades voltadas para a melhoria da qualidade.



Quais são os conceitos e exemplos de “critério” e “padrão”?



Passe, agora, para o AVA, e faça a primeira atividade de autoavaliação sobre o tema.



No AVA você também encontrará leituras complementares, caso queira aprofundar seus conhecimentos sobre algumas técnicas e protocolos clínicos.

Depois volte a este caderno e continue seu estudo.

Outro conceito fundamental na área de avaliação de serviços de saúde é o de **referente** ou “categoria” do fenômeno. O referente expressa as condições e as situações às quais o critério (ou indicador) está vinculado. Essa noção é importante para criar grupos homogêneos com relação ao processo de cuidado e aos resultados possíveis, manter coerência com a **validade causal** e garantir alta **validade atribuível**.

Exemplos de referentes são:

- diagnóstico ou categorias diagnósticas específicas;
- sinais e sintomas;
- procedimentos clínicos e cirúrgicos específicos;
- idade e sexo;
- tipo de serviço.

Um requisito necessário para avaliar a qualidade é o uso de indicadores ou medidas válidas. Contudo, a avaliação e a validade dessas medidas dependem de informação e dados confiáveis e do método de ajuste de risco para comparar os indicadores de desempenho dos serviços.

A informação é elemento essencial para a avaliação, e as principais fontes estão na documentação sobre a organização, nas estatísticas dos serviços, nos prontuários médicos, nos inquéritos (por exemplo, satisfação e preferências do paciente, estudos específicos) e nas bases de dados administrativas (produção hospitalar para financiamento).

Mas a qualidade dos dados é um elemento fundamental na construção de medidas ou indicadores válidos. Essa qualidade está relacionada a validade, confiabilidade; completitude e disponibilidade dos dados em tempo hábil.

Pergunta: seria correto afirmar que uma maternidade, com taxa de mortalidade de 0,1%, tem um desempenho de melhor qualidade que um hospital de ensino, com uma mortalidade de 7%?

Não, porque estariam sendo comparados pacientes com patologias e prognósticos bastante diversos. Além disso, pacientes com características de saúde diferenciadas implicam tratamentos (processo de cuidado) distintos. Dito de outra forma, seria como comparar maçãs e bananas como se fossem frutos semelhantes. Assim sendo, o ajuste de risco de indicadores ou medidas de desempenho ou qualidade é importante para garantir a validade da avaliação.

A principal justificativa para o ajuste de risco é que a gravidade do caso é um fator importante, capaz de confundir a relação causal entre processo e resultado. A esse respeito, veja a Figura 1, no início do Tema 3.2, no AVA.

Maior gravidade é sinônimo de maior risco ou de probabilidade de um resultado adverso, independentemente da qualidade do processo de cuidado.

Algumas definições de gravidade estão relacionadas a seguir:

1. probabilidade de morte;
2. perda total ou parcial de função orgânica;
3. intensidade da doença (*burden of illness*);
4. integridade fisiológica (SPIEGEL; KAVALLER, 1988; THOMAS, 1990).

Em geral, as principais variáveis mais frequentemente utilizadas para o ajuste de risco de indicadores de qualidade são:

- sexo;
- idade;
- tipo de admissão (emergência ou eletiva);
- gravidade da patologia principal (diagnóstico principal); e
- patologias associadas ou comorbidades (número e gravidade destas).

Sucintamente, o método para ajustar os indicadores ou medidas de qualidade pelo risco pode ser entendido como uma técnica de padronização, a exemplo da utilizada para taxas de mortalidade geral na Epidemiologia. A utilidade de seu emprego na avaliação comparativa de serviços do desempenho e da qualidade é estabelecer grupos homogêneos de condições e situações. Portanto, na comparação entre serviços e prestadores, é necessário o ajuste pelos fatores de risco dos pacientes (gravidade), o que significa considerar o perfil de casos.

☐
☒
☐

Você poderia comparar a qualidade do desempenho de dois hospitais com base nos dados disponíveis?

Passe, agora, para o AVA e faça a segunda atividade de autoavaliação sobre o tema.

Depois continue no AVA e siga para o Tema 3.4.

Tema 3.4

Estratégias empregadas na avaliação e monitoramento da qualidade

A avaliação pode ter dois principais focos: interno e externo.

São exemplos de **avaliação interna** aquelas realizadas pelo gestor, atividades de melhoria da qualidade, como a sessão clínica.

São exemplos de **avaliação externa** aquelas realizadas ou solicitadas pelos financiadores nos processos de acreditação, por associação de profissionais e de usuários (pacientes).

As avaliações provenientes de pesquisas acadêmicas são voltadas para a produção de conhecimento, mas, em algumas situações, auxiliam com seus produtos as iniciativas de avaliação interna ou externa.

Neste tema, vamos estudar os seguintes tópicos:

- a) Avaliação de processo
- b) Avaliação de resultados
- c) Acreditação de serviços de saúde
- d) Monitoramento do desempenho

a) Avaliação de processo

Avaliação de processo assume como pressuposto que melhor processo, baseado na qualidade técnico-científica, leva a melhor resultado. Envolve a justificação do uso de determinado recurso e propõe os seguintes questionamentos:

1. Por que certas atitudes foram tomadas quando não deveriam ter sido?
2. Por que outras atitudes não foram tomadas quando deveriam ter sido?

Exemplos de abordagens rotineiras com base na avaliação de processos são:

- auditoria médica;
- sessão clínica;
- revisão de utilização;
- revisão de prontuários;
- protocolos de tratamento.

A **revisão de casos e auditoria médica** são estudos pontuais e exaustivos de problemas concretos. É um elemento importante de educação continuada. Caracteriza-se, ainda, por ser uma avaliação retrospectiva da prática assistencial, geralmente realizada pelos próprios profissionais responsáveis pelo cuidado, com o objetivo de identificar soluções práticas para os déficits encontrados.

b) Avaliação de resultados

A avaliação dos serviços de saúde com base em medidas de resultado originou-se de alguns trabalhos pioneiros, dentre os quais destaca-se a contribuição de **Florence Nightingale**, que divulgou um sistema uniforme para a coleta e apresentação das estatísticas hospitalares, com o objetivo de esclarecer resultados de distintos tratamentos; e de **Ernest Codman**, que, em 1914, representou o primeiro esforço de institucionalização de um sistema desse tipo com a finalidade de estudo do desempenho hospitalar.

A avaliação de resultado (*outcome*) é vista como uma medida indireta da qualidade, uma vez que determinado resultado favorável ou adverso pode ser produto de características do paciente (como gravidade ou idade) ou do processo de cuidado. Por essas limitações, medidas de resultado sempre irão requerer o ajuste de risco, ou seja, o controle das variáveis que podem concorrer para tal resultado. A esse respeito, veja a Figura 1, no início do Tema 3.2, no AVA.

Essa forma de abordagem serve como triagem para identificar áreas com problemas “potenciais” mas que, para serem mais bem avaliadas, deverão ser estudadas mais profundamente pelas abordagens de processo, a fim de se determinar o que causou aquele resultado. Como mencionado anteriormente, a avaliação da qualidade com base em resultado dependerá da força e exclusividade da relação causal (validade causal) entre processo antecedente e resultado subsequente (DONABEDIAN, 1980).

A **revisão dos óbitos** é uma das atividades rotineiras nos serviços de saúde e tem por objetivo reduzir as mortes evitáveis. A “morte evitável” pode ser compreendida como aquele óbito que teria sido evitado por um processo de cuidado de alta qualidade (efetivo e seguro).

As principais interrogações são:

- A morte era evitável?
- Morte evitável em virtude da falha no julgamento ou na administração do cuidado (falhas no processo)?

Uma das principais limitações dessa atividade seria quanto à própria definição do conceito de evitabilidade: é possível dizer se o paciente foi mal ou bem atendido, mas afirmar que a morte seria evitável é mais difícil. A avaliação de casos evitáveis é feita com base em julgamento do processo e em atributos da doença e dos pacientes.



Por que a avaliação de resultados é uma medida indireta da qualidade do cuidado?

Passe, agora, para o AVA, e faça a primeira atividade de autoavaliação sobre o tema.

No AVA você também encontrará leituras complementares, caso queira aprofundar seus conhecimentos sobre esse tema, e uma figura que representa a aplicação do modelo PROADESS do IDSUS.

Depois volte a este caderno e continue seu estudo.

c) Acreditação de serviços de saúde

Acreditação pode ser compreendida como uma estratégia de avaliação externa visando à melhoria da qualidade, um processo pelo qual uma agência ou organização avalia e reconhece uma instituição ou um programa em função do grau de adequação a padrões predeterminados (VUORI, 1982).

Mais especificamente, acreditação é um procedimento de avaliação externa do estabelecimento de saúde, efetuado por profissionais ou organizações independentes do próprio estabelecimento ou da agência pagadora, avaliando seu funcionamento e práticas. O objetivo é garantir a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde prestados ao paciente e incentivar a preocupação com a melhoria da qualidade.

Os Estados Unidos foram os precursores de experiências no campo da acreditação de serviços de saúde, servindo de inspiração e atuando como avaliadores para as iniciativas de outros países. A acreditação tem seus primórdios em 1912, quando cirurgiões norte-americanos começaram a se preocupar em avaliar seus resultados. A agência responsável por esse processo, nos Estados Unidos, é a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Essa agência foi criada em 1951 para acreditar hospitais que respondessem a um padrão mínimo (detalhado em cinco critérios) de saúde e segurança (JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS, 1993). Em 1987, ampliou-se o escopo de sua atuação, abrangendo programas de

acreditação para outras modalidades de atendimento, como o ambulatorial, o de longa permanência, domiciliar e psiquiátrico (MCGEARY, 1990). Embora em estágios de implantação e funcionamento distintos, experiências de acreditação são encontradas em vários países, como Canadá, Austrália, Reino Unido, França, Holanda, entre outros.

Desde o fim da década de 1990, a JCAHO passou a desempenhar atividades de acreditação no âmbito internacional, tendo desenvolvido um manual específico para tal. No Brasil, a organização que, em parceria com a JCAHO, é responsável pela acreditação de organizações de saúde é o **Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA)**.

Embora tenham sido feitas modificações ao longo dos anos, até meados da década de 1980, o modelo de acreditação da JCAHO era desenhado para mensurar a capacidade organizacional. Os padrões focalizavam processos e estruturas organizacionais que, segundo a opinião de especialistas, eram necessários para prover cuidados de qualidade aos pacientes.

No fim de 1986, a JCAHO começou a desenvolver um projeto denominado “Agenda para mudança”, visando focalizar os padrões de acreditação sobre as funções organizacionais e clínicas relacionadas à qualidade e, ainda, monitorar a efetividade com que essas funções são realizadas (ROBERTS, 1990).

Um importante desafio no bojo dessa proposta foi a criação de um sistema de informação para monitoramento do desempenho que permita análises comparativas das organizações acreditadas. Assim, iniciou-se um processo para a definição de indicadores válidos do desempenho clínico e organizacional, bem como do uso apropriado destes (JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS, 1993).

O processo de acreditação é baseado na avaliação do grau de aderência da organização aos padrões preestabelecidos, em relação à qualidade e segurança do cuidado prestado. Sua definição foi feita com base na consulta a uma rede de especialistas e engloba diferentes especialidades médicas (clínica, cirurgia, cardiologia, oncologia etc.) e modalidades de atendimento (hospitalar, ambulatorial, domiciliar etc.). Dentro de cada padrão, há um conjunto de requerimentos (critérios) a serem julgados quanto a sua presença ou ausência.

Os padrões utilizados para acreditação estão contidos no Manual de Acreditação, e o processo de revisão deles é baseado no consenso

profissional e coordenado por um departamento de padrões que faz parte da estrutura da JCAHO. O grau de aderência ou cumprimento dos padrões é medido por meio de uma escala variável de 1 a 5 pontos, cujos extremos são a observação completa de todos os requerimentos do padrão e a não observação do padrão, todos medidos por essa escala (MCGEARY, 1990). De acordo com a pontuação obtida, classifica-se a organização.

Veja a seguir um exemplo de padrão e algumas das características relacionadas à garantia de qualidade (GA) em hospitais (MCGEARY, 1990).

Padrão

GA.1 Há em funcionamento um programa de garantia de qualidade, desenhado para monitorar e avaliar a qualidade e a propriedade do cuidado ao paciente de forma objetiva e sistemática.

Características requeridas

GQ.1.1 A direção empenha-se em garantir a qualidade do cuidado ao paciente, requerendo e apoiando a implantação e a manutenção de um efetivo e amplo programa de garantia de qualidade.

GQ.1.2 O corpo clínico e administrativo monitora e avalia a qualidade, a propriedade do cuidado ao paciente e o desempenho clínico, buscando identificar problemas e relatar a informação à direção.

GQ.1.3 Há um plano escrito do programa de garantia de qualidade que descreve o objetivo, a organização, a abrangência e os mecanismos de supervisão da efetividade do monitoramento, da avaliação e das atividades dirigidas à solução dos problemas.

Com base no cômputo final da avaliação, que leva em conta todos os padrões, a organização será atestada como:

1. totalmente acreditada, sendo reavaliada ao fim de três anos;
2. parcialmente acreditada, sendo reavaliada ao fim de um ou dois anos; ou
3. não acreditada.

Vale destacar que as organizações se preparam para o processo de acreditação com cerca de um ano de antecedência em relação à data de verificação dos padrões, já tendo conhecimento desses padrões e requerimentos (critérios). Outro aspecto importante é que o processo de acreditação é voluntário e tem caráter educativo, isto é, não se busca aplicar sanções às unidades acreditadas, mas, sim, estimulá-las para a melhoria de seu desempenho (MCGEARY, 1990).



A acreditação de estabelecimentos de saúde é uma estratégia de avaliação interna?

Passe, agora, para o AVA, e faça a segunda atividade de autoavaliação sobre o tema.

Depois volte a este caderno e continue seu estudo.

d) Monitoramento do desempenho

O desempenho constitui uma avaliação que demonstra o grau de alcance de objetivos e metas. É um conceito multidimensional, geralmente associado à economia, à efetividade e à eficiência. Existem vários modelos de desempenho que ressaltam diferentes visões da organização, descritos na literatura, o que reflete a complexidade da questão e, por consequência, a diversidade das definições existentes, das dimensões englobadas, dos fatores determinantes do desempenho, dos indicadores utilizados e dos critérios de julgamento (SICOTTE *et al.*, 1998).

O **monitoramento** é uma atividade que examina periodicamente, ou de maneira contínua, o desempenho dos sistemas e serviços de saúde. Nesta atividade, avalia-se a qualidade do desempenho, buscam-se as possíveis causas dos problemas de qualidade identificados, propõem-se modificações e acompanham-se os efeitos dessas ações no desempenho.

Indicadores são utilizados para sinalizar possíveis problemas de qualidade no desempenho (DONABEDIAN, 2003), sendo compreendidos como medidas que indicam o “grau de realização”, em cada dimensão, do desempenho a ser avaliado. São utilizados como instrumento de monitoramento para salientar os processos, serviços ou profissionais que podem estar apresentando problemas e que necessitam de uma avaliação mais direta (SHELDON, 1998). Os indicadores de desempenho podem medir tanto os recursos disponíveis (estrutura) e o processo de cuidado ao paciente quanto o seu resultado.

A avaliação de desempenho dos sistemas de saúde é considerada um poderoso instrumento de monitoramento das políticas de reforma setorial em diversos países (VIACAVA *et al.*, 2004). No Brasil, reconhecendo-se a importância do assunto, foi desenvolvida uma metodologia de avaliação para o desempenho do sistema brasileiro (VIACAVA *et al.*, 2004), cujo produto e a literatura consultada estão disponíveis no site do PROADESS.

No projeto referido (denominado **PROADESS** – Projeto Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro), o desempenho do sistema ou dos serviços de saúde assume a equidade como eixo transversal a todas as dimensões e níveis. Equidade é compreendida como a capacidade de prover serviços com base nas necessidades dos pacientes, sem discriminação pela condição social.

As dimensões definidas para a avaliação da qualidade do desempenho de serviços ou sistema de saúde são oito, quais sejam:

- **Acesso:** capacidade das pessoas de obterem os serviços necessários no lugar e no momento certos.
- **Aceitabilidade:** grau com que os serviços prestados estão de acordo com os valores e as expectativas dos usuários e da população.
- **Respeito aos direitos das pessoas:** capacidade do sistema de assegurar que os serviços respeitem os indivíduos e a comunidade e estejam orientados às pessoas.
- **Continuidade:** capacidade do serviço de prestar cuidados ao paciente de forma ininterrupta e coordenada.
- **Adequação:** grau com que cuidados e intervenções setoriais estão baseados no conhecimento técnico-científico existente.
- **Segurança:** capacidade do sistema de saúde de identificar, evitar ou minimizar os riscos potenciais de cuidados ou intervenções em saúde ou ambientais.
- **Eficiência:** relação entre os produtos da intervenção de saúde e os recursos utilizados.
- **Efetividade:** grau com que assistência, serviços e ações atingem os resultados esperados.

O **PROADESS** não definiu indicadores, mas um quadro conceitual do qual destacamos anteriormente as dimensões referentes ao desempenho do sistema de saúde. Na revisão das experiências internacionais, países como Austrália, Canadá e Inglaterra definiram suas dimensões e seus indicadores. Evidentemente, cada dimensão coloca desafios diferentes, em função do grau de subjetividade embutida no conceito. Por exemplo, eficiência é um conceito mais objetivo e, portanto, mais facilmente mensurável que aceitabilidade (associado aos valores e às expectativas das pessoas).

Para dar alguns exemplos de indicadores para as dimensões citadas, utilizamos aqueles definidos na Austrália, em 2002, e no Canadá, em 2003. Entretanto, para as dimensões aceitabilidade, respeito aos direitos das pessoas e continuidade, em relação àquela data nenhum indicador tinha sido ainda proposto.

Exemplos de indicadores:

1. Acesso

- Dias de espera para admissão de cirurgia eletiva
- Imunização contra gripe em maiores de 64 anos
- Mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos

2. Adequação

- Proporção de mulheres que tiveram parto por via cesariana
- Parto vaginal após cesariana
- Número de prescrições de antibiótico por via oral para infecções do trato respiratório superior

3. Segurança

- Número de internações que geraram eventos adversos

4. Eficiência

- Hospitalização desnecessária
- Tempo de permanência

5. Efetividade

- Taxa de internação por asma
- Taxa de sobrevivência para câncer
- Proporção de mulheres de 50-69 anos que fizeram *screening* para câncer de mama nos últimos 24 meses
- Proporção de crianças completamente vacinadas aos 12 e 24 meses de idade
- Hospitalização em virtude de pneumonia ou gripe
- Mortalidade hospitalar até 30 dias por infarto agudo do miocárdio



Leitura recomendada

Para ver outros exemplos de indicador, consulte a [Matriz de Indicadores do PROADESS](#).



Dos exemplos listados, um ponto merece destaque. Um mesmo indicador pode servir para avaliar mais de uma dimensão. Um exemplo é a mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos, utilizado como indicador de acesso e de efetividade.



Encerramos aqui o estudo do Módulo 3.

Passe, agora, para o AVA, e siga para o Módulo 4.

Módulo 4

Instrumentos e práticas de gestão da clínica em serviços de saúde

Margareth Portela e Mônica Martins

Este módulo está organizado nos seguintes temas:

Tema 4.1 – Medicina baseada em evidência

Tema 4.2 – Instrumentos e práticas de gestão da clínica

Tema 4.1

Medicina baseada em evidência

Este tema está organizado nos seguintes tópicos:

Introdução

- a) A pergunta
- b) Busca de evidências
- c) Avaliação crítica da evidência
- d) Implementação

Vejamos cada um deles.

Introdução

Em 1996, Sackett e colegas publicaram um artigo no *British Medical Journal* definindo o que era e o que não era **medicina baseada em evidência**, tornando-se referência fundamental na abordagem do tema. Os principais pontos abordados por Sackett são os seguintes (SACKETT *et al.*, 1996):

Medicina baseada em evidência é a integração da evidência proporcionada por pesquisas clinicamente relevantes, pela experiência do clínico e pelas preferências do paciente.



Os temas deste módulo deverão ser estudados tanto neste caderno quanto no AVA.

Em ambos os meios, haverá orientações precisas a respeito do que você deverá fazer a cada momento.

Agora, para iniciar os estudos deste módulo, vá para o material didático digital, disponível no AVA, e acesse a Introdução do Módulo 4.

A melhor evidência clínica é comumente oriunda das ciências básicas da medicina e, especialmente, de pesquisas clínicas centradas no paciente, focalizando a acurácia e a precisão de testes diagnósticos; o poder de marcadores prognósticos e a eficácia e segurança de protocolos de prevenção, tratamento ou reabilitação. Novas evidências podem invalidar testes diagnósticos e tratamentos previamente aceitos e proporcionar a sua substituição por outros mais acurados, eficazes e seguros.

Como “experiência clínica”, entende-se a habilidade do clínico em usar seu conhecimento e experiência para identificar rapidamente o diagnóstico e o estado de saúde de cada paciente, os riscos e potenciais benefícios do uso de intervenções e seus valores e expectativas pessoais.

Finalmente, os “valores dos pacientes” representam as preferências, preocupações e expectativas do paciente trazidas para o médico, que devem ser integradas à decisão clínica para que, de fato, lhe sirvam.

A ideia de que a medicina baseada em evidência objetiva o corte de custos na provisão de cuidados de saúde constitui-se em um equívoco tanto conceitual quanto de entendimento das suas consequências financeiras.

O cuidado à saúde baseado em evidências incorre na aplicação de intervenções mais eficazes, capazes de maximizar a qualidade e quantidade de vida para pacientes, individualmente. Isso pode aumentar em vez de diminuir o seu custo.

A medicina baseada em evidência não considera somente ensaios clínicos randomizados ou meta-análises.

Envolve a identificação das melhores evidências externas passíveis de serem utilizadas para a resposta a perguntas clínicas presentes. Dependendo da pergunta, estudos calcados em outros desenhos podem ser mais adequados. A importância dos ensaios clínicos randomizados e, especialmente, das revisões sistemáticas de alguns ensaios clínicos randomizados consolida-se na avaliação de tecnologias terapêuticas, em que são considerados “padrão-ouro”. De qualquer forma, na inexistência de evidências provenientes desses estudos, a trilha para a próxima melhor evidência deve ser seguida, e escolhas devem ser estabelecidas a partir dela.

Na prática, a medicina baseada em evidência, ou a assistência à saúde baseada em evidência, pode ser aplicada em qualquer situação de dúvida sobre um aspecto diagnóstico, prognóstico ou do cuidado em si. Envolve quatro etapas (ROSENBERG; DONALD, 1995):

- a formulação de uma pergunta clínica clara pertinente ao processo de cuidado a um paciente ou grupo de pacientes com características definidas e determinado problema de saúde;
- a busca na literatura de artigos clínicos relevantes;
- a avaliação crítica da evidência, considerando a sua validade e utilidade; e
- a implementação de achados úteis para a obtenção de melhores resultados no cuidado clínico.

Ainda que esse processo requeira habilidades específicas e acesso fácil às bases de dados bibliográficos, a literatura sobre medicina baseada em evidência pressupõe a possibilidade de os médicos e outros interessados fazerem as suas próprias buscas, numa dinâmica de atualização de seus conhecimentos, atentando para a necessidade de objetividade, no sentido de evitar que o processo se torne contraproducente (CHAMBERS; BOATH; ROGERS, 2007).

Tendemos, no entanto, a incorporar a perspectiva de que a busca de evidências para a sistematização de boas práticas no cuidado à saúde seja feita por profissionais ou organizações especializados. O conjunto de profissionais e gestores envolvidos na prestação do cuidado à saúde deve, sim, estar exposto e sensibilizado para a incorporação dessas evidências na prática.

É importante o entendimento em relação ao que, em essência, justifica a diferenciação de níveis de evidência e as implicações dessa diferenciação em relação ao que é imprescindível, recomendável, ou “tanto faz” na provisão de uma assistência de qualidade.

Além disso, vale a apreensão, ainda que superficial, da dinâmica de produção de evidências, atentando para as suas fontes, atualidade e potencial de obsolescência.

a) A pergunta

Apresentado certo problema, podem ser colocadas questões relativas a diagnóstico, prognóstico, tratamento, risco de iatrogenia, qualidade do cuidado ou custo-efetividade de uma intervenção. Seja como for, uma pergunta formulada para a busca de evidências deve ser a mais específica possível, incluindo o tipo de paciente, o contexto/ambiente, as intervenções e os resultados clínicos de interesse (ROSENBERG; DONALD, 1995).

Os seguintes atributos são listados como desejáveis (CHAMBERS; BOATH; ROGERS, 2007):

- simplicidade;
- especificidade;
- realismo;
- relevância;
- possibilidade de resposta;
- capacidade de gerar mudanças;
- pactuação por todos aqueles que estarão envolvidos em mudanças decorrentes;
- possibilidade de implementação.

O objeto da pergunta deve estar bem estabelecido, sendo importante especificar:

1. se a pergunta diz respeito a um paciente individualmente, a um grupo de pacientes, ou a uma população em particular;
2. as características demográficas, socioeconômicas e clínicas, do indivíduo ou grupo de indivíduos, relevantes; e
3. se o foco é um dilema clínico ou uma questão pertinente à alocação de recursos.

O contexto/ambiente pode ser, por exemplo, a atenção primária, um hospital de alta complexidade, a comunidade etc. As intervenções, em termos gerais, correspondem a tecnologias em saúde, incluindo medicamentos, procedimentos, equipamentos, testes diagnósticos etc. Enfim, os resultados que interessam devem ser mensuráveis, relevantes para o problema e o contexto considerados, e sensíveis às intervenções.

Na prática, podem ser expressos em termos de:

1. Indicadores diretos da eficácia/efetividade das intervenções, refletindo mudanças no estado/situação de saúde dos pacientes de forma direta, como, por exemplo, o aumento da frequência de cura ou da sobrevida mediana, a redução na frequência, gravidade ou mortalidade da doença.
2. Indicadores da eficiência do uso de uma intervenção contra o uso de outra, acoplando a ideia da pertinência ou não de certo

investimento adicional para a obtenção de certa melhoria no resultado obtido em saúde.

3. Indicadores indiretos, captando o potencial de tecnologias diagnósticas proverem dados mais fidedignos para a tomada de decisão relativa ao tratamento a ser adotado em algumas circunstâncias.
4. Indicadores do processo do cuidado cientificamente associados a uma expectativa de melhoria nos resultados finais.

Vejamos um exemplo:

Problema

A estratégia de reperfusão coronariana disponibilizada em ampla escala por uma secretaria municipal de saúde para os seus hospitais é a farmacológica. A referida secretaria observa, entretanto, apesar da disponibilidade, que o nível de utilização de trombolíticos na assistência ao infarto agudo do miocárdio é muito baixo e verifica, com base em revisão de prontuários, que, de fato, ocorre um elevado índice de perda de oportunidade de realização da reperfusão. Especula-se, então, sobre quais estratégias adotar a fim de reduzir essa perda de oportunidade, que, em última análise, implica a administração de trombolíticos nos casos indicados em até 12 horas após a ocorrência do infarto.

Pergunta

O rastreamento imediato, incluindo a realização de eletrocardiograma (ECG), em pacientes que declararem dor torácica ao dar entrada em emergências hospitalares reduz a perda de oportunidade de reperfusão coronariana em pacientes com infarto agudo do miocárdio?

A seguir, algumas outras perguntas ilustrativas (CHAMBERS; BOATH; ROGERS, 2007):

- É uma estratégia custo-efetiva rastrear todos os pacientes com diabetes para microalbuminúria?
- Existe evidência de que uma dieta vegetariana reduz a incidência de câncer de intestino?
- Existe uma ligação entre história de higiene oral inadequada e a ocorrência de cáries em crianças?
- Que evidência existe sobre a efetividade do aconselhamento a fumantes, por profissionais da saúde, para a cessação do fumo?

b) Busca de evidências

O maior desafio na busca de evidências é a necessidade de “garimpar”, em meio a uma excessiva quantidade de artigos científicos e outros materiais, visando à elaboração da resposta para a pergunta formulada. A busca de evidências deve estar calcada na seleção das palavras-chave que melhorar representem os componentes importantes da pergunta formulada.

As fontes podem corresponder a bases de dados bibliográficas ou de publicações primárias e secundárias de evidência clínica relevante.

No primeiro caso, o destaque especial é dado à base **Medline**, produzida pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos e disponibilizada gratuitamente para todos pelo site **Pubmed**. A **Medline** contém citações de 1950 para cá, incluindo mais de 4.600 periódicos científicos da área biomédica publicados nos Estados Unidos e em mais de 70 outros países, aproximadamente. Disponibiliza resumos de quase 80% das citações, cobrindo todo o campo da medicina, odontologia, medicina veterinária, psicologia médica, enfermagem, pesquisa sobre sistemas e serviços de saúde e ciências pré-clínicas.

Entre as bases especializadas nas publicações de evidência científica, a mais reconhecida é a **Biblioteca Cochrane**, considerada a melhor fonte individual de evidência confiável sobre os efeitos de intervenções em saúde. A Biblioteca reúne uma base de revisões sistemáticas (Cochrane Database of Systematic Reviews – CDSR), uma base de registros de ensaios clínicos controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials – CENTRAL) e uma base de resumos de revisões de efeitos (Database of Abstracts of Reviews of Effects – DARE).

Além disso, incorporou, mais recentemente, bases de dados de avaliação econômica e de avaliação de tecnologias em saúde. A Biblioteca Cochrane era disponibilizada de forma gratuita pela Biblioteca Nacional de Saúde Inglesa, mas, após a adoção de interface hospedada pela Editora Wiley, o acesso tornou-se restrito somente à base de dados de revisões sistemáticas.

O **Centro Cochrane do Brasil**, que faz parte da Colaboração Cochrane, disponibiliza evidências por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Vale ainda mencionar a base de dados **Excerpta Medica** (EMBASE), produzida comercialmente pela companhia holandesa Elsevier. Contraposto

ao Medline, que apresenta uma tendência maior de cobertura de trabalhos americanos, a EMBASE provê maior cobertura a trabalhos europeus.

No que concerne à classificação da evidência, vale a ideia de uma hierarquização de estudos. Em termos gerais, os tipos de estudo mais propícios à extração de evidências são os ensaios clínicos controlados e randomizados, seguidos pelos ensaios clínicos controlados sem randomização. Sendo assim, há os ensaios não controlados e, com menor confiabilidade, os estudos observacionais. Uma revisão sistemática de vários ensaios clínicos controlados randomizados tem o potencial de prover forte evidência sobre o efeito de uma intervenção, sendo melhor do que uma revisão de alguns estudos, que, por sua vez, é melhor do que um estudo de caso. A recomendação é começar buscando a melhor evidência. Não encontrando, então se prossegue abaixo na hierarquia. Na ausência de qualquer evidência confiável, após busca na Biblioteca Cochrane, Medline ou outras bases de dados relevantes, busca-se o consenso de especialistas em grupos multidisciplinares (CHAMBERS; BOATH; ROGERS, 2007).

Talvez toda essa terminologia seja desconhecida para muitos. Então, a fim de dar mais subsídios a ela, recomendamos a leitura de um capítulo sobre **Desenhos de estudo**, em um livro de epidemiologia. Entretanto, o essencial é entender que, ao se falar que há evidência de que o uso de certo medicamento reduz a probabilidade de morte por determinada doença, estamos falando de causalidade.

Quadro 1 – Classificação da evidência

Tipo	Evidência
I	Forte evidência oriunda, pelo menos, de uma revisão sistemática de múltiplos ensaios clínicos controlados, randomizados e bem desenhados.
II	Forte evidência oriunda de, pelo menos, um ensaio clínico controlado e randomizado, adequadamente desenhado e de tamanho apropriado.
III	Evidência oriunda de ensaios clínicos não randomizados bem desenhados, estudos comparativos “antes-pós” com um mesmo grupo, cortes, séries temporais ou estudos de caso-controle pareado.
IV	Evidência oriunda de estudos não experimentais bem desenhados, realizados em mais de um centro ou por mais de um grupo de pesquisa.
V	Opiniões de autoridades respeitadas, baseadas na experiência clínica, estudos descritivos ou relatórios de comitês de especialistas.

A questão é que para se aferir ou atribuir causalidade, ou seja, para poder afirmar que uma intervenção produz certo efeito, é fundamental verificar se:

1. há uma associação entre intervenção e efeito;
2. a intervenção antecede o efeito; e
3. outras possíveis explicações para a ocorrência do efeito são descartáveis.

O ensaio clínico controlado randomizado propicia essas verificações. A randomização (aleatorização, sorteio) de quem usa uma intervenção sob teste e quem não a usa (grupo controle) visa garantir que o único aspecto a diferenciar os grupos seja a intervenção. A expectativa é que, com certo número de indivíduos em cada grupo composto ao acaso, outras características, que eventualmente poderiam contribuir para o efeito, se distribuam de forma semelhante. Por outro lado, necessariamente, a intervenção antecede a observação do efeito. Entretanto, como já foi dito, medicina baseada em evidência não se faz somente com ensaios clínicos controlados, inclusive pela impossibilidade, muitas vezes, de se realizar tais ensaios.



Leitura recomendada

Caso queira conhecer um pouco mais, sugerimos a leitura do [texto introdutório do Projeto Diretrizes](#).



No que concerne aos níveis de evidência, vale destacar que há classificações alternativas, ainda que o racional se mantenha aproximadamente o mesmo. Como exemplo, o **Projeto Diretrizes**, da Associação Médica Brasileira e do Conselho Federal de Medicina, na categorização de evidências em suas diretrizes clínicas, considera a proposta do Oxford Centre for Evidence-Based Medicine, que é um pouco mais detalhada do que a aqui apresentada.

c) Avaliação crítica da evidência

A leitura crítica de um artigo científico não é, predominantemente, uma tarefa simples para o conjunto de profissionais da saúde, não se pretendendo negar dificuldades na avaliação do rigor metodológico de um trabalho sem um tipo de capacitação específico. A literatura sobre medicina baseada em evidência apresenta, entretanto, roteiros que podem facilitar a abordagem crítica de um artigo, valorizando a própria experiência do profissional e o seu bom senso (CHAMBERS; BOATH; ROGERS, 2007; ROSENBERG; DONALD, 1995).

Em termos gerais, é importante verificar se (CHAMBERS; BOATH; ROGERS, 2007):

- a pergunta da pesquisa é clara e bem definida;
- as definições utilizadas são claras e sem ambiguidade;
- os objetivos estão definidos claramente;
- o desenho e os métodos são adequados para os objetivos do estudo;
- os instrumentos de coleta de dados (medição) parecem confiáveis, ou seja, diferentes observadores em diferentes lugares chegam ao mesmo resultado;
- os instrumentos de medição parecem válidos, ou seja, o pesquisador está, de fato, medindo o que deseja medir;
- o método de amostragem é claro;
- os resultados se relacionam com os objetivos do estudo;
- os resultados parecem robustos e justificáveis;
- os resultados podem ser generalizados para circunstâncias próprias;
- há vieses no método de estudo;
- há vieses nos resultados, tais como a não menção de perdas no estudo;
- a conclusão é válida; e
- o estudo deixa alguma preocupação.

Em termos mais específicos, importa ainda atentar para:

- onde o estudo foi desenvolvido e quem são os autores;
- o desenho do estudo – como os sujeitos da pesquisa foram selecionados, se houve randomização e como, quais foram as medidas de resultado, se as medidas eram clinicamente relevantes, se os tamanhos das amostras eram apropriados;
- se as perdas são registradas, as análises estatísticas explicadas e os resultados claros;
- se a discussão e as conclusões suportam os resultados.

d) Implementação

A evidência científica como aporte para tomada de decisões clínicas, ou relativas à prestação de cuidados de saúde em termos mais gerais, constitui-se em base robusta para a gestão da clínica, possibilitando que a avaliação e a melhoria da qualidade da assistência estejam calcadas em relações causais estabelecidas entre processos e resultados.

Uma vez identificadas evidências válidas e relevantes para a prestação de cuidados de saúde, a sua implementação pode ser feita diretamente ou a partir da sistematização de diretrizes clínicas ou protocolos assistenciais. Podem ser utilizadas em programas de educação continuada e auditorias, valendo a observação de que a discussão e o aprendizado sobre elas, a pactuação por grupos multiprofissionais e a legitimação por líderes ou sociedades profissionais são facilitadores da sua incorporação.

Os instrumentos e práticas de gestão da clínica, abordados logo a seguir, focalizam, em grande parte, o processo de implementação de evidências e, de certa forma, a verificação do grau dessa implementação. Na implementação de evidências científicas no cuidado à saúde, entretanto, algumas dificuldades não podem ser ignoradas:

- o tempo necessário para aprender e praticar as evidências;
- a necessidade de investimentos a fim de se estabelecer a infraestrutura para a sua prática;
- a frustração decorrente da ausência de evidências em muitos campos;
- os limites do Medline e outras bases eletrônicas, que não são suficientemente abrangentes e bem indexados; e
- a possibilidade de a medicina baseada em evidência constituir-se em uma ameaça para profissionais mais autoritários (ROSENBERG; DONALD, 1995).



Finalizamos aqui o estudo do Tema 4.1.

Veja no AVA a relação de sites disponíveis para você obter mais informações sobre o assunto.

Em seguida, continue no AVA, e estude o Tema 4.2.

Tema 4.2

Instrumentos e práticas de gestão da clínica

Este tema está organizado conforme os tópicos a seguir:

- a) Estudos de variação da prática médica
- b) Sistemas de classificação de pacientes
- c) Diretrizes clínicas
- d) Gestão de patologia
- e) Gestão de caso
- f) Monitoramento de indicadores de processo e resultado
- g) Monitoramento de eventos adversos
- h) Outros instrumentos

Vejamos cada um deles.

a) Estudos de variação da prática médica

Na abordagem de alguns instrumentos e práticas de gestão da clínica, a opção por começar pelos estudos de variação da prática médica tem, pelo menos, duas justificativas.

A primeira delas é que a observação de um elevado grau de variabilidade na seleção de condutas para o cuidado de um mesmo problema de saúde, considerando pacientes clinicamente semelhantes, já é, em si, um dado que aponta para a possibilidade de problemas na qualidade da assistência. É natural, nessa situação, a expectativa de que algumas condutas produzam melhores resultados do que outras, e é intuitiva a ideia de que a redução da variabilidade em favor do uso das condutas mais adequadas produza, potencialmente, melhores resultados globais.

Relacionada à primeira, a outra justificativa é que os estudos de variação da prática médica são importantes para orientar a seleção de áreas de atenção a serem priorizadas, bem como a escolha de estratégias no contexto da gestão da clínica.

Tais estudos podem ter caráter descritivo ou analítico.

No primeiro caso (**caráter descritivo**), eles visam diagnosticar a variabilidade do processo do cuidado a certo problema de saúde, considerando, preferencialmente, pacientes com características definidas.

Por exemplo, pode interessar comparar a frequência com que equipes médicas (ou serviços de saúde) prescrevem diferentes esquemas terapêuticos para pacientes com hipertensão grave. Ou, ainda, verificar a variabilidade do uso de fisioterapia entre pacientes idosos que sofreram fratura de fêmur atendidos em diferentes hospitais. A aplicação dos resultados desses estudos restringe-se à apreensão do grau de variabilidade da prática médica entre equipes ou serviços de saúde, ou à identificação de equipes ou serviços mais ou menos ajustados aos padrões de cuidado preconizados.

Os estudos de caráter analítico avançam na possibilidade de associar variações na provisão do cuidado à saúde com variações nos resultados observados, podendo prover dados empíricos acerca da efetividade das práticas. Um exemplo é o estudo desenvolvido por Oliveira, Camacho e Souza (2005), que avalia uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno desenvolvida em unidades básicas de saúde do estado do Rio de Janeiro, a **Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação**, calcada em 10 passos estabelecidos a partir de uma revisão sistemática sobre procedimentos e estratégias efetivas na extensão da duração do aleitamento materno. Verificou-se o desempenho de 24 unidades básicas de saúde de diferentes partes do estado, observando-se uma associação direta da prática desses passos com a prevalência de aleitamento materno exclusivo e com a satisfação da clientela.

Uma análise dos significados atribuídos pelas gestantes e mães acerca do apoio recebido da unidade básica de saúde para amamentar identificou cinco estruturas de significação: nenhum apoio, apoio dúbio, incentivo, manejo e parceria. O modelo de avaliação propiciou o reconhecimento imediato das oportunidades de melhora nas ações do programa para a reversão dos baixos índices de aleitamento materno exclusivo.

Na gestão da clínica, a identificação e explicação das variações nos processos de atenção à saúde, bem como a compreensão de como tais variações repercutem nos resultados observados, são, sem dúvida, insussumos fundamentais. Também é fundamental que o processo de melhoria contínua de qualidade inclua o monitoramento de ações implementadas e resultados decorrentes. Nesse sentido, sublinha-se a importância da incorporação de um estatístico ou outro profissional com conhecimento de estatística.

b) Sistemas de classificação de pacientes

Um dos conceitos centrais para a avaliação de serviços e tecnologias em saúde, que também se faz essencial na gestão da clínica, é o de **referente**.

Em última análise, diz respeito às características clínicas, demográficas e, eventualmente, sociais das populações-alvo desses serviços ou tecnologias. A ideia, basicamente, é delimitar grupos relativamente homogêneos, sob o ponto de vista clínico e de outros aspectos relevantes, de modo a considerar a adequação do uso dos serviços/tecnologias e resultados decorrentes no âmbito desses grupos. Para ficar mais claro, pense na avaliação de um conjunto de maternidades. É intuitivo considerar a necessidade de, minimamente, diferenciar aquelas voltadas para o atendimento de gestantes de alto risco daquelas voltadas para gestantes de baixo risco.

Outro exemplo pode ser dado na atenção a pacientes com hipertensão em unidades ambulatoriais: os cuidados requeridos por pacientes portadores de hipertensão leve, moderada e grave são bem diferenciados. Também são diferentes as condutas adequadas no cuidado a pacientes com câncer de mama, dependendo do estadiamento da doença no diagnóstico. Os cuidados a pacientes com HIV também são definidos com base no nível de imunodepressão atingido, indicado em termo das células CD4 e da carga viral.

Em suma, muitos e muitos exemplos poderiam ser listados.

O objetivo aqui não é um aprofundamento dos diversos sistemas de classificação de pacientes disponíveis, mas demarcar a importância da sua incorporação na gestão da clínica. Tais sistemas de classificação consideram estados clínicos que demandam cuidados e recursos diferenciados, além de se associarem a prognósticos diversos. Eles propiciam uma base para considerar a adequação do cuidado, para prever os recursos necessários e para avaliar se os resultados obtidos são compatíveis com os esperados, usando as condutas indicadas.

Há sistemas de classificação mais genéricos, que podem ser aplicados ou que abrangem diferentes doenças, e outros orientados para doenças específicas. Alguns exemplos são:

- o Diagnosis Related Groups (DRG), internacionalmente utilizado para a classificação de internações hospitalares, dando conta da sua gravidade e potencial de utilização de recursos e possibilitando a determinação do case-mix de hospitais;

- o **Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE)**, um sistema de classificação fisiológico voltado para a medição da gravidade de pacientes em estado crítico, largamente utilizado em unidades de terapia intensiva e aplicável na avaliação do uso de recursos hospitalares e comparação da efetividade dessas unidades em diferentes hospitais (COOKE *et al.*, 2008; KNAUS *et al.*, 1981, 1985; WAGNER; KNAUS; DRAPER, 1983); e
- a classificação **Killip**, empregada em pacientes com infarto agudo do miocárdio (HOPPER *et al.*, 1989; KHOT *et al.*, 2003).

c) Diretrizes clínicas

As diretrizes clínicas constituem-se em posicionamentos ou recomendações (*statements*) sistematicamente desenvolvidos para orientar médicos e pacientes acerca de cuidados de saúde apropriados em circunstâncias clínicas específicas (FIELD; LOHR, 1990).

Elas contemplam indicações e contraindicações, bem como benefícios esperados e riscos do uso de tecnologias em saúde (procedimentos, testes diagnósticos, medicamentos etc.) para grupos de pacientes definidos. Podem ser utilizadas com os propósitos de garantia de qualidade e subsídio para a definição de políticas de reembolso ou cobertura. O termo “cuidados de saúde apropriados” refere-se aos cuidados para os quais os benefícios esperados excedem, por uma margem razoável, as consequências negativas.

As diretrizes clínicas constituem-se em uma explicitação da relação entre processo e resultado (HORN; HOPKINS, 1994) na assistência à saúde.

A discussão em torno de diretrizes clínicas origina-se da percepção de variações dos padrões de prática e utilização de serviços de saúde, do uso inapropriado de serviços e da incerteza acerca dos resultados obtidos pelo uso ou não de serviços ou procedimentos.

À parte algumas pressuposições pouco realistas, o argumento básico considera que

evidência científica e julgamento clínico podem ser sistematicamente combinados para produzir recomendações clinicamente válidas e operacionais acerca de cuidados apropriados, que serão usadas para sensibilizar médicos, pacientes e outros, a fim de mudar suas práticas para obtenção de melhores resultados e diminuição de custos (FIELD; LOHR, 1992).

Fatores relevantes na seleção de tópicos para o desenvolvimento de diretrizes clínicas incluem:

- relevância epidemiológica da condição;
- custos;
- potencial de mudança nos resultados de saúde; e
- nível elevado de variação na prática.

Além de médicos e pacientes, outros usuários de diretrizes clínicas incluem pagadores, planos de saúde, tomadores de decisão e reguladores públicos. Esses podem utilizá-las em decisões acerca de que cuidados reembolsar ou encorajar e na avaliação de decisões, ações ou desempenho dos usuários primários.

Cinco propósitos relevantes de diretrizes clínicas são:

- a) orientar a tomada de decisão clínica por pacientes e médicos;
- b) educar indivíduos e grupos;
- c) avaliar e garantir qualidade na assistência;
- d) orientar a alocação de recursos na assistência à saúde; e
- e) fornecer elementos de boa prática médica.

Em relação à alocação de recursos, destaca-se a aplicação de diretrizes em decisões acerca da cobertura de serviços específicos ou na pré-certificação da pertinência do uso de certos serviços para determinados pacientes. Também deve ser sublinhado o interesse crescente no que se refere ao modo como diretrizes clínicas e critérios de revisão relacionados podem reduzir a exposição de profissionais da saúde e instituições à responsabilidade por má prática.

As expectativas para o controle do custo total dos cuidados de saúde devem ser limitadas. A aplicação ampla de diretrizes orientadas em relação aos serviços superutilizados provavelmente levará à redução de despesas. Em outros casos, as despesas serão transferidas de cuidados inapropriados para cuidados apropriados. Ao mesmo tempo, as diretrizes focalizadas em serviços subutilizados podem estimular o crescimento de despesas, particularmente se estratégias para melhorar o acesso a esses serviços forem bem-sucedidas.

Em termos práticos, diretrizes clínicas, critério de revisão médica e padrões de qualidade relacionam-se mais diretamente com os processos

de cuidado do que com os resultados, uma vez que descrevem o que se constitui no gerenciamento adequado de problemas clínicos. Medidas de desempenho descrevem os dados necessários para avaliar se o comportamento vigente está alinhado às diretrizes, aos critérios e padrões. Programas de revisão de utilização e qualidade podem empregar todos esses instrumentos para identificar serviços desnecessários e inapropriados.

Quanto mais as diretrizes estimarem, explicitamente, benefícios e riscos dos cuidados, mais poderão contribuir, diretamente, para a especificação de critérios que relacionem a boa qualidade dos cuidados aos resultados esperados nos pacientes.

Os atributos que devem caracterizar as diretrizes clínicas estão listados no próximo quadro.

Já havendo certo entendimento em relação ao processo de desenvolvimento e atributos que devem caracterizar as diretrizes clínicas, alguns desafios se colocam em relação à sua ampla implementação.

Há indicações de que as recomendações mais facilmente incorporadas são baseadas em evidência científica, além de serem simples, precisas, claras, não controversas e não demandantes de mudanças importantes na prática cotidiana (GROL *et al.*, 1998; MOODY-WILLIAMS *et al.*, 2002).

Também é apontada a importância de que as diretrizes clínicas sejam desenvolvidas ou endossadas pelas organizações profissionais e por médicos reconhecidos como líderes nas áreas em foco (MOODY-WILLIAMS *et al.*, 2002).

Outro aspecto crítico para a aplicabilidade de diretrizes é a sua atualização, havendo indicação de que, em média, elas devem ser reavaliadas a cada três anos (SHEKELLE *et al.*, 2001). Situações que podem indicar a necessidade de atualização de diretrizes clínicas incluem mudanças em:

- a) evidência acerca de benefícios e riscos das intervenções;
- b) resultados considerados relevantes;
- c) intervenções disponíveis;
- d) evidência de que a prática corrente é a mais apropriada;
- e) valores colocados em resultados (e custos); e
- f) recursos disponíveis para a assistência à saúde.

Quadro 2 – Atributos que caracterizam as diretrizes clínicas

Atributo	Explicação
Validade	As diretrizes clínicas são válidas se, ao serem seguidas, levarem aos resultados projetados em termos de custo e de saúde. Uma avaliação prospectiva de validade considera a essência e a qualidade da evidência citada, os meios utilizados para avaliar essa evidência, e a relação existente entre a evidência e as recomendações.
Força da evidência	As diretrizes clínicas devem ser acompanhadas por descrições da força da evidência e do julgamento existente por trás dessas descrições.
Resultados estimados	As diretrizes clínicas devem ser acompanhadas por estimativas dos resultados esperados das intervenções em questão comparados às alternativas práticas. A avaliação de resultados referentes à saúde deverá considerar as percepções e preferência dos pacientes.
Credibilidade/ Reprodutibilidade	As diretrizes clínicas são confiáveis e reprodutíveis: (1) se dadas as mesmas evidências e mesmos métodos para o seu desenvolvimento, outro grupo de especialistas consegue essencialmente os mesmos resultados; e se (2) dadas as mesmas circunstâncias clínicas, elas são consistentemente interpretadas e aplicadas pelos profissionais (ou outros pares apropriados).
Aplicabilidade clínica	As diretrizes clínicas devem ser tão exclusivas de uma população de pacientes apropriadamente definida quanto a evidência e o perfeito julgamento permitam e devem explicitar a(s) população(ões) a que suas afirmações se aplicam.
Flexibilidade clínica	As diretrizes clínicas devem identificar as exceções especificamente conhecidas ou geralmente esperadas às suas recomendações e permitir a discussão sobre quais pacientes devem ser identificados e considerados.
Clareza	As diretrizes clínicas devem utilizar linguagem não ambígua, definir precisamente os termos empregados e usar modos de apresentação lógicos e fáceis de serem seguidos.
Processo multidisciplinar	As diretrizes clínicas devem ser desenvolvidas por um processo que inclua a participação de representantes dos principais grupos envolvidos. Essa participação pode ocorrer diretamente nos painéis ou por meio da provisão de evidências e pontos de vista, bem como na revisão de versões iniciais de diretrizes.
Programação para revisão	As diretrizes clínicas devem incluir afirmações acerca de quando devem ser revistas, a fim de se garantir que essas revisões ocorram dadas novas evidências clínicas ou consensos profissionais (ou sua falta).
Documentação	Os procedimentos seguidos no desenvolvimento de diretrizes clínicas, os participantes envolvidos, a evidência utilizada, as pressuposições e os princípios aceitos e os métodos analíticos empregados devem ser meticulosamente documentados e descritos.

Fonte: Field; Lohr (1992).

No que se refere à disseminação de diretrizes clínicas, há evidência da falta de efetividade de estratégias passivas, falta de efetividade de lembretes manuais ou computadorizados, de intervenções multifacetadas, incluindo auditoria e feedback, de consensos locais ou propaganda e encontros educacionais interativos. Também é aqui sublinhada a importância de que o processo de implementação de diretrizes esteja acoplado ao monitoramento da adesão dos profissionais da saúde às práticas preconizadas, bem como dos resultados observados.

Os clínicos, em geral, concordam em relação ao potencial de ajuda das diretrizes clínicas, reconhecem-nas como ferramentas educacionais adequadas e também as veem como direcionadas à melhoria da qualidade da assistência. Entretanto, também as consideram pouco práticas e muito rígidas para aplicação em pacientes individualizados, preocupando-se com sua ênfase na redução de custos, com a redução da autonomia profissional e certo sentimento de vulgarização da medicina. É possível que a mudança dessa atitude se constitua no maior desafio para a implementação de diretrizes, as quais devem ser identificadas como subsídio para decisões clínicas acertadas, e não como uma contraposição à autonomia do profissional.



Leitura recomendada

Caso queira saber mais, acesse o [Projeto Diretrizes](#).



No Brasil, o uso de diretrizes clínicas é ainda predominantemente incipiente, sendo a sua produção/validação fortemente realizada pelas sociedades médicas (PORTELA *et al.*, 2008). A iniciativa mais articulada é o Projeto Diretrizes, conduzido pela Associação Médica Brasileira e pelo Conselho Federal de Medicina.

Não há organizações independentes ou governamentais, a exemplo do National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), no Reino Unido, ou da National Guideline Clearinghouse, dos Estados Unidos, moldadas para assumir tal atribuição.

d) Gestão de patologia

A gestão de patologia envolve o uso de um conjunto de intervenções clínicas, educacionais e gerenciais relativas a uma determinada condição ou doença, visando propiciar melhor qualidade na atenção, menor variabilidade no cuidado à doença e maior racionalidade no uso de recursos, pela adoção de práticas mais eficientes.

Centra-se principalmente em doenças crônicas, comumente associadas a custos elevados, necessidade de outros cuidados além de medicamentos, necessidade de educação continuada e em que a padronização de cuidados para grandes grupos diminui a ocorrência de complicações.

Exemplos: diabetes, hipertensão, insuficiência cardíaca, Aids, insuficiência renal, gravidez de alto risco, doença coronariana, asma e dor.

O desenvolvimento da gestão da patologia requer:

- escolha da condição ou patologia;
- definição de grupo tarefa;
- análise situacional da condição ou patologia;
- busca de evidências e experiências relevantes;
- estratificação dos agravos relacionados à condição ou patologia;
- escolha das ferramentas gerenciais de monitoramento;
- contratualização;
- implementação;
- avaliação e publicação de resultados;
- sistema de educação permanente;
- estratégias suplementares: lembretes e incentivos financeiros; e
- reavaliação.

As diretrizes clínicas cumprem um importante papel, provendo elementos para a padronização de cuidados baseados em evidência, definição de indicadores a serem monitorados etc.

Dificuldades na implementação da gestão de patologias incluem:

- a necessidade de um grupo permanente e treinado para implantação e monitoramento dos resultados;
- a necessidade de manter os pacientes em programa de educação continuada, uma vez que muitos pacientes abandonam os programas com o tempo;
- a necessidade de um investimento específico e contínuo; e
- a dificuldade de adesão a diretrizes clínicas.

e) Gestão de caso

A gestão do caso (*case management*) pressupõe a identificação de casos (pacientes), em geral de natureza crônica, com potencial de elevada demanda por serviços, e seu acompanhamento estreito, para maior adequação do uso de recursos e uma relação entre o custo e a qualidade mais favorável.

Para isso, é definida uma equipe de saúde (eventualmente, pode ser apenas uma pessoa) que acompanha o paciente durante todo o processo clínico e faz julgamentos quanto aos serviços recebidos e prescritos, assim como quanto à necessidade da atenção. Tal equipe é responsável por diagnosticar necessidades dos pacientes e seus familiares e propor, na medida do possível, as melhores práticas para atendê-los. Também cabe à equipe o papel de facilitadora da comunicação entre o paciente, seus familiares, os prestadores de serviço e os financiadores da assistência.

A gestão do caso tem sido, de maneira geral, definida como um sistema multidisciplinar/multiprofissional para avaliação de saúde, planejamento, obtenção de serviços e monitoramento para atender às múltiplas necessidades dos clientes, destacando-se, com frequência, o conflito entre os propósitos essenciais do modelo, quais sejam: a melhoria da qualidade do cuidado para populações vulneráveis e o controle dos custos de tais cuidados.

Os gerentes de caso podem atuar em diversos contextos: no cuidado agudo, na reabilitação, no cuidado de subagudos, em programas comunitários e no cuidado domiciliar. Podem ser independentes, representantes de operadoras de planos de saúde dentro de hospitais, ou mesmo ligados a hospitais.

Fatores que dificultam a ampliação da prática da gestão do caso incluem problemas na relação entre os médicos e os gerentes, a falta de incentivos para todos os envolvidos e a fragmentação dos processos e dos sistemas de informação. Além disso, fatores culturais e a postura dos beneficiários, que, em geral, comportam-se como meros consumidores de serviços, rejeitando ações que fujam ao tratamento convencional, dificultam o seu reconhecimento sobre a validade do processo.

A gestão de caso começa a ser incorporada no Brasil, mas também ainda é incipiente. Internacionalmente, vale destacar a existência da **Case Management Society of America (CMSA)**.

f) Monitoramento de indicadores de processo e resultado

O monitoramento de indicadores de processo e resultado é também fundamental na gestão da clínica, permitindo a verificação de mudanças em práticas consideradas inadequadas e a aferição da melhoria ou não dos resultados assistenciais observados no decorrer do tempo. Em um processo bem-sucedido de melhoria contínua de qualidade, espera-se, com o passar do tempo, que os indicadores alcancem patamares cada vez melhores, compatíveis com padrões estabelecidos, idealmente com base no conhecimento científico vigente. Também se espera que a sua variabilidade vá se reduzindo.

Os indicadores podem ser medidos em termos de variáveis numéricas ou variáveis categóricas. No primeiro caso, são comumente descritos por médias e desvios-padrões e comparados, entre diferentes unidades ou no decorrer do tempo, com base em testes estatísticos de comparação de médias, tais como o “Teste-t” ou os testes não paramétricos de Wilcoxon ou Kruskal-Wallis. No segundo caso, são descritos por frequências relativas (proporções) podendo ser comparados por meio do “Teste do qui-quadrado” (BARBETTA, 2002).

A apresentação da evolução dos indicadores no decorrer do tempo pode ser feita por meio de gráficos de linhas ou de barras, em coordenadas que mostram o indicador (eixo Y) e o tempo (eixo X).

Alguns indicadores de processo e resultado podem ser aplicados de forma mais transversal, ou por serviços nas unidades de saúde, sem ser específicos para certo problema de saúde. Outros indicadores são mais especializados, devendo ser extraídos ou derivados de diretrizes clínicas orientadas para problemas de saúde definidos.

Alguns exemplos de indicadores mais largamente utilizados são:

- taxa de ocupação de leitos;
- tempo médio de permanência hospitalar;
- taxa de mortalidade geral, por grupos diagnósticos ou por serviços;
- taxa de mortalidade materna;
- taxa de mortalidade neonatal;
- taxa de infecção hospitalar;
- taxa de complicações/intercorrências na internação;

- taxa de cesariana;
- taxa de suspensão de cirurgias;
- tempo médio de marcação de consultas – entre a marcação e a realização da consulta;
- tempo médio entre solicitação e resultado de exames;
- taxa de exames por consulta ambulatorial;
- taxa de repetição de exames; e
- taxa de reinternação em 30 dias.

De caráter mais especializado, temos como exemplos:

- o índice de perda de oportunidade de reperfusão coronariana na atenção ao infarto agudo do miocárdio;
- a proporção de pacientes hipertensos que mantêm a pressão arterial controlada;
- a proporção de mulheres que realizaram *screening* de câncer de mama ou de câncer de colo; ou
- a proporção de homens em certa faixa etária que realizaram *screening* de câncer de próstata, segundo condutas preconizadas etc.

Ainda que aparentemente básico para as organizações de saúde, o uso do monitoramento dos processos e resultados assistenciais também se mostra predominantemente incipiente no país, centrando-se, quando presente, em aspectos mais elementares do processo da atenção, distante de uma preocupação mais alinhada aos resultados obtidos (PORTELA *et al.*, 2008). Para a gestão da clínica, recomenda-se a seleção de um conjunto de indicadores mais expressivos da atuação da organização, a fim de ser monitorado continuamente e divulgado com certa periodicidade. A divulgação desses indicadores deve cumprir um papel retroalimentador no processo de melhoria de qualidade, envolvendo gestores e profissionais de saúde na discussão dos resultados observados e de novas estratégias a serem implementadas.

g) Monitoramento de eventos adversos

Eventos adversos, no contexto da assistência à saúde, podem estar ou não associados a danos aos pacientes, estando estabelecida a importância do seu monitoramento no primeiro caso e colocada a tendência de valorização do segundo, pelo potencial de dano intrínseco.

Os **eventos adversos graves** são definidos como eventos inesperados que resultam em dano físico ou moral grave aos pacientes, antecipando o óbito, provocando perda de órgão, função ou dano moral irreversível. O monitoramento desses eventos visa ao reconhecimento da sua ocorrência e ao estabelecimento de ações para a sua redução.

Portanto, nesse processo, são importantes:

- clareza e reconhecimento coletivo do que sejam eventos adversos graves, o que requer capacitação das equipes profissionais;
- definição de como identificá-los e notificá-los, o que inclui a proposição de um fluxo de dados e a necessidade de relatórios pormenorizados dos fatos; e
- a análise minuciosa dos dados, com a identificação da causa-raiz do problema.

São indesejáveis:

- uma perspectiva punitiva, sob pena de inibir a notificação;
- a tentativa de ocultação de ocorrências, sob pena da observação de consequências tardias; e
- a perda de oportunidade de estudar os fatos, que pode contribuir para a prevenção de outros.

Para a análise da causa-raiz de um evento adverso, preconiza-se considerar as questões: o que, onde, quando, por que, quem, com que frequência e quanto.

No caso de eventos adversos não associados a danos, sublinha-se a ideia de potencialidade de danos, sendo interessante a sua computação em paralelo com os eventos adversos graves.

São exemplos de eventos adversos graves:

- acidente iatrogênico grave;
- cirurgia em paciente errado, lado errado ou órgão errado;
- contaminação de nutrição parenteral total;
- contaminação pós-transfusão;
- erro de resultados de exames, de diagnóstico ou de identificação com consequências graves;

- erros graves de medicação (erro de paciente, dose, princípio ativo, prescrição, ou via);
- estupro, assédio sexual;
- explosão, incêndio;
- falha de equipamento;
- falta de material ou medicamentos essenciais;
- óbito intraoperatório em cirurgia eletiva;
- perda de material não passível de nova coleta a ser submetido a exame;
- perda de prontuário.

No sentido da avaliação proativa de riscos aos quais pacientes estão submetidos, vale destacar a existência de ferramentas próprias, tais como o Failure Modes and Effects Analysis (FMEA) e a Sociotechnical Probabilistic Risk Assessment (ST-PRA) (APKON *et al.*, 2004; BONNABRY *et al.*, 2005, 2006; MARX; SLONIM, 2003; WREATHALL; NEMETH, 2004).

A avaliação proativa de riscos permite: identificar falhas potenciais de segurança no processo de atenção; identificar o erro antes que ele ocorra; estabelecer prioridades de atuação para ações de melhoria; demonstrar claramente os pontos de maior risco; e sensibilizar responsáveis/lideranças para os recursos necessários.

Enfim, a discussão em torno do monitoramento de eventos adversos na assistência suscita pontos do tipo como lidar com a falibilidade dos profissionais de saúde e, mais especificamente, dos médicos, como atender à necessidade de ouvir e reconhecer o paciente e como contrapor a tendência de omissão de problemas que impingem riscos aos pacientes.

h) Outros instrumentos

Além dos instrumentos aqui selecionados, a gestão da clínica certamente só tem a se beneficiar com o uso de outros instrumentos já regulamentados na área assistencial.

☐
☒
☐

Quais as dificuldades para o monitoramento de eventos adversos em organizações de saúde?

Passe, agora, para o AVA, e faça a atividade de reflexão sobre esse tema.

Depois, volte a este caderno e continue seu estudo.

A **revisão de prontuários**, por exemplo, já é uma prática mais regular nas instituições de saúde, atualmente levantando questões relativas a utilização de sistemas informatizados, manuseio dos **prontuários médicos** etc. O prontuário médico ficou definido como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, gerado a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

A responsabilidade pelo prontuário médico é:

- do médico assistente e dos demais profissionais que compartilham o atendimento;
- da hierarquia médica da instituição, nas suas respectivas áreas de atuação; e
- da hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias da clínica, do setor até o diretor da Divisão Médica e/ou diretor técnico.

As **Comissões de Revisão de Prontuários** devem ser constituídas, nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde nas quais se presta assistência médica, por designação da direção do estabelecimento, por eleição do corpo clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um médico. São responsáveis por:

1. observar os itens que devem constar do preenchimento obrigatório do prontuário, seja ele eletrônico ou em papel; e
2. assegurar a responsabilidade pelo preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários.

A **revisão de óbitos**, por sua vez, é um importante instrumento de avaliação da qualidade do atendimento ao paciente, com potencial de demonstrar as falhas e apontar soluções prioritárias para o atendimento. Com o objetivo de classificar os óbitos como evitáveis, não evitáveis ou inconclusos, considera nos prontuários, entre outros aspectos:

- adequação da anamnese;
- descrição completa de exame físico;
- evolução detalhada;
- exames complementares pertinentes;

- presença de infecção hospitalar;
- se o óbito ocorreu antes do início do tratamento;
- assistência prestada no momento do óbito;
- presença de eventos adversos; e
- existência de evento sentinela.

As **Comissões de Óbitos** são designadas pela direção da unidade, por eleição do corpo clínico ou por qualquer outro mecanismo que a unidade julgar adequado, sendo obrigatórias nas unidades que prestam atendimento de urgência/emergência e internação.

São atribuições dessas comissões:

- receber e avaliar todas as notificações dos óbitos ocorridos e laudos de todas as necropsias, solicitando, se necessário, os laudos do Instituto Médico Legal;
- manter estreita relação com a Comissão de Ética da unidade de saúde com a qual deverá ser discutido o **resultado das avaliações**; e
- encaminhar, a cada três meses, os resultados da avaliação ao órgão responsável pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade.

Poderiam ser citados, ainda, outros instrumentos, mas o essencial é compreender que eles se complementam e se entrelaçam, servindo, no escopo da gestão da clínica, ao objetivo de melhoria contínua da qualidade da assistência à saúde.



Encerramos, aqui, o estudo deste módulo e desta unidade.

Passe, agora, para o AVA, a fim de fazer a Avaliação final da Unidade V.

Agradecemos sua participação.

Vigilâncias em saúde



Módulo 1

A vigilância em saúde e as vigilâncias do campo da saúde

Marismary Horsth De Seta, Lenice G. da Costa Reis e Vera Lúcia Edais Pepe

Este módulo está organizado nos seguintes temas:

Tema 1.1 – A vigilância em saúde no Brasil: os dois sistemas nacionais

Tema 1.2 – As definições e os conceitos estruturantes

Tema 1.3 – Os processos de trabalho das vigilâncias em saúde

Tema 1.1

A vigilância em saúde no Brasil: os dois sistemas nacionais

Este tema é apresentado apenas no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA).

Tema 1.2

As definições e os conceitos estruturantes

Este tema está organizado conforme os tópicos a seguir:

- a) As definições de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental e vigilância em saúde do trabalhador
- b) Os conceitos, suas origens e seus usos pelas vigilâncias



Os temas deste módulo deverão ser estudados tanto neste caderno quanto no AVA. Em ambos os meios, haverá orientações precisas a respeito do que você deverá fazer a cada momento.

Agora, para iniciar o estudo do Módulo 1, vá para o AVA e clique na Introdução do Módulo1.



Vamos estudar esses dois tópicos neste caderno.



Para conhecer a organização das redes de laboratórios de saúde pública que realizam análises de interesse das vigilâncias, acesse:

- [Portaria de Consolidação n. 04/2017](#)



Leia o artigo de Santos, Pereira e Silva (2008), [Gestão da qualidade nos Laboratórios Centrais de Saúde Pública e o modelo de controle de qualidade analítica da malária](#).



a) As definições de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental e vigilância em saúde do trabalhador

As definições legais dos elementos que compõem esse campo são encontradas em dispositivos normativos de naturezas diversas. Um aspecto comum a todas as definições de “vigilâncias” é que elas compreendem um conjunto de ações ou de atividades e que todas realizam investigações. Outro aspecto relacionado ao seu processo de trabalho é que todas requerem análises laboratoriais.

Na Lei n. 8.080, de 1990, encontram-se as definições de vigilância sanitária e epidemiológica. Em relação à vigilância em saúde do trabalhador, é a própria área de Saúde do Trabalhador que é definida, abrangendo ações assistenciais, de vigilância epidemiológica e sanitária, desenvolvimento de estudos e revisão normativa.

Agora, vejamos, de forma literal, o que diz a lei sobre os três conceitos:

Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I – o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II – o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde (BRASIL, 1990, art. 6º, § 1º).

Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, 1990, art. 6º, § 2º).

Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho [...] (BRASIL, 1990, art. 6º, § 3º).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) é definida na Portaria MS/GM n. 3.120/1998 como:

uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los e controlá-los (BRASIL, 1998a).

A Portaria MS/GM n. 3.120/1998 foi revogada pela Portaria de Consolidação PRC n. 05/2017.



Para saber mais sobre vigilância em saúde do trabalhador, consulte os incisos de I a VII do parágrafo 3º, art. 6º, da Lei n. 8.080/90.

A Vigilância em Saúde Ambiental, de constituição recente, é definida em documentos do Ministério da Saúde como:

[...] um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde (BRASIL, 2005b).



Agora, acesse o AVA para realizar a primeira atividade de autoavaliação deste tema.

Depois retorne para este caderno e continue o estudo.

As definições das vigilâncias destacam aspectos comuns:

1. assim como a saúde, devem ser pensadas mais amplamente no contexto de desenvolvimento social, nas formas de organização do Estado e da sociedade para dar sustentabilidade aos modelos de desenvolvimento adotados, levando em consideração a complexidade do processo saúde-doença e a busca da melhoria das condições de vida das pessoas;
2. são conjuntos de ações ou de atividades e lidam com riscos ou fatores determinantes e condicionantes de doenças e agravos;
3. na sua operacionalização, as quatro vigilâncias se referem a territórios delimitados; e
4. assim como a saúde, em termos de política pública, as vigilâncias têm um caráter intersetorial. Para três delas – vigilâncias sanitária, ambiental e em saúde do trabalhador –, além do risco, o conceito de intersetorialidade representa um dos pilares indispensáveis à efetividade de suas ações.



Neste mesmo módulo, mais adiante, abordaremos a questão da intersetorialidade, que representa um dos pilares indispensáveis à efetividade de suas ações.

O fato de terem aspectos comuns não significa que elas trabalhem da mesma forma. Nas definições anteriores há também diferenças importantes no que diz respeito à forma de atuação, ou melhor, à possibilidade explícita de intervenção sobre a realidade, ou de conhecimento e detecção para elaborar recomendações. Por exemplo, na definição de vigilância sanitária está claro que o conjunto de ações deve ser “capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários”, podendo restringir direitos individuais para o bem público, isto é, do coletivo.



O poder da polícia administrativa é uma atividade exclusiva da Administração Pública. Representa uma capacidade, mas também um dever, que ela tem de restringir ou condicionar as liberdades ou a propriedade individual, ajustando-as aos interesses da coletividade. Seu princípio básico é a supremacia do interesse público sobre o individual e sua atuação se expressa em regulamentar, fiscalizar e, quando cabível, punir.

Na vigilância sanitária, que detém o poder de polícia administrativa no campo da saúde, esse poder incide sobre os estabelecimentos (pessoas jurídicas), e não sobre as pessoas. Pode ser exercido de forma preventiva, por exemplo, mediante a emissão de normas e de atividades de inspeção/fiscalização sanitária. Nas atividades de inspeção, é necessário, se for alto o risco à saúde, interditar total ou parcialmente o estabelecimento, inutilizar o produto e, até aplicar multas, as quais reverterem para os cofres públicos.

Atividade da administração pública que, **limitando ou disciplinando direito, interesse ou liberdade, regula a prática de ato ou a abstenção de fato, em razão de interesse público** concernente à segurança, à higiene, à ordem, aos costumes, à disciplina da produção e do mercado, ao **exercício de atividades econômicas dependentes de concessão ou autorização do Poder Público**, à tranquilidade pública ou ao respeito à propriedade e aos **direitos individuais ou coletivos**.

É regular o exercício do poder de polícia quando desempenhado pelo **órgão competente nos limites da lei aplicável, com observância do processo legal** e, tratando-se de atividade que a lei tenha como discricionária, **sem abuso ou desvio de poder** (BRASIL, 1966, art. 78).
[grifo nosso]

Na definição de vigilância epidemiológica se privilegiam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes ou condicionantes da saúde individual e coletiva. Nesse sentido, Teixeira, Paim e Vilasboas (1998) sustentam que a tradução operacional da vigilância epidemiológica “pretende ser uma ampla rede de unidades geradoras de dados que permitam a adoção de decisões e a execução de ações de investigação e controle”.

O caráter de recomendação para a ação é reiterado no site da Secretaria de Vigilância em Saúde, da seguinte forma:

[...] a vigilância epidemiológica é “o conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com o fim de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças (BRASIL, 1990).

b) Os conceitos, suas origens e seus usos pelas vigilâncias

De todo modo, a capacidade das vigilâncias é condicionada pelo **conceito de risco** com o qual cada uma trabalha; pela capacidade do serviço e seu grau de institucionalidade; pela sua articulação com as demais ações e instâncias do sistema de saúde, mas também fora dele. Nas atividades sob responsabilidade de outros setores governamentais, particularmente nas questões relacionadas ao meio ambiente e à saúde do trabalhador, é fundamental a articulação com outros parceiros de outros setores, ou com a vigilância sanitária (articulação intrassetorial).

Por fim, uma questão sobre a natureza diferenciada das vigilâncias em relação a outras atividades do campo da saúde, principalmente as voltadas para a assistência à saúde das pessoas. Sobre isso, De Seta (2007) afirma sobre a vigilância sanitária – e depois estende para a vigilância epidemiológica – que ela é um bem público dotado de alta externalidade.



Externalidade: conceito que tem origem na teoria econômica e representa uma das falhas de mercado, que torna necessária a regulação. A externalidade, que pode ser positiva ou negativa, ocorre quando uma pessoa física ou jurídica sofre as consequências, sem ter participado da decisão que as causou.

Regulação pode ser entendida como a intervenção do Estado na vida em sociedade (regulação social) ou na atividade econômica (regulação econômica). Todas as vigilâncias fazem regulação do risco sanitário (regulação social). Apenas a vigilância sanitária federal faz regulação econômica setorial.

Isso significa que: (a) seu consumo por parte do cidadão não gera custos adicionais e que todos podem dela se beneficiar; (b) não deve ser exercida por particulares; (c) pela sua atuação ou omissão, existem efeitos – prejuízos ou benefícios – para outros que não os diretamente envolvidos. Se todas as vigilâncias têm em comum o caráter de bem público, duas coisas diferenciam a sanitária das demais: seu poder de polícia administrativa no campo da saúde e o efeito econômico direto que sua **regulação** no campo da saúde acarreta.

Embora não atue todo o tempo só com base no poder de polícia, este é que assegura a efetiva capacidade de intervenção da vigilância sobre os problemas sanitários e possibilita uma atuação mais ampla sobre os interesses privados em benefício do interesse público. Para isso, seus modos de atuação compreendem atividades autorizativas (registro de produtos, licenciamento de estabelecimentos, autorização de funcionamento), normativas, de educação em saúde e de comunicação com a sociedade. Dos dois primeiros modos de atuação decorre seu caráter regulatório, de regulação social (e econômica) no campo da saúde (DE SETA, 2007).



Conforme veremos a seguir, o conceito de risco é polissêmico na medida em que provém de diferentes campos do conhecimento.

Neste tópico, vamos estudar os seguintes itens:

- b.1) O conceito de risco
- b.2) Por que tratar do conceito de risco?
- b.3) O gerenciamento do risco
- b.4) As vigilâncias em saúde e a promoção da saúde
- b.5) A intersetorialidade

b.1) O conceito de risco

O conceito de risco, segundo Guilam e Castiel (2006), “[...] é uma palavra com diferentes sentidos que nem sempre convivem em harmonia [...]”. A palavra oriunda do espanhol “risco” – grande penhasco –, possivelmente relacionada aos perigos ligados às grandes navegações, indica

tanto a ideia de perigo como de possibilidade de ocorrência. Se, no século passado, relacionava-se aos jogos de azar para indicar as chances de ganhar e perder, durante a Segunda Grande Guerra passou a indicar a estimativa de danos no lidar com materiais perigosos.

O conceito de risco diz respeito tanto à probabilidade de ocorrência de um evento danoso como a um termo não técnico, que inclui diversas medidas de probabilidade quanto a desfechos desfavoráveis (GUILAM; CASTIEL, 2006). Para esses autores, a ideia de probabilidade pode ser lida de um modo intuitivo (incerteza que não se pode medir) ou de um modo racional (incerteza capaz de ser medida de forma probabilística). Assim, surgindo junto com a sociedade contemporânea, o conceito de risco, considerado um elemento central de cálculo racional na cultura moderna e base para a tomada de decisão, reflete o desejo de regular o futuro de forma “racional” (CZERESNIA, 2001).

A saúde coletiva vem empregando o enfoque de risco de forma crescente após a década de 1970. Inicialmente, era usado na prática epidemiológica, visando estudar os fatores que condicionam a ocorrência e a evolução de doenças crônicas e, atualmente, de forma mais ampla, para todo o tipo de problema, agudo ou crônico, no estudo dos chamados fatores de risco, de tal forma que seu uso indiscriminado tem sido chamado de “epidemia de riscos” (LIEBER; ROMANO, 1997).

b.2) Por que tratar do conceito de risco?

Em primeiro lugar, porque ele pode ser considerado um conceito **fundamental** das vigilâncias em saúde. Fundamental porque é a possibilidade de que “algo” aconteça e de que esse “algo” interfira “negativamente” no processo saúde-doença, gerando agravos ou danos à saúde, que devem ser minimizados, o que faz das vigilâncias em saúde um importante componente da saúde coletiva. E o risco é um conceito que se refere à possibilidade de ocorrência de eventos que tenham consequências negativas à saúde, ou seja, que possam causar algum tipo de agravo ou dano à saúde de um indivíduo, de um grupo populacional ou ao ambiente.

Podemos citar, a título de exemplo: trabalhadores expostos a determinadas condições de trabalho, grupos de pacientes submetidos a procedimentos hospitalares específicos ou que usem um tipo de medicamento ou alimento, população residente em um município com uma indústria poluidora, grupo populacional exposto a determinados fatores de risco para doenças transmissíveis, como a Aids.



Passe, agora, ao AVA, para assistir ao vídeo *Enquanto o gato dorme*, dirigido por Breno Kupperman, produzido pela DCS/Icict/Fiocruz. Em seguida, realize a segunda atividade de autoavaliação deste tema.

Depois volte a este caderno e continue seu estudo.



A Unidade de Aprendizagem II, **Conceitos de saúde e doença e perfis epidemiológicos no Brasil**, introduziu os principais indicadores de risco utilizados no campo da saúde pública: incidência ou risco absoluto; risco relativo e risco atribuível.

Em segundo lugar, porque ele pode ser considerado um conceito **unificador**. É a ação/intervenção no sentido de melhoria da qualidade de vida da população que faz com que as diversas “vigilâncias” – do processo de produção-trabalho (vigilância em saúde do trabalhador), do processo de produção-consumo (vigilância sanitária) e da exposição a situações de risco (vigilância ambiental e epidemiológica) – se situem no campo da promoção e proteção da saúde. O objetivo de minimizar o risco, agindo sobre os condicionantes/determinantes de um agravo/dano, é algo comum nas vigilâncias.

Terceiro, porque ele é um conceito oriundo de várias áreas do saber, que permite diferentes abordagens e diferentes campos de prática, na dependência das disciplinas que o estudam. No dizer de Guilam e Castiel (2006), ele é, nesse sentido, um conceito “indisciplinado”. Esses autores postularam que, no campo da epidemiologia, o conceito de risco encontra aplicação na determinação dos fatores e situações de risco à saúde, sendo de especial importância na prática da vigilância epidemiológica e na epidemiologia clínica.

No campo da **engenharia**, a análise de risco auxilia na tomada de decisão, especialmente sobre as tecnologias, sendo importante na vigilância ambiental, na vigilância sanitária e na vigilância da saúde do trabalhador. Seu campo de prática está diretamente ligado à avaliação de risco ambiental, ocupacional e à avaliação de tecnologias em saúde.

No campo das **ciências econômicas**, a abordagem quantitativa do risco tem o objetivo de definir custos e possíveis perdas, tendo em vista a probabilidade de ocorrência do agravo ou dano, sendo especialmente utilizado nas seguradoras para o cálculo dos valores de seguros de veículos, de vida, de planos de saúde etc.

Por último, e numa abordagem qualitativa, diferentemente das demais, as **ciências sociais** buscam, por meio da análise das representações e da percepção de risco, estabelecer as influências culturais ligadas ao risco (GUILAM; CASTIEL, 2006).

Finalmente, porque ele não deixa de ser um conceito **polêmico**, cuja definição e interpretação podem se apresentar algumas vezes conflitantes. Basta pensar na imensa discussão que tem ocorrido em torno dos chamados Organismos Geneticamente Modificados (OGM), em que instituições se expressam de forma bastante diferente, seja na avaliação da segurança dos transgênicos, seja na proposta de ação a eles direcionada. A posição de algumas Organizações Não Governamentais tem sido fortemente contrária aos transgênicos, em oposição a dos representantes da agroindústria.

Na abordagem quantitativa do risco, torna-se necessário diferenciar duas importantes palavras que envolvem o risco: a **possibilidade** e a **probabilidade** de ocorrência de algum agravo ou dano. O risco, pensado a partir da **possibilidade** de ocorrência de agravo ou dano, pode ser considerado inerente à própria vida. Viver é estar, de certa maneira, submetido a riscos variados. A **probabilidade** é uma medida, é a relação existente entre o número de agravos/danos que poderiam acontecer em determinada situação e a sua real ocorrência. É, portanto, essa probabilidade que pode ser avaliada e gerenciada, já que admite uma gradação, seja na probabilidade de ocorrência do agravo/dano, seja na sua magnitude.

Importante, igualmente, é definir e caracterizar os chamados fatores de risco.

Fatores de risco são “[...] características ou circunstâncias cuja presença está associada a um aumento da probabilidade de que o dano venha a ocorrer, sem prejudicar se o fator em questão é ou não uma das causas do dano [...]” (LIEBER; ROMANO, 1997), seja esse dano relacionado à saúde de uma pessoa, de um grupo de pessoas ou ao ambiente. Isso significa explicitar que os fatores de risco não são, necessariamente, as causas do dano – eles são de natureza probabilística, estando mais ou menos intensamente associados ao evento danoso –, enquanto a causa exige que “[...] quando esta esteja presente o efeito exista, e quando suprimida o efeito desapareça [...]” (GUILAM; CASTIEL, 2006).

Cabe ainda ressaltar alguns aspectos do enfoque de risco no que diz respeito às vigilâncias em saúde.

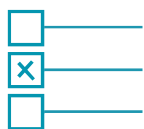
O primeiro é a relação entre riscos e fatores de risco com a existência do dano:

[...] os riscos não se constituem em afirmações indiscutíveis de que o efeito indesejado vá acontecer, mas, sim, de possibilidade. Este tipo de conhecimento probabilístico, se, por um lado, permite a identificação de potenciais fontes de agravos e a adoção de medidas preventivas e de segurança, por outro, gera uma atmosfera de incerteza e ansiedade, diante da multiplicidade de fatores

de risco e das dificuldades de distinguir-se com clareza estado de saúde/pré-doença/doença [...] (GUILAM; CASTIEL, 2006).

O segundo deles é a variedade de nomenclatura existente na literatura das vigilâncias em saúde, tanto para termos correspondentes a fatores de risco como para especificações do tipo de risco, a depender da principal atividade a ele relacionada. Assim, é possível encontrar as seguintes nomenclaturas: situação de risco; condições de risco; fontes de risco; risco ocupacional; risco ambiental; risco sanitário e risco epidemiológico (BARCELOS; QUITÉRIO, 2006; BRASIL, 2005; LUCCHESI, 2001).

Definidos esses principais tópicos, cabe relacionar o enfoque de risco com o processo regulatório das vigilâncias em saúde. Pode-se dizer que a probabilidade de ocorrência de um agravo ou dano relaciona-se à existência ou à ausência de um conjunto de medidas preventivas que busquem as melhores condições para que eles sejam evitados.



Com base no conceito de risco, dê ao menos dois exemplos de eventos que possam ter consequências negativas à saúde, identificando os respectivos fatores de risco em cada um dos componentes das vigilâncias em saúde.

Pense um pouco sobre isso antes de prosseguir.

Recomendamos que você registre as suas ideias a esse respeito e salve de maneira que possa consultá-las posteriormente.

b.3) O gerenciamento do risco

A ideia de se avaliar e gerenciar riscos, nascida nas ciências econômicas, vem sendo transposta para o campo da saúde. Parte dos fatores que podem trazer riscos de agravos à saúde individual e coletiva é regulada pelo Estado. Lucchese (2001) aponta que, no Brasil, além da área da saúde, outras áreas da administração pública federal (e seus correspondentes estaduais) têm responsabilidade com os riscos à saúde, tais como: Agricultura; Meio Ambiente (Ibama); Indústria e Comércio (Inmetro); Trabalho; e Nuclear (CNEN).

Ainda segundo Lucchese (2001), a avaliação do risco é de natureza mais científica, enquanto que a gerência do risco é primordialmente político-administrativa. Isso quer dizer que não se pode apenas avaliar os riscos, mas o resultado dessa avaliação deve ser integrado com aspectos sociais, econômicos e políticos na decisão da ação a ser tomada com o resultado obtido.

A comunicação do risco, segundo Lucchese (2001), é igualmente importante quando se pensa na regulação em sociedades democráticas. Entretanto, Lieber e Romano (1997) chamam a atenção para o fato de que a instrumentalização excessiva do risco pode esconder a sua própria essência. E mais: que questões como quem cria o risco e quem dele se beneficia não devem ser esquecidas. Preocupa-se com a forma como se dá a informação/comunicação do risco:

[...] muito mais preocupante é o pressuposto (talvez sincero) de que a “informação” ou, como em nossos ambientes de trabalho, a “conscientização” possa ser o instrumento de salvação dessas pessoas. Na verdade, como o senso comum é considerado “irracional”, não se pode esperar que essa “informação a ser prestada” venha a ser muito diferente da doutrinação, ou mesmo da intimidação [...] (LIEBER; ROMANO, 1997).

Além disso, a comunicação do risco não pode ser considerada uma forma de “desresponsabilização” do Estado em sua função precípua de regular para minimizar o risco à saúde. A regulação, em seu sentido mais amplo, engloba, segundo Lucchese (2001), “[...] toda a parte de estudos de análise do risco, bem como as regulamentações dela decorrentes e as políticas de gerenciamento do risco empreendidas pelo Estado, que configuram sua intervenção na área do risco sanitário [...]” (LUCCHESE, 2001).

Num sentido mais restrito, pode-se pensar a norma regulatória, no campo das vigilâncias em saúde, também como uma construção social que expressa as “medidas preventivas”, considerando-se a probabilidade de ocorrência do agravo/dano, as características intrínsecas das tecnologias (condições de trabalho, processo de produção, tipo de alimento/medicamento, equipamento etc.), que, em última instância, relacionam-se à magnitude do agravo/dano e ao desenvolvimento científico-tecnológico existente no momento de sua elaboração. Ela é, portanto, mutável quando se obtêm novos conhecimentos sobre os riscos ou sobre o objeto da norma.

Nas vigilâncias em saúde, especialmente nas vigilâncias sanitária e ambiental, o enfoque de risco apresenta uma característica bem marcante: o risco à saúde não “respeita” território geográfico, divisas ou fronteiras. Alguns acontecimentos podem exemplificar essa afirmativa: o lixo tóxico de uma indústria situada em Minas Gerais contaminou o rio Paraíba do Sul e produziu efeitos nos municípios que se situam às suas margens, inclusive aqueles sob jurisdição do Rio de Janeiro; o medicamento Celobar®, produzido no estado do Rio de Janeiro, foi responsável por várias mortes no estado de Goiás, que comprou e utilizou lotes falsificados.

Há, portanto, uma interdependência social entre os estados e entre municípios na mesma unidade federativa. Ou seja, o “controle” que as vigilâncias dessas unidades fazem ou deixam de fazer pode ter repercussões nas demais localidades. Lucchese (2001) refere-se à questão como “externalidade negativa”.

Atualmente, algumas ponderações têm sido feitas sobre o conceito de risco e sua utilização. Uma delas é que a incerteza, de certa maneira, é uma antítese à sujeição do futuro às nossas normas. Além disso, a crescente cientificação e tecnificação para seu controle podem ser não apenas insuficientes, mas, por vezes, prejudiciais em longo prazo (FREITAS, 2001). As críticas ao modelo “racional” consideram que o cálculo matemático puro e o uso apenas dos efeitos biológicos, físicos ou químicos não levam em conta a complexidade dos problemas que afetam a saúde:

[...] o modo de se perceber a realidade e de se organizar os fatos a ela pertinentes têm implicações, embora nem sempre visíveis, tanto nas avaliações de riscos, como nos aspectos das políticas públicas e de justiça social: quem se deve proteger de determinados riscos, a que custo e deixando de lado que alternativas [...] (FREITAS, 2001).

Assim, considerar a noção de complexidade faz com que a análise dos riscos não se limite a componentes isolados do problema, sob pena de não ser capaz de compreendê-lo em todas as suas dimensões e, com isso, aumentar as incertezas, dificultando a adoção de estratégias de prevenção e de controle dos riscos. É necessário compreender os problemas de saúde em seus múltiplos aspectos e em suas variadas naturezas – química, física, biológica, nas relações sociais, culturais e econômicas –, visto que as interações entre elas resultarão em diferentes níveis de riscos e danos, seja à população, a grupos específicos (trabalhadores, consumidores), ou ao ambiente.



Funtowicz e Ravetz (1993) referem três níveis de incertezas: as técnicas, que se relacionam aos dados existentes e às possibilidades de análises; as metodológicas, relacionadas à baixa confiabilidade dos dados; e as epistemológicas, oriundas dos limites do conhecimento científico.

Na discussão do modelo de vigilância ambiental, Barcellos e Quitério (2006) referem que:

[...] o modelo conceitual da vigilância das situações de risco é baseado no entendimento que as questões pertinentes às relações

entre saúde e ambiente são integrantes de sistemas complexos, exigindo abordagens e articulações interdisciplinares e transdisciplinares, palavras de ordem da promoção da saúde [...] (BARCELLOS; QUITÉRIO, 2006).

Além disso, conhecer as condições e os problemas de saúde da população exige observar a distribuição desigual do risco e do adoecer, contextualizando-os por meio de indicadores demográficos, socioeconômicos, ambientais ou de outra ordem.



Vamos pesquisar mais a respeito do caso Celobar®?



Passe, agora, para o AVA, e faça a última atividade de autoavaliação deste tema.



Depois volte a este caderno e continue seu estudo.

b.4) As vigilâncias em saúde e a promoção da saúde

É fácil notar que os componentes das vigilâncias em saúde fogem ao modelo médico-assistencial, ou seja, não se situam no campo da assistência à saúde como tradicionalmente caracterizado – o da prestação de serviços assistenciais.

Também é fácil compreender que as ações realizadas por todos os componentes das vigilâncias em saúde estão situadas no campo da proteção da saúde, com o intuito de minimizar os riscos. Protegerão a saúde da população de agravos e danos quando sua ação for realizada antes que estes ocorram, embora não se possa dizer que essas ações acabarão com os riscos, uma vez que, como já foi visto, há sempre a possibilidade de sua ocorrência, há sempre uma incerteza.



Algumas das ações características da Vigilância Sanitária, como por exemplo a verificação frequente dos níveis de contaminantes em produtos ou ambientes e de componentes de medicamentos, em relação a um certo padrão mínimo de nocividade, implicam atividades de **prevenção primária de riscos específicos ou de proteção da saúde frente a riscos inespecíficos**. Por outro lado, o controle de qualidade de alimentos juntamente com a segurança de produtos industriais e de ambientes ocupacionais constituem atividades de **promoção da saúde**, no sentido de que pautam-se pela preservação de processos normais de vida biológica e social. [grifo nosso]

Fonte: Almeida Filho (2000, p.15).

Mas pensá-los no campo da promoção da saúde merece um pouco mais de reflexão. A promoção da saúde implica uma redefinição da saúde e seus objetos, que passa a ser compreendida como resultado de vários fatores relacionados à qualidade de vida. E seus objetos vão além da doença, incluindo questões como habitação, saneamento básico, alimentação, educação e trabalho. Suas atividades

[...] estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde [...] e do reforço (empowerment) da capacidade dos indivíduos e das comunidades [...] (BUSS, 2000).

Ela persegue, embora nem sempre alcance, a mudança no **modelo assistencial** ou **modelo de atenção**, composto por combinações de saberes e técnicas direcionadas à resolução dos problemas e ao atendimento das necessidades de saúde. A promoção da saúde, na superação do modelo assistencial, passa a ter como objeto os problemas de saúde e seus determinantes.

Os modelos de atenção podem ser pensados, segundo Teixeira (2002), em três dimensões: **gerencial** (condutora do processo de reorganização das ações e serviços), **organizativa** (que estabelece as relações no processo de cuidado) e **técnico-assistencial** (define as relações entre os sujeitos das práticas e seus objetos de trabalho). Qualquer mudança de modelo assistencial é um processo complexo que exige que essas três dimensões sejam contempladas.

A promoção da saúde, na superação do modelo assistencial, passa a ter como objeto os problemas de saúde e seus determinantes, e a qualidade de vida pode ser entendida como condições de vida. A promoção da saúde prevê uma combinação de estratégias: ações do Estado, da comunidade, de indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais. Trabalha com a ideia de responsabilidade múltipla pelos problemas e pelas soluções (BUSS, 2000).

A promoção, mais do que uma política, representa uma estratégia de articulação transversal que estabelece “mecanismos para reduzir as situações de vulnerabilidade, incorporar a participação e o controle social na gestão das políticas públicas e defender a equidade” (O'DWYER; TAVARES; DE SETA, 2007).

Na promoção da saúde, a saúde é vista como um direito humano fundamental, de responsabilidade múltipla, inclusive do Estado, e com a população exercendo seu direito de participação e decisão.

Voltando ao campo das vigilâncias em saúde, pode-se, então, ressaltar cinco aspectos que as aproximam da promoção da saúde:

1. As vigilâncias em saúde, como integrantes da promoção da saúde, **extrapolam a visão do risco** quando propõem a transformação dos processos de consumo, de trabalho e de produção, passando a inserir neles o cidadão e o trabalhador, de forma a melhorar a sua vida.
2. **Alguns campos, como uma das áreas onde a contradição capital-trabalho-saúde está presente e exige a ação do Estado para diminuir as desigualdades.** A vigilância sanitária, em seu caráter regulatório, é o fiel de uma balança entre os interesses do setor produtivo e os do cidadão, muitas vezes conflitantes. Ela detém o “poder de polícia”, poder da Administração Pública, pelo qual o Estado, na defesa do interesse (e da saúde) coletivo e representando a sociedade, pode restringir o direito privado em prol do bem público. A concessão de registro, a autorização e a licença de funcionamento são permissões do Estado, que podem e devem ser revistas sempre que necessário, sempre que a desigualdade produção-consumo for prejudicial à sociedade. Quando isso ocorre, a vigilância sanitária pode (e deve) agir de forma a minimizar os riscos à saúde.

Imagine, por exemplo, que um hospital apresente altas taxas de infecção hospitalar no berçário, ou que determinado medicamento cause mortes desnecessárias, ou mesmo uma fábrica que esteja poluindo, com seus resíduos, um manancial ou um rio, ou adoecendo seus trabalhadores. Depois de um processo de investigação, ou como medida de cautela, em casos graves, para limitar o número de mortes ou de incapacidades (se houver risco muito alto), a ação da vigilância sanitária pode ser a interdição temporária do berçário, ou a retirada (cassação) da licença sanitária, ou o cancelamento do registro do medicamento em questão, ou a intervenção de diversos níveis na fábrica. É claro que essas medidas dadas como exemplos de ação não são as primeiras a serem tomadas.

Do mesmo modo, a vigilância em saúde do trabalhador, ao lidar com a questão do processo de trabalho, e a vigilância ambiental, com o processo de produção/industrialização e o meio ambiente, são, muitas vezes, arenas de conflito entre interesses privado e coletivo, que exigem a intervenção do Estado (AVES, 2003; BRASIL, 2005; LUCCHESI, 2001). E elas muitas vezes se articulam com a vigilância sanitária para intervir em estabelecimentos ou processos de trabalho.

Esses exemplos demonstram que uma vigilância pode e deve recorrer à outra. Muitas vezes, a vigilância sanitária recorre à epidemiológica, à ambiental ou à vigilância em saúde do trabalhador, ou elas recorrem à sanitária. Sabemos que há em todas elas um saber específico... Mas, a questão central nesse ponto é a possibilidade de conflito.

Conflitos podem ocorrer sempre que houver uma decisão, mas não nos parece que a vigilância epidemiológica seja caracterizada por esse tipo de conflito e enfrentamento. Além disso, das nossas vigilâncias, ela é a mais setorial, a que mais atua nos limites do setor saúde.

3. As vigilâncias em saúde têm procurado se articular, com maior ou menor grau de sucesso, para aumentar sua capacidade de análise e intervenção nos problemas concretos, ou para melhorar a qualidade da intervenção.

Você notou que os exemplos dados para o tópico anterior também se enquadram aqui? É que, na existência de um possível conflito, a necessidade de reforço mútuo e de ação articulada aumenta.

Mas não é só com as outras vigilâncias – ou mesmo com as unidades prestadoras de cuidado assistencial – que elas se articulam. Sua ação será mais efetiva se for capaz, também, de aumentar a potência de intervenção dos atores envolvidos nos problemas sanitários (CAMPOS; BELISÁRIO, 2001).

Assim, na busca da transformação social, as vigilâncias em saúde **reforçam a capacidade dos diferentes grupos sociais envolvidos nos problemas sanitários** – consumidores, cidadãos, trabalhadores, trabalhadores da área da saúde. Isso nada mais é do que o *empowerment* (empoderamento ou fortalecimento do poder). O conceito de empoderamento apresenta-se como recurso importante para sustentabilidade das ações de educação para a saúde, orientadas, tanto individualmente quanto de forma coletiva, nos grupos sociais e organizações, por meio de processos educativos participativos (O'DWYER; TAVARES; DE SETA, 2007).

Foi dito por Lucchese (2001) que a vigilância sanitária exige a mediação de setores da sociedade e produz atitudes éticas na relação entre produção, trabalho e consumo. Além disso, precisa de cidadãos conscientes e pode ser considerada um espaço de exercício da cidadania e do controle social. Isso pode ser aplicado também, pelo menos, a mais duas vigilâncias do campo da saúde, notadamente àquelas que têm conflitos potenciais: a dos processos de produção-trabalho (vigilância

em saúde do trabalhador); a dos processos de produção-consumo (vigilância sanitária); e a da exposição a situações de risco (em especial, a vigilância ambiental).

4. Entendidas como campo de prática, que produzem não apenas ações/intervenções, mas também conhecimentos, as vigilâncias em saúde têm um **caráter interdisciplinar**. No exercício de sua ação e na produção de seu conhecimento, utilizam-se várias disciplinas. Algumas são comuns a todas as vigilâncias, quais sejam: planejamento/gestão/administração, sociologia, política, antropologia, epidemiologia, ética, direito.

Além dessas disciplinas, podem-se relacionar algumas especificidades de cada um dos componentes das vigilâncias em saúde. A vigilância sanitária, com seu amplo espectro de ação, é campo de convergência de várias disciplinas, dentre elas: biossegurança, engenharia, arquitetura, física, química, farmacologia, toxicologia, radiologia, odontologia e direito administrativo, sendo o último um de seus pilares. A vigilância em saúde do trabalhador, além de utilizar-se também de algumas dessas disciplinas, tem na ergonomia um de seus focos centrais. A vigilância ambiental e a epidemiológica também se utilizam bastante de disciplinas como a ecologia, a biologia e a geografia (BARCELLOS; QUITÉRIO, 2006; COSTA; ROZENFELD, 2000).

5. A Carta de Ottawa (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1992), um dos marcos da promoção da saúde, elenca um conjunto de valores (qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, desenvolvimento, participação) e de estratégias (políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais, reorientação do sistema de saúde, parcerias intersetoriais) da promoção da saúde. A Carta já apontava não apenas para a multicausalidade na saúde, mas também para o fato de que, ao pensar a saúde como qualidade de vida, a ideia de sua promoção transcende o setor saúde: a interinstitucionalidade ou intersetorialidade é, assim, uma de suas principais estratégias.

As vigilâncias em saúde, na requalificação de seus processos de intervenção, têm como princípio operativo a intersetorialidade, definida, na Declaração de Santa Fé, como: “[...] o processo no qual objetivos, estratégias, atividades e recursos de cada setor são considerados segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores [...]” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1996).

b.5) A intersectorialidade

Pensar a intersectorialidade nos faz indagar: Mas, afinal, que setores são esses? Apenas instituições públicas responsáveis pela formulação e implementação de políticas? De quais setores estamos mesmo falando?

A princípio, poderia parecer apenas um novo “arranjo”, uma nova “organização” daquilo que já ocorria no campo da saúde. Os setores não são apenas aqueles diretamente ligados ao poder público ou à administração direta de órgãos estatais. Para além deles, a saúde e as vigilâncias em saúde necessitam estar se “entrelaçando” com setores da sociedade civil, num verdadeiro “abraço de cidadania”. Afinal, a saúde é um assunto não apenas do Estado, mas de toda a sociedade.

Por força da Reforma Administrativa do Governo Bolsonaro, o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) foi extinto. Suas funções passaram a ser divididas com os Ministérios da Economia (fiscalização do trabalho, regulação profissional, saúde e segurança no trabalho), da Justiça e da Cidadania. No Ministério da Economia foi criada uma Secretaria Especial de Previdência e Trabalho. Essa extinção concorrerá para uma maior aproximação entre a vigilância em saúde do trabalhador e a vigilância sanitária?

Quanto à vigilância em saúde do trabalhador, como efetuar, por exemplo, ações desvinculadas dos sindicatos de trabalhadores ou de outros setores da sociedade, como o Ministério do Trabalho? Não são significativas as contribuições para a vigilância ambiental em saúde, oriundas das Organizações Não Governamentais que têm como tema o meio ambiente e sua articulação com outros setores, como o Ministério do Meio Ambiente? Como pensar, na vigilância epidemiológica, o avanço na Política Nacional de HIV/Aids sem a participação das Organizações Não Governamentais que com ela lidam, dos grupos de portadores de HIV/Aids (Pela Vida, Gappa) e de setores como o Ministério do Trabalho ou da Previdência Social? Igualmente na vigilância sanitária, como pensar a efetividade de sua ação sem a participação das Organizações Não Governamentais dos Consumidores (Idec, Associação das Donas de Casa, de Portadores de Patologias etc.) e sem outros órgãos específicos que comportam atribuições sobre os mesmos objetos da vigilância sanitária, tais como os Ministérios do Meio Ambiente, do Trabalho, do Comércio Exterior, da Agricultura?

O Ministério do Meio Ambiente (MMA) perdeu para o Ministério da Agricultura a atribuição de gestão, em âmbito federal, do Serviço Florestal Brasileiro (SFB). A competência sobre florestas públicas deverá ser exercida em articulação com o Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. A Agência Nacional de Águas (ANA), o Conselho Nacional de Recursos Hídricos (CNRH) e a atribuição de definir a política para o setor, antes vinculados ao Ministério do Meio Ambiente, foram direcionados para o Ministério do Desenvolvimento Regional (BRASIL, 2019).

O Decreto n. 9.672, de 2 de janeiro de 2019, atualizou a estrutura organizacional do Governo Federal e, para as áreas de competência do Ministério da Economia, introduziu alguns incisos sobre o trabalho e o trabalhador:

- XXXI - política e diretrizes para a modernização das relações de trabalho;
- XXXII - fiscalização do trabalho, inclusive do trabalho portuário, e aplicação das sanções previstas em normas legais ou coletivas;
- XXXIII - política salarial;
- XXXIV - formação e desenvolvimento profissional;
- XXXV - segurança e saúde no trabalho;
- XXXVI - regulação profissional (BRASIL, 2019, incisos do art. 31).

As questões da intersetorialidade e do controle social nas vigilâncias em saúde são de tal importância que a Lei n. 8.080/90 (BRASIL, 1990), em seus artigos 12º e 13º, cria comissões intersetoriais de âmbito nacional em alguns dos componentes das vigilâncias em saúde.

[...] Art. 12 – Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos complementares e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Art. 13 – A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

I - alimentação e nutrição;

II - saneamento e meio ambiente;

III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;

IV - recursos humanos;

V - ciência e tecnologia; e

VI - saúde do trabalhador [...] (BRASIL, 1990).

Contrariando o disposto no art. 13 da Lei n. 8.080, de 1990, o Conselho Nacional de Saúde transformou a Comissão Intersetorial de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia em Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde (DE SETA; OLIVEIRA; PEPE, 2017).

Com base no que foi citado e considerando a Carta de Ottawa, que relaciona um conjunto de valores (qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, desenvolvimento, participação) e de estratégias (políticas públicas saudáveis, reforço da ação comunitária, reorientação do sistema de saúde, parcerias intersetoriais) da **promoção** da saúde, parece pertinente afirmar que as vigilâncias em saúde encontram-se no campo da promoção. Você concorda? Abordaremos a seguir o processo de trabalho das vigilâncias.



Encerramos aqui o estudo do Tema 1.2.

Passe, agora, ao AVA, para estudar o Tema 1.3.



A parte inicial deste tema deve ser estudada no AVA.

Lá, você encontrará instruções para voltar à leitura deste caderno.

Tema 1.3

Os processos de trabalho das vigilâncias em saúde

As vigilâncias e os sistemas de informação

A vigilância epidemiológica diz respeito, principalmente, à geração de informações sobre a ocorrência e a distribuição de doenças na população, para subsidiar a tomada de decisões e a execução de ações de controle. De modo geral, são funções da vigilância epidemiológica:

- coleta, processamento e análise e interpretação dos dados;
- recomendação das medidas de controle, promoção das ações de controle;
- avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;
- divulgação das medidas pertinentes.

Historicamente restrita às doenças imunopreveníveis, o escopo das ações de vigilância epidemiológica somente se amplia a partir do fim dos anos 1990, com a incorporação, ainda precária atualmente, da vigilância das doenças não transmissíveis (DAnT) e de fatores de risco. Essa ampliação é influenciada pelo contexto internacional, notadamente pelo Center of Disease Control and Prevention (CDC) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com a formulação do conceito de vigilância em saúde pública, que incorpora a vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis.

[...] vigilância [em saúde pública] é o processo de coleta sistemática e análise dos dados com rápida disseminação para os tomadores de decisão, com vistas à ação. Um sistema de vigilância de doenças funciona bem quando provê informações para o planejamento, implementação, monitoramento e avaliação de programas de saúde pública. A vigilância de doenças transmissíveis é parte da vigilância em saúde pública, que por sua vez é parte de um sistema de informação em saúde mais abrangente [...] (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001 apud SILVA JUNIOR, 2004; tradução nossa).

Reforça-se, assim, uma aproximação entre os conceitos de vigilância em saúde pública e de sistema de informação, sendo a análise da informação epidemiológica um insumo considerado importante para a tomada de decisão em saúde.

A vigilância sanitária se utiliza desses sistemas de informações, de caráter nacional, para avaliar e/ou monitorar a qualidade da prestação de serviços

e da utilização de produtos, tais como medicamentos, próteses, vacinas e seus possíveis efeitos adversos. Esta é uma das dimensões importantes da vigilância sanitária: entendê-la como uma prática “avaliativa”, com características e atribuições diferenciadas das demais vigilâncias. Esses sistemas são úteis na identificação de danos e agravos à saúde, decorrentes do processo de produção de bens de saúde e da prestação de serviços de saúde, na identificação de fatores determinantes e condicionantes para o gerenciamento desses riscos e para a eleição de prioridades de ação.

A vigilância sanitária é um exemplo de ação coletiva de prevenção das doenças e dos acidentes e de promoção e proteção da saúde. Conforme visto anteriormente, as ações de vigilância sanitária dizem respeito, principalmente, a prevenção, eliminação ou redução do risco de agravos relacionados ao consumo de bens e serviços. Para isso, ela conta com capacidade de intervenção sobre os problemas sanitários, sejam eles decorrentes do ambiente, da produção, da circulação e do consumo de bens e serviços, manifesto pelo chamado “poder de polícia administrativa sanitária”.

Inseridas no âmbito das relações sociais de produção e consumo, as ações da vigilância sanitária são consideradas ações típicas do Estado e só podem ser exercidas por profissionais que representam o Estado, em suas esferas de governo. É o único componente das vigilâncias em saúde que, em seu caráter regulatório, utiliza-se do poder de polícia, já referido anteriormente, que permite restringir o interesse privado em prol do interesse público. Por esse motivo, além de utilizar os sistemas de informação, a vigilância sanitária se pauta num amplo sistema legal.

A legislação sanitária e a sua relação com o Poder Judiciário são condições **imprescindíveis** para o exercício de sua prática.

Algumas de suas atribuições importantes são, portanto, a elaboração de normas, a concessão pública (de autorização ou licença de funcionamento, registro de tecnologias, tais como medicamentos e tecnologias médicas) e a fiscalização sanitária. Nos últimos anos, vem-se desenvolvendo o Sistema Nacional de Informações em Vigilância Sanitária (Sina-visa), que tem um forte componente gerencial no que diz respeito ao registro das ações de vigilância sanitária em todas as esferas de governo.

A vigilância ambiental em saúde é um conceito que se encontra em construção e volta-se para a detecção de “[...] mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana [...]” (FRANCO NETTO; CARNEIRO, 2002). Busca, assim, identificar e gerenciar os fatores de risco ambiental relacionados a agravos/danos à saúde, especialmente no que se refere a água para consumo

humano, contaminações do ar e do solo, desastres naturais, contaminantes ambientais e substâncias químicas, acidentes com produtos perigosos, efeitos dos fatores físicos e condições saudáveis no ambiente de trabalho.

Um sistema de informação muito utilizado na vigilância ambiental é o Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua), que ajuda na tomada de decisões e no direcionamento das ações sobre a água para consumo humano. Ele utiliza-se igualmente do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox) na análise dos casos de intoxicação por agrotóxicos. Vem desenvolvendo o Sistema de Monitoramento de Populações Expostas a Agentes Químicos (Simpeaq), para a vigilância de populações expostas ao amianto e ao benzeno, com previsão de incluir outras substâncias químicas.

Câmara e Tambelini (2003) agregam os Censos Demográfico e Agropecuário; o Sistema Nacional de Informações em Saneamento da Secretaria de Desenvolvimento Urbano; o Sistema de Informações Hidrológicas da Agência Nacional de Energia e Eletricidade (Aneel); as informações sobre imagens de satélites e monitoramento de queimadas do Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (Inpe); as informações sobre recursos hídricos, qualidade dos assentamentos humanos, biodiversidade, Amazônia Legal e de políticas de desenvolvimento sustentável do Ministério do Meio Ambiente (MMA); os sistemas de monitoramento do ar realizados por algumas instituições estaduais de meio ambiente, tais como a Companhia Estadual de Tecnologia em Saneamento Ambiental (Cetesb), em São Paulo, e a Fundação Estadual de Engenharia do Meio Ambiente (Feema), no Rio de Janeiro.

A saúde do trabalhador também se utiliza desses sistemas nacionais, como o Sinan e o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), especialmente na identificação de agravos relativos às situações relacionadas ao trabalho. Entretanto, as informações sobre este segmento ainda são escassas e de qualidade aquém da desejada. Na construção de informações sobre os trabalhadores e seu adoecimento, outras bases, produzidas fora do setor saúde, são úteis, tais como a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), bases censitárias do IBGE, do Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (Dieese) e de sindicatos.



Encerramos aqui o estudo do Tema 1.3.

Acesse, agora, o AVA, e realize a Avaliação do Módulo 1.

Módulo 2

Os Sistemas Nacionais das Vigilâncias e a Política Nacional de Vigilância em Saúde

Marismary Horsth De Seta, Lenice G. da Costa Reis e Vera Lúcia Edais Pepe

O módulo está organizado da seguinte forma:

Introdução

Tema 2.1 – O Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

Tema 2.2 – O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

Tema 2.3 – A Política Nacional de Vigilância em Saúde: desafios e lacunas



Continue no AVA para estudar o Tema 2.1 – O Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, no qual também se encontra conteúdo sobre o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.

O Sistema Nacional de Vigilância Ambiental será estudado neste caderno e no AVA.



Os temas deste módulo deverão ser estudados tanto neste caderno quanto no AVA.

As atividades práticas e a avaliação da unidade de aprendizagem deverão ser realizadas por meio do AVA.

Em ambos os meios (on-line e impresso), haverá instruções precisas a respeito do que você deverá fazer a cada momento.

Comece sempre o estudo de cada módulo e tema pelo AVA.

Passe, agora, para o AVA e comece seu estudo pela Introdução do Módulo 2.

Tema 2.1

O Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

a) O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

Este tema é apresentado apenas no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA).

b) O Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVSA)

O componente vigilância ambiental em saúde no SINVSA

O surgimento do campo ambiente e saúde

A preocupação com o meio ambiente expandiu-se mundialmente, sobretudo após a Conferência das Nações Unidas sobre o Ambiente Humano, realizada em 1972, em Estocolmo. A partir daí, alguns países passaram a considerar o ambiente um dos direitos humanos fundamentais (FREITAS, 2005). No Brasil, a Política Nacional de Meio Ambiente, promulgada na Lei n. 6.938, de 31 de agosto de 1981, tem como objetivo:

[...] a preservação, melhoria e recuperação da qualidade ambiental propícia à vida, visando assegurar, no País, condições ao desenvolvimento socioeconômico, aos interesses da segurança nacional e à proteção da dignidade da vida humana [...]
(BRASIL, 1981).

Constituem-se princípios dessa política:

- a ação governamental, na manutenção do equilíbrio ecológico, considerando o meio ambiente patrimônio público;
- a racionalização do uso do solo, do subsolo, da água e do ar;
- o planejamento e a fiscalização do uso dos recursos ambientais;
- a proteção dos ecossistemas;
- o controle e o zoneamento das atividades potencial ou efetivamente poluidoras;
- os incentivos ao estudo e à pesquisa de tecnologias orientadas para o uso racional e a proteção dos recursos ambientais;
- o acompanhamento do estado da qualidade ambiental;
- a recuperação de áreas degradadas;
- a proteção de áreas ameaçadas de degradação;
- a educação ambiental em todos os níveis do ensino, incluindo a educação da comunidade, objetivando capacitá-la para a participação ativa na defesa do meio ambiente.

É fácil perceber que se trata de uma área intersetorial, envolvendo, no Brasil, vários ministérios.

A Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, realizada em 1992, no Rio de Janeiro, foi o momento em que o tema “ambiente” passou a ser inserido numa agenda global. A Agenda 21 pretendeu ser um plano para o meio ambiente e o desenvolvimento no século XXI, buscando-se a implementação de uma estratégia para o desenvolvimento sustentável (FREITAS, 2005).

No Brasil, em 2001, foi constituído o Grupo de Trabalho para Assuntos Internacionais em Saúde e Ambiente, que visava discutir o tema “saúde e meio ambiente” no âmbito do direito internacional. Outros fóruns foram também instituídos, tais como a Comissão Permanente de Saúde Ambiental (Copesa), que possibilitou a construção da Política de Saúde Ambiental no Ministério da Saúde, e a Comissão Coordenadora do Plano de Ação para a Segurança Química (Copasq) (FRANCO NETTO; CARNEIRO, 2002).

Conforme já mencionado, o conceito de **vigilância ambiental em saúde** visa justamente identificar mudanças no meio ambiente que possam comprometer a saúde, agindo na prevenção e no controle dos fatores de risco. Assim como as demais vigilâncias, é parte integrante do campo da promoção da saúde e caracteriza-se pela necessidade de articulação intrasetorial, especialmente com as demais vigilâncias, com os laboratórios de saúde pública, com o sistema de informação em saúde, com a engenharia de saúde pública, com a saúde indígena, entre outros.

Além da articulação intrasetorial, a integração intersetorial vinha sendo construída por meio da participação em fóruns intersetoriais. Dentre esses, o Conama, o Conselho Nacional de Recursos Hídricos (CNRH), o Conselho Nacional de Defesa Civil (Cedec) e o Comitê Executivo Interministerial sobre a Camada de Ozônio (Prozon) (FRANCO NETTO; CARNEIRO, 2002).

O Conama é responsável, por exemplo, por estabelecer critérios para o licenciamento de atividades poluidoras; determinar a perda ou restrição de benefícios fiscais concedidos pelo poder público; e estabelecer normas, critérios e padrões relativos ao controle e à manutenção da qualidade do meio ambiente.

Pelas suas atribuições se pode depreender a importância da participação do setor saúde nesse conselho. Entretanto, outra iniciativa do governo Bolsonaro foi a tentativa de extinção de conselhos com participação da sociedade civil. O Conama foi instituído por lei, por isso está mantido; contudo, houve redução drástica no número de participantes, de 100 para 23.

Dele participavam, em 2019, os seguintes órgãos federais:

- Casa Civil da Presidência da República;
- Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis – Ibama;

- Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento;
- Ministério do Desenvolvimento Regional;
- Ministério da Economia;
- Ministério da Infraestrutura;
- Ministério de Minas e Energia;
- Secretaria de Governo da Presidência da República.

O Ministério do Meio Ambiente (MMA) teve o:

- Serviço Florestal Brasileiro (SFB), criado pela Lei n. 11.284 de 2006, transferido para o Ministério da Agricultura;
- Conselho Nacional de Recursos Hídricos (CNRH) transferido para o Ministério do Desenvolvimento Regional.



A estruturação do SINVSA

O SINVSA foi pensado tendo como objetivo geral

[...] prevenir e controlar os fatores de risco de doenças e de outros agravos à saúde, decorrentes do ambiente e das atividades produtivas [...] [e tendo como objetivos específicos:]

- a) produzir, integrar, processar e interpretar informações, visando disponibilizar ao SUS instrumentos para o planejamento e execução de ações relativas às atividades de promoção da saúde e de prevenção e controle de doenças relacionadas ao meio ambiente;
- b) estabelecer os principais parâmetros, atribuições, procedimentos e ações relacionados à vigilância ambiental em saúde nos diversos níveis de competência;
- c) identificar os riscos e divulgar, para o SUS e para a sociedade, as informações referentes aos fatores ambientais condicionantes e determinantes das doenças e outros agravos à saúde;
- d) intervir com ações, de responsabilidade do setor saúde ou demandando para outros setores, visando eliminar os principais fatores ambientais de riscos à saúde humana;
- e) promover, junto aos órgãos afins, ações de proteção da saúde humana relacionadas ao controle e recuperação do meio ambiente; e
- f) conhecer e estimular a interação entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento, visando o fortalecimento da participação da população na promoção da saúde e qualidade de vida (BRASIL, 2003, p.12).

No âmbito do Ministério da Saúde, diversos órgãos e instituições realizam ações relacionadas ao meio ambiente. A SVS, pelo Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública (DSASTE), tem a responsabilidade de implementar e coordenar o SINVSA. Outros órgãos são importantes, tais como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a Assessoria de Assuntos Internacionais (Aisa), do Ministério da Saúde. A articulação com outros setores é igualmente importante para a sua operacionalização. Na esfera federal, podem-se citar os Ministérios do Meio Ambiente, da Agricultura, do Trabalho e Emprego, das Relações Exteriores, da Educação e do Planejamento.

A incorporação de programas de vigilância ambiental, no âmbito do SUS, vem sendo implementada, no nível federal, pelo DSASTE, e responsável pela implementação do SINVSA. Em alguns estados, foram criados departamentos e programas de vigilância ambiental, e as configurações institucionais são diferenciadas em cada nível de governo. Nas secretarias estaduais e municipais de saúde, a vigilância ambiental em saúde tanto pode ser encontrada como um serviço isolado quanto nas mais diversas combinações com as demais vigilâncias (BARCELLOS; QUITÉRIO, 2006).

Essa incorporação, ainda incipiente, tem sido bastante discutida. De um lado, há mandamentos constitucionais que incluem no campo do SUS a “colaboração na proteção ao meio ambiente”, a fiscalização e inspeção de águas para consumo humano e a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos. De outro, a questão ambiental representa uma área de “interface entre diversas disciplinas e setores”, sendo a responsabilidade principal em relação ao ambiente exercida fora do setor saúde.

A Instrução Normativa n. 1, de 7 de março de 2005, definiu o Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVSA), atualmente coordenado pelo DSASTE, da seguinte forma:

[...] o conjunto de ações e serviços prestados por órgãos e entidades públicas e privadas, relativos à vigilância em saúde ambiental, visando ao conhecimento e à detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção da saúde ambiental, prevenção e controle dos fatores de riscos relacionados às doenças e outros agravos à saúde, em especial: I. água para consumo humano; II. ar; III. solo; IV. contaminantes ambientais e substâncias químicas; V. desastres naturais; VI. acidentes com produtos perigosos; VII. fatores físicos; e VIII. ambiente de trabalho [...] (BRASIL, 2005a, art. 1º).

Segundo a Constituição Federal de 1988, art. 200, inciso VIII:

“Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

[...]

VIII - colaborar com a proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. [...]” (BRASIL, 1998).



Leitura recomendada

Leia, na íntegra, a [Instrução Normativa n. 1, de 7 de março de 2005](#).



A Instrução Normativa n.1 também está disponível na Biblioteca do material didático digital.



Leitura recomendada

Na página da [Vigilância Ambiental no Portal do Ministério da Saúde](#), você encontrará informações adicionais sobre a vigilância ambiental na esfera federal e seus programas estratégicos:

- Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua)
- Vigilância em Saúde de Populações Expostas à Poluição Atmosférica (Vigiar)
- Programa de Vigilância em saúde de populações expostas a contaminantes químicos (Vigipeq)
- Vigilância de desastres naturais e tecnológicos (Vigidesastres)
- Vigilância em Saúde Ambiental associada aos Fatores Físicos (Vigifis)

Geralmente, para cada um dos programas estratégicos é criado um sistema de informação específico.



Além do enumerado na Instrução Normativa n.1, alguns autores referem que a atuação do SINVSA não se restringe aos fatores não biológicos, mas age, igualmente, sobre fatores biológicos, representados por vetores, hospedeiros, reservatórios e animais peçonhentos (BARCELLOS; QUITÉRIO, 2006), e essa divisão operacional entre fatores biológicos e não biológicos não representa uma dissociação com a vigilância epidemiológica (FRANCO NETTO; CARNEIRO, 2002).

Ações de vigilância ambiental em saúde também têm sido introduzidas nas pactuações de forma a contribuir para a estruturação do SINVSA. Por exemplo, a PPI/VS de 2006 enfatizou o cadastramento de áreas com populações expostas a solo contaminado por substâncias químicas em municípios com população igual ou superior a 100 mil habitantes; e a realização de Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua) em municípios com população igual ou superior a 100 mil habitantes. O mapeamento das áreas de solo contaminado não pretendeu ser extensivo, e sim servir de oportunidade para o desenvolvimento da capacidade de identificação dessas áreas.

Em síntese, entre as atribuições relacionadas à vigilância ambiental, a que apresenta maior avanço na implementação é a “Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano” (Vigiagua). Para essa atividade de monitoramento, na maior parte dos municípios, a coleta de amostras é realizada pelos serviços de vigilância sanitária.



Quais os órgãos envolvidos com a vigilância ambiental tanto no âmbito federal quanto no seu local de trabalho?

Acesse, agora, o AVA, a fim de realizar a atividade de reflexão deste tema.

Depois retorne para este caderno para estudar o segundo componente do SINVSA, a Vigilância em Saúde do Trabalhador.

O componente vigilância em saúde do trabalhador no SINVSA

A construção do campo da saúde do trabalhador é traçada de maneira precisa, e analiticamente rica, por Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997). Esses autores destacam o advento da Revolução Industrial e a emergência da medicina de fábrica, a partir do Factory Act, de 1833, na Inglaterra. Essa medicina de fábrica, em que o médico no interior

das unidades representava, ao mesmo tempo, a tentativa de detectar processos danosos à saúde e uma ajuda ao empresário para recuperar o trabalhador, visando reintegrá-lo à linha de produção, seria o embrião da “medicina do trabalho”.

Orientada pela teoria da unicausalidade, a medicina do trabalho tende a isolar riscos específicos e atuar sobre suas consequências, em decorrência de sintomas e sinais, ou associando-os a uma doença legalmente reconhecida. Mas, frequentemente, as doenças originadas no trabalho só são percebidas em estágios avançados, e isso é potencializado ou intensificado pela rotatividade da mão de obra no contexto da terceirização.

Segundo Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997),

A passagem por processos produtivos diversos pode mascarar nexos causais e diluir a possibilidade de estabelecê-los, exce-
tuando-se os mais evidentes e considerada a hipótese remota
de exames admissionais que levem em conta a história laboral
pregressa).

Incorporando a teoria da multicausalidade, “na qual um conjunto de fatores de risco é considerado na produção da doença, avaliada através da clínica médica e de indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito” (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997), a saúde ocupacional avança numa proposta interdisciplinar, com base na higiene industrial, e relaciona ambiente de trabalho – corpo do trabalhador.

Mas, dizem os mesmos autores:

[...] se os agentes/riscos são assumidos [...] descontextualiza-
dos das razões que se situam em sua origem, repetem-se, na
prática, as limitações da Medicina do Trabalho. As medidas
que deveriam assegurar a saúde do trabalhador, em seu senti-
do mais amplo, acabam por restringir-se a intervenções pon-
tuais sobre os riscos mais evidentes [...] (MINAYO- GOMEZ;
THEDIM-COSTA, 1997).

Mesmo com a ênfase no uso de equipamentos de proteção individual, em detrimento dos de proteção coletiva, e a normalização de formas “seguras” de trabalhar, torna-se possível culpar o trabalhador pelos acidentes e pelas doenças que o acometem (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

O movimento da saúde do trabalhador é visto, no Brasil, como a configuração de “[...] um novo paradigma que, com a incorporação de alguns referenciais das Ciências Sociais – particularmente do pensamento

marxista –, amplia a visão da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional [...]” (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997). Esse movimento, que considera o trabalhador agente de mudanças, com saberes e vivências acumuladas, individual e coletivamente, sobre seu próprio trabalho, surge sob a influência do

[...] patrimônio acumulado no âmbito da Saúde Coletiva, com raízes no movimento da Medicina Social latino-americana dos anos 60 e início dos 70, que ampliou o quadro interpretativo do processo saúde-doença, inclusive em sua articulação com o trabalho e influenciado pela experiência italiana [...] (LACAZ, 2002).



Vários autores, além de Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), ressaltam a importância da reforma sanitária italiana e, mais especificamente, do Movimento Operário Italiano na conformação da saúde do trabalhador no país.

Esse movimento floresceu na mobilização de setores da sociedade que lutavam pela democratização da sociedade e pelo direito de livre organização sindical, na reflexão crítica sobre a limitação dos modelos vigentes de atenção à saúde, nos setores sindicais em situação sanitária problemática e, também, na ação interinstitucional de “diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum”.

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) definiu, no item 5 do seu relatório final, que

Do conceito amplo de saúde e da noção desse direito como conquista social, emerge a ideia de que o pleno exercício do direito à saúde implica em garantir: trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho [...] (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

Segundo a Constituição Federal de 1988, artigo 200, inciso II:

“Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

[...]

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; [...]” (BRASIL, 1998).

Como desdobramento da 8ª CNS, em dezembro de 1986, realizou-se a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, na qual, de maneira mais enfática, aparece em pauta a inserção da Saúde do Trabalhador na qualidade de prática a ser desenvolvida no setor saúde (LACAZ, 2002).

A Carta Constitucional de 1988 e a Lei n. 8.080/90 confirmam a saúde do trabalhador como competência do SUS, embora de forma **não exclusiva**.

A área de “exclusividade do SUS” diz respeito apenas à assistência, mas não às atividades relacionadas à fiscalização dos ambientes de trabalho. “As Delegacias Regionais do Trabalho advogam, em vários estados, a exclusividade de sua competência para inspecionar os centros produtivos” (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997). Segundo Machado (2005):

[...] uma série de conflitos, alguns deles de tipo corporativo, mais relacionados a disputas no campo das práticas institucionais ainda não harmonizadas pós-Constituição de 1988. Assim, auditores fiscais do Ministério de Trabalho e sanitaristas do SUS, voltados para as ações de saúde do trabalhador, vivem em conflito na maioria dos Estados brasileiros, onde se realizam, com maior ênfase, práticas nesse campo (MACHADO, 2005).

Assim é que, além do setor saúde, no nível nacional, a saúde do trabalhador encontra-se, também, pela Constituição de 1988, como atribuição do extinto Ministério do Trabalho e Emprego, no que diz respeito à **inspeção do trabalho**, realizada com base nos dispositivos da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), nas normas regulamentadoras (NR), nas convenções internacionais ratificadas pelo Brasil e nas cláusulas dos contratos coletivos de trabalho (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; SILVA; BARRETO JÚNIOR; SANT’ANA, 2003).



A Constituição Federal estabelece que compete à União organizar, manter e executar a inspeção do trabalho (inciso XXIV, Art. 21).

Lacaz (2002) aponta três momentos diferenciados na inserção da atenção à saúde do trabalhador no SUS:

1. **de 1978 a 1986:** “efervescência das ideias e pressupostos que conformam o campo de práticas e saberes da Saúde do Trabalhador, que inclui a atenção à saúde dos trabalhadores na qualidade de uma prática de saúde diferenciada”. Destacam-se nessa conjuntura: o ressurgimento do movimento sindical; a criação dos programas de saúde dos trabalhadores, principalmente em São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia e Rio Grande do Sul, após a posse dos governadores eleitos de forma direta, em 1982; realização da VIII CNS e da I CNST;
2. **de 1987 a 1990:** “[...] institucionalização das ações de Saúde do Trabalhador na rede básica de serviços de saúde, através das conquistas no âmbito legal e dos avanços ao nível institucional

[...]”. Os autores frisam que “[...] a prática acumulada nos Programas de Saúde dos Trabalhadores (PST) no início dos anos 80 garantiria a inscrição da Saúde do Trabalhador como atribuição do SUS [...]”;

3. de 1991 e 2001: essa fase, marcada por “[...] disputas corporativas e pela ausência de mecanismos claros e efetivos de financiamento para as ações do SUS”, apresentou um “duplo movimento de natureza contraditória [...]”. Por um lado, ampliam-se os marcos legais e a saúde do trabalhador “adquire status de instrumento operacional, contribuindo para uma maior institucionalização do campo”. Realiza-se, em 1996, a 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, e são emitidas a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 1998a) e a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador – NOST/SUS (BRASIL, 1998b).

As propostas de organização de serviços de atenção à saúde dos trabalhadores na rede pública, os Programas de Saúde do Trabalhador (PST), datam de 1984, ocorrendo inicialmente em São Paulo e, posteriormente, em vários outros estados como Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Bahia. Os PSTs, originários do setor saúde, após mais de 50 anos de monopólio do setor trabalho – normatização e fiscalização por meio das Delegacias Regionais do Trabalho – e das empresas – na assistência aos trabalhadores, por meio dos Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho (Sesmet), na sua implementação, criaram “uma gama de instrumentos operacionais e jurídicos legais para viabilizar sua atuação, sempre buscando importante interlocução com os setores do Trabalho e da Previdência Social” (LACAZ, 2005).

Estudo referido ao estado de São Paulo, entretanto, aponta decréscimo no percentual de municípios que realizam ações de saúde do trabalhador, após a segunda metade da década de 1990, segundo a Pesquisa Municipal Unificada realizada pela Fundação Seade (SILVA; BARRETO JUNIOR; SANT’ANA, 2003).



Dentre as ações levantadas no estudo do Seade, estão: vistoria e fiscalização de ambientes de trabalho; intervenção preventiva em ambientes de trabalho; oferta de atendimento especializado em saúde do trabalhador; oferta de reabilitação física a acidentados do trabalho; ações educativas de prevenção de riscos e doenças.

Lacaz (2002) afirmou que a saúde do trabalhador concentrava-se em poucos estados da Federação, especialmente nas regiões Sudeste e Sul, com destaque para os estados de São Paulo, pela influência do movimento sindical e de sanitaristas da Secretaria de Estado de Saúde, e da Bahia, pelo papel estruturante exercido pelo Centro Estadual de Saúde do Trabalhador (Cesat).

Ressalte-se que no estado de São Paulo a vigilância em saúde do trabalhador localiza-se no mesmo centro, o Centro de Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo.

Mas essa fragilidade não se restringia à esfera municipal ou à estadual. Na esfera federal, a saúde do trabalhador se constituía como área técnica que integrava o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Dapes), da Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde (SAS/MS).

Através da Portaria MS/GM n. 1.956/2007, essa área foi deslocada para a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Atualmente, ela se estrutura na esfera federal como Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT) no DSASTE, da SVS/MS.

Assistência à saúde do trabalhador à parte, a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) no SUS (BRASIL, 1998a) pretendeu fornecer subsídios para o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde do trabalhador, no âmbito do SUS. Ela é apresentada como uma primeira aproximação normativa aos programas estaduais e municipais de saúde do trabalhador e com outras estruturas das secretarias estaduais e municipais de saúde, especialmente as de vigilância epidemiológica e sanitária. Nessa Instrução Normativa, a Visat é definida como:

[...] uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los e controlá-los [...] (BRASIL, 1998a).

A Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) no SUS, aprovada por meio da Portaria n. 3.120, de 1º de julho de 1998, foi revogada por consolidação. Seu conteúdo foi incorporado na PRC 5, de 2017, no Anexo LXXIX.

A vigilância em saúde do trabalhador não constitui uma área desvinculada das demais vigilâncias, mas, ao contrário, busca acrescentar estratégias de produção de conhecimentos e mecanismos de intervenção sobre os processos de produção, aproximando os diversos objetos comuns às práticas sanitárias daqueles oriundos da relação entre o trabalho e a saúde. Assim, uma das estratégias propostas foi promover e/ou aprofundar a relação institucional com as demais vigilâncias na constituição de equipes multiprofissionais para a execução de ações interdisciplinares e plurinstitucionais.

A Portaria n. 3.908/GM, de 30 de outubro de 1998, conhecida como Norma Operacional Básica de Saúde do Trabalhador (Nost/SUS), complementar à NOB-SUS 01/96, buscou orientar e instrumentalizar a realização das ações de saúde do trabalhador no âmbito de estados e municípios. Definiu as responsabilidades dos municípios em cada uma das duas condições de gestão (Plena de Atenção Básica e Plena do Sistema) definidas pela NOB 01/96.

Silva, Barreto Junior e Sant'Ana (2003) assim sintetizam os pressupostos básicos da Nost/SUS:

[...] universalidade das ações, independentemente de vínculos empregatícios formais no mercado de trabalho; integralidade das ações, compreendendo assistência, recuperação de agravos e prevenção por meio de intervenções nos processos de trabalho; direito à informação e controle social, com a incorporação dos trabalhadores e seus representantes, em todas as etapas da vigilância à saúde; e regionalização e hierarquização, através da execução das ações de saúde do trabalhador em todos os níveis da rede de serviços, organizados num sistema de referência e contrarreferência, local e regional [...] (SILVA; BARRETO JUNIOR; SANT'ANA, 2003).

A Portaria n. 1.679, de 19 de setembro de 2002, criou a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), que tem a atribuição prioritária de regulamentar a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST). O pressuposto é de um modelo de atenção integrado, que considere todo o processo saúde/doença do trabalho, no âmbito da promoção, da assistência e da vigilância, e que articule todos os dispositivos, equipamentos e serviços do SUS numa rede de abrangência nacional, com conexões organizadas nos diferentes níveis de gestão, com produção de informação e a implantação de Centros de Referência em Saúde dos Trabalhadores (Crest) (SILVEIRA; RIBEIRO; LINO, 2005). Essa rede foi ampliada posteriormente, mediante outras normas, e o Crest passou a se chamar Cerest.

Os Centros de Referência em Saúde dos Trabalhadores (Cerest) realizam ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais e fazem parte da Renast.

Dias e Hoefel (2005) consideram que os princípios e diretrizes que norteiam a Renast e a PNST podem ser assim resumidos:

[...] I) atenção integral à Saúde dos Trabalhadores; II) articulação intra e intersetoriais; III) informações em Saúde do Trabalhador; IV) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas; V) capacitação permanente em Saúde do Trabalhador e VI) participação da comunidade na gestão das ações em Saúde do Trabalhador [...] (DIAS; HOEFEL, 2005).

A Renast conta com financiamento “extra-teto” de suas ações, de acordo com a operacionalização de um Plano de Trabalho de Saúde do Trabalhador em estados e municípios, e a sua implementação vem sendo a principal estratégia da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST).

Dias e Hoefel (2005) consideram a Renast, conceitualmente, uma rede nacional de informação e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância e de promoção da saúde, no SUS, na perspectiva da saúde do trabalhador. Nela, os Cerest passam a ter papel de destaque e a pactuar as ações em seu território. Entre as ações, encontram-se:

- prover suporte técnico às ações de assistência e vigilância da saúde do trabalhador;
- recolher, sistematizar e difundir informações de modo a viabilizar as ações de vigilância;
- facilitar os processos de capacitação e educação permanente para os profissionais de saúde e para o controle social.

Pode-se dizer que a vigilância em saúde do trabalhador tem tido, como nas demais vigilâncias, um avanço no que diz respeito à produção de conhecimento e no desenho de propostas metodológicas de intervenção. Entretanto, ainda é um processo inacabado, no qual a complexidade da questão produção/trabalho ainda coloca enormes desafios, entre os quais, a retaguarda laboratorial.

Dias e Hoefel (2005) referem que, de cerca de 85 milhões de trabalhadores, apenas um terço é coberto pelo Seguro de Acidentes do Trabalho (SAT), sendo a estimativa anual de ocorrência de agravos referentes ao trabalho relacionada a mais de um milhão de trabalhadores. Segundo as autoras, entre 1999 e 2003, a Previdência Social registrou 1.875.190 acidentes de trabalho, 15.293 com óbitos e 72.020 com incapacidade permanente. Assim sendo, as autoras consideram que:

[...] paradoxalmente, o SUS assume um papel social diferenciado, ao se colocar, de fato, na atualidade, como a única política pública de cobertura universal, para o cuidado da saúde dos trabalhadores, obrigando a busca da redefinição das práticas de saúde e a construção de um ‘novo modelo’ de atenção [...] (DIAS; HOEFEL, 2005).



Leitura recomendada

Caso queira saber mais, acesse o [Relatório final da 4ª Conferência Nacional em Saúde do Trabalhador](#).



A despeito da presença, desde a concepção da vigilância em saúde do trabalhador, de uma perspectiva inovadora de integração, observa-se ainda uma “[...] grande dificuldade de inserção institucional e relacionamento intrainstitucional [...]” (LACAZ, 2002). A PNST e a Renast emergem na busca desse “novo modelo” de atenção. Entretanto, apesar dos avanços significativos no campo conceitual, que apontam para um novo enfoque e novas práticas para lidar com a relação trabalho-saúde, consubstanciados sob a denominação **saúde do trabalhador**, depara-se, no cotidiano, com a hegemonia da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, e com a fragilidade na sua estruturação e articulação intra e intersetorial. Ressalte-se ainda que, entre 15 e 18 de dezembro de 2014, realizou-se a 4ª Conferência Nacional em Saúde do Trabalhador.

Em 2017, por meio da Resolução n. 555 do Conselho Nacional de Saúde, foi criada uma Câmara Técnica da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT/CNS), com a finalidade de propor um novo modelo de organização dos Cerest. Esse novo modelo visa à:

correção das assimetrias existentes entre as diversas regiões e em atendimento às realidades locais, a ser apreciado e encaminhado pelo Pleno do CNS, observadas as propostas aprovadas na 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2017).

Essa Câmara Técnica, composta por 5 (cinco) representantes de Cerest estaduais; 3 (três) representantes das Cistt estaduais; 3 (três) representantes das Cistt municipais; 3 (três) representantes da Cistt nacional; 3 (três) representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e 3 (três) representantes da comunidade acadêmica, teve seu relatório de trabalho aprovado, mediante a Resolução CNS n. 603. No anexo dessa

resolução consta a nova proposta de reorganização das ações e serviços de saúde do trabalhador.

Segundo o próprio documento:

Para viabilizar essa proposta, muitos aspectos necessitarão ser aprofundados, discutidos e pactuados. Destacamos a questão da revisão do financiamento, a ser compartilhado entre os entes e para as diferentes ações - de assistência, de média e alta complexidade; na atenção básica; de vigilância em saúde; na educação permanente, entre outras (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018).



Finalizamos aqui o estudo do Tema 2.1 deste módulo.

Passe agora para o AVA, a fim de realizar a atividade de reflexão sobre o tema.

Depois continue no AVA e siga para o Tema 2.2.

Tema 2.2

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

Este tema é apresentado apenas no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA).

Tema 2.3

A Política Nacional de Vigilância em Saúde: desafios e lacunas

Para início de conversa

Abordar os desafios e as perspectivas das vigilâncias em saúde não é tarefa simples.

Vimos, nos módulos anteriores, o que elas apresentam em comum e, também, algumas de suas especificidades, seja em termos de seu processo de trabalho seja na sua estruturação organizacional.

São variadas as formas de organização das vigilâncias, nas esferas estadual e municipal. Mas, um fato está claro: todas elas são componentes

da promoção da saúde e, nesse sentido, alguns de seus desafios e suas perspectivas relacionam-se à implementação das ações de promoção/proteção à saúde, com referência à hegemonia da assistência à saúde, ainda presente em nosso país.

Dos desafios e perspectivas

Pode-se dizer que as propostas dos distintos sistemas nacionais de vigilância, todos eles instituídos no âmbito do SUS, padecem de problemas comuns às demais áreas do Sistema e de problemas específicos de seus campos de atuação.

Alguns desses sistemas, como vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, embora formalmente instituídos, ainda carecem de uma estruturação que os tornem mais efetivos em suas ações. No caso da vigilância em saúde do trabalhador, encontra-se em construção uma rede, e não um sistema.

Um primeiro desafio digno de nota se relaciona ao fato de que algumas vigilâncias lidam com os processos de produção e seus efeitos na saúde, sendo áreas em que a contradição “capital–trabalho–saúde” exige maior capacidade de intervenção do Estado, na busca da diminuição de desigualdades e da melhoria da qualidade de vida e da construção da cidadania.

As vigilâncias sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador relacionam-se mais estreitamente aos processos de produção e desenvolvimento.

As contradições que marcam as relações entre capital e trabalho, produção e consumo e produção e meio ambiente permeiam as grandes questões, tais como as concepções de desenvolvimento e as relações de força que se estabelecem entre quem produz, visando ao lucro individual, e quem regula, visando ao bem social, aos monopólios/oligopólios e suas estratégias, bem como ao desenvolvimento desigual entre os países.

Para além dos determinantes e condicionantes biológicos, físicos, químicos, mecânicos ou ergonômicos, trata-se de lidar com determinantes socioambientais, com a organização do Estado e a implementação de suas Políticas Públicas, especialmente as Políticas Sociais, no mundo globalizado.

Parece necessário delimitar os objetos específicos das vigilâncias, bem como ampliar as concepções e práticas nelas implicadas. Ainda que um grande esforço teórico se realize em todas elas, no campo da saúde coletiva se pode ver que resultados concretos ainda não se traduzem em melhoria das condições de vida da população brasileira, de forma a cumprir os preceitos constitucionais.

Pinheiro, Ribeiro e Machado (2005) citam Machado (1996), que, na formulação da vigilância em saúde do trabalhador, referia-se ao

[...] perigo de equiparar a Vigilância em Saúde do Trabalhador às concepções restritas de vigilância da saúde, vigilância médica (de agravos) e a vigilância epidemiológica. Mais do que uma questão semântica, esta redução gera consequências na competência institucional para a intervenção nos ambientes de trabalho [...] (MACHADO, 1996 *apud* PINHEIRO; RIBEIRO; MACHADO, 2005).

Para esses autores, a vigilância em saúde do trabalhador não é uma prática puramente técnica e padronizada, mas, sim, política de saúde, complexa, ampla, permeada por interesses conflituosos e inserida visceralmente na sociedade.

Podem-se extrapolar esses preceitos para o conjunto das vigilâncias, que, na condição de pertencentes ao campo da promoção da saúde, são idealmente voltadas à concessão de poder (*empowerment*) aos consumidores/cidadãos/trabalhadores na luta pela preservação de sua saúde.

Portanto, transformar as práticas das vigilâncias em saúde continua sendo um desafio de grande monta. Isso porque elas se inserem nas práticas de um Estado que é modificado pela correlação de forças históricas e sociais e, muitas vezes, quanto maior e melhor sua ação, maiores os conflitos que são gerados. A vigilância sanitária, conforme visto, pelo seu poder de polícia administrativa é, dentre todas as outras, a que mais diretamente se defronta com os interesses econômicos.

A proposta de vigilância da saúde, já abordada no Módulo 1, tem como pressuposto, em uma de suas vertentes, a modificação nas práticas sanitárias.

Não se pretende aqui discutir amplamente o conceito de vigilância da saúde e suas vertentes, que podem ser aprofundadas em alguns textos (MENDES, 1993; PAIM, 1993; TEIXEIRA, 2002; TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998; TEIXEIRA; COSTA, 2003).

Cabe, entretanto, ressaltar que sua discussão vem se dando em variados fóruns, com um conjunto heterogêneo – e ainda sem consenso – de propostas entre os atores políticos sobre o encaminhamento desse processo de reorganização das práticas das vigilâncias, nem do ponto de vista teórico-conceitual, nem do ponto de vista organizacional (TEIXEIRA; COSTA, 2003).

Já vimos que, no que tange às vigilâncias, os seus resultados têm sido precários, e ainda são frágeis suas articulações intra e intersetoriais. Os rearranjos institucionais, nas diferentes esferas de governo, têm se dado mais frequentemente na forma de mudança de organograma do que como uma real mudança de práticas.

Ao se pensar no processo de trabalho, resumido no Módulo 1, pode-se concluir que outro desafio é exatamente **incluir nesse processo de mudança de práticas os demais atores sociais: cidadãos, consumidores e trabalhadores.**

Ao se pensar as vigilâncias como práticas sociais, torna-se necessário que esses atores atuem como sujeitos do processo de trabalho. O que não é, ainda, uma realidade. Na vigilância em saúde do trabalhador, ressalta-se a precarização do trabalho, a participação assistemática e mais restrita ao setor formal e urbano dos trabalhadores, bem como a ausência, ainda percebida, da fala dos trabalhadores (PINHEIRO; RIBEIRO; MACHADO, 2005).

Para esses autores, a participação do trabalhador não é uma questão fácil, e é grande o desafio para a inclusão de representantes do setor informal, público e rural. Na vigilância sanitária, igualmente, ainda é frágil a participação da sociedade, e esse tema quase não faz parte das pautas de discussão nos Conselhos de Saúde, nas diferentes esferas (LUCCHESE, 2001).

A gestão participativa na vigilância da qualidade da água é, segundo Freitas e Freitas (2005), um desafio. Para esses autores, o entendimento de participação muitas vezes é tido, por gestores e trabalhadores da saúde, como a informação, por meio de relatórios mensais da população e dos conselhos de saúde e meio ambiente, sobre a qualidade da água em tempo posterior, sendo insuficiente para a prevenção das doenças.

A limitação e falta de integração dos **sistemas de informação** das vigilâncias sanitária, em saúde do trabalhador e ambiental, quando não articulados aos demais sistemas já existentes, dificultam a tomada de decisões e o monitoramento da situação de saúde, no que diz respeito aos seus objetos de atuação, por meio de indicadores.

Franco Netto e Carneiro (1996) se ressentem da falta de um sistema de informação de vigilância ambiental capaz de integrar aspectos de saúde e meio ambiente e que permita a interpretação da dinâmica do processo de vigilância.

Santana e Nobre (2005) referem algumas questões relativas à construção de sistemas de informação de saúde do trabalhador. A comunicação obrigatória, por parte das empresas, dos acidentes e/ou doenças do trabalho restringe-se aos trabalhadores segurados, e, no SUS, a notificação é obrigatória, por meio do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan). Referem ser ainda raro o diagnóstico correto de acidentes e/ou doenças do trabalho.

Como fatores operacionais que dificultam a construção de bons sistemas de informação em saúde do trabalhador, podem-se citar a imprecisão na padronização e codificação do registro da ocupação e cobertura, limitada aos empregados em regime de CLT, da Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT).

Em 2001, a 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária apontou, em seu relatório final, para a inexistência de um sistema de informação em vigilância sanitária articulado com os diversos sistemas de informação em saúde. A construção do Sistema de Informações de Vigilância Sanitária (Sinavisa), proposto há algum tempo, ainda está sem implementação, assim como a elaboração de cadastros municipais e estaduais tem sido uma das prioridades para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Enquanto prática avaliativa, que pretende agir como uma “inteligência”, ela prescinde de sistemas de informação fidedignos, que lhe indiquem o universo de sua atuação e também lhe informem sobre os efeitos na saúde decorrentes do uso de tecnologias e insumos.

Ainda que a esfera federal e alguns estados venham instituindo programas de vigilância pós-comercialização, principalmente hemovigilância, tecnovigilância e farmacovigilância, eles não são suficientes para gerar informação universal, ou mesmo auxiliar na construção de indicadores de monitoramento.

Pode-se dizer, de uma maneira mais ampla, que o debate sobre a questão das informações em saúde tem sido intenso no campo da saúde coletiva, e que a vigilância epidemiológica é a que mais se beneficia de sistemas nacionais de informação voltados à sua prática.

Ainda assim, o aperfeiçoamento dos sistemas de informação existentes, o relacionamento e a compatibilidade entre as bases e o desenvolvimento de alguns sistemas específicos, que informem sobre os objetos das vigilâncias, constituem-se num importante desafio para a gestão das vigilâncias em saúde e a tomada de decisões.

A cooperação entre serviços, universidades e institutos de pesquisa no desenvolvimento de pesquisas e na formação de recursos humanos para as vigilâncias em saúde constitui ainda um desafio e tem se colocado como uma perspectiva ainda tímida.

A prática interdisciplinar e multiprofissional pode contribuir para a construção do conhecimento, a criação e o desenvolvimento de indicadores e a identificação de fatores, sejam eles biológicos ou não, que interferem na saúde dos cidadãos, consumidores e trabalhadores e comprometem o desenvolvimento sustentável e a qualidade de vida.

O investimento ainda baixo em pesquisa e desenvolvimento tecnológico no campo das vigilâncias em saúde, especialmente nas vigilâncias sanitária, em saúde do trabalhador e ambiental, compromete o desenvolvimento de métodos para a avaliação e o gerenciamento dos riscos à saúde e a estruturação dos sistemas de vigilância.

Igualmente comprometedor e complexo é o baixo financiamento **para o campo das vigilâncias**, especialmente se comparado ao do campo da assistência.

Faz-se mister **implementar sistemas nacionais cooperativos e equitativos em que as esferas de governo participem de forma integrada**. Devem ser organizados e distribuídos equitativamente no país, negociando por meio das instâncias de pactuação constituídas. Tais sistemas devem contemplar alguns princípios, como o da transparência na ação regulatória, da transversalidade e intersetorialidade, da ética, da precaução e da complementaridade das ações (ABRASCO, 2004).

A realidade, no entanto, já demonstrada anteriormente, é a desintegração e as desarticulações intrassetoriais na esfera da saúde, com arranjos institucionais e maior ou menor facilidade de estruturação dos serviços estaduais e municipais, na dependência das características político-administrativas e socioculturais de cada localidade. Há, portanto, variações locais que dependem do porte do município ou estado, da forma organizacional e da estrutura de cada secretaria de saúde, da importância que a promoção ou proteção da saúde tem na cultura local, da organização da sociedade civil e da participação social nas definições das políticas de saúde, através dos Conselhos de Saúde.

O GT Visa/Abrasco (2004) assim define o estado da arte do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária:

[...] vem se conformando como um arranjo restrito aos serviços de vigilância sanitária, com baixo grau de coesão entre

os componentes federal e estadual, incipiência do componente municipal e precário controle social. Além de um serviço federal robusto, torna-se necessário prosseguir na estruturação de órgãos que aumentem a cobertura e a efetividade do sistema pela ação colaborativa entre seus componentes, respeitando o princípio da interdependência sistêmica [...] (ABRASCO, 2004).

Pode-se extrapolar esse diagnóstico para as demais vigilâncias, especialmente as vigilâncias de saúde do trabalhador e ambiental. A vigilância epidemiológica, pela sua história e por não interferir diretamente nas contradições “capital–trabalho–saúde”, encontra-se em estágio mais avançado que as demais.

Cabe ressaltar a importância e o desafio de estruturar e implementar a **Rede de Laboratórios Oficiais de Saúde Pública** para que possam atuar nos vários componentes das vigilâncias em saúde. Lucchese (2001) considera a fragilidade da Rede de Laboratórios de Controle de Qualidade em Saúde (Lacen) um dos nós críticos do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, uma vez que, sendo de fundamental importância para a finalização das ações fiscalizadoras da Visa, os Lacen têm dificuldades para a realização das ações laboratoriais: falta de padrões, de métodos analíticos, de equipamentos e de pessoal.

Da mesma maneira, Lacaz *et al.* (2002) consideram que a existência de estrutura de referência laboratorial específica é um fator de estabilidade e de crescimento das experiências em saúde dos trabalhadores.

na região Sudeste a existência de estrutura institucional relativamente bem desenvolvida não se traduz em retaguarda laboratorial ampla, dada a sua fragmentação e subaproveitamento decorrente da inexistência de uma efetiva rede de laboratórios de toxicologia e avaliação ambiental, bem como de mecanismos claros de financiamento destas estruturas e das ações dos serviços (LACAZ *et al.*, 2002).

A operação desses sistemas nacionais exige uma equipe multiprofissional, com pessoal em quantidade suficiente e com a qualificação necessária ao desenvolvimento das ações. Essa ainda não é a realidade na maioria das vigilâncias.

Assim é que Pinheiro (1996) conclui que há um número restrito e insuficiente de profissionais de saúde para atuar na saúde do trabalhador. No campo da vigilância sanitária, o Censo Nacional dos Trabalhadores de Vigilância Sanitária, realizado em 2004, informa que, dos municí-

pios pesquisados, 13,4% não possuíam nenhum profissional de vigilância sanitária. Além disso, constatou disparidades regionais importantes, um maior contingente de pessoal de nível médio ou elementar (67,2%), sendo 59,2% com até cinco anos de trabalho na vigilância sanitária.

De fato, apenas mais recentemente, especialmente a partir do ano 2000, é que os órgãos de vigilância sanitária, nas diversas esferas de governo, têm realizado concurso público para a (re)composição de suas equipes. Pela natureza da ação da vigilância sanitária, discutida anteriormente, pode-se compreender que a existência de uma equipe multidisciplinar, com investidura pública, consciência do seu papel na sociedade e qualificada para o exercício de sua função é condição importante para a melhor efetividade do Sistema de Vigilância Sanitária e do Sistema Único de Saúde.

Constitui-se, portanto, em um enorme desafio a **formulação de uma política de recursos humanos** que contemple o aumento, a diversificação e a qualificação da força de trabalho e a estabilidade profissional nas três esferas de governo.

Finalmente, um desafio de monta é ainda **fortalecer o caráter inter-setorial** das vigilâncias em saúde, construindo, de fato, a desejada e necessária interação com órgãos de outros campos organizacionais externos à saúde.

Pinheiro (1996) explica o baixo envolvimento da Previdência Social com o campo da saúde, no que tange à saúde do trabalhador, pela existência de alguns pontos de atrito intersetoriais, especialmente com o Ministério do Trabalho e Emprego, e pela resistência do grande empregado às ações do SUS.

Pinheiro; Ribeiro e Machado (2005) consideram, igualmente, que o envolvimento de outros setores com a saúde do trabalhador, como meio ambiente, educação e agricultura, é ainda incipiente e pontual.

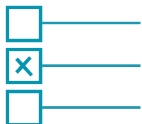
De forma bastante resumida, podem ser destacados os seguintes desafios e perspectivas das vigilâncias em saúde:

- Lidar com os conflitos decorrentes do que fazem.
- Transformar as práticas das vigilâncias: articulação e controle social.
- Tomar decisões com base na informação.
- Contribuir ativamente para melhorar produtos e serviços.
- Cooperar, pesquisar e produzir conhecimento.

- Buscar a equidade: o financiamento das vigilâncias.
- Qualificar as ações: a rede de laboratórios.
- Estruturar e qualificar as equipes.
- Compartilhar responsabilidades para produzir mudanças.



Com base na análise apresentada sobre os desafios e as perspectivas das vigilâncias em saúde, identifique e reflita sobre os desafios que você enfrenta em seu local de trabalho.



Agora, acesse o AVA, a fim de realizar a avaliação desta unidade.

Desafios
contemporâneos
em gestão



Módulo 1

Desafios da gestão do trabalho em saúde

Maria Zélia de Almeida Souza, Vera Lúcia de Souza e Tereza Paiva

Este módulo está organizado nos seguintes temas:

Tema 1.1 – Transformações do mundo do trabalho

Tema 1.2 – Processo de trabalho em saúde

Tema 1.1

Transformações do mundo do trabalho

Este tema é apresentado apenas no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA).

Tema 1.2

Processo de trabalho em saúde

Este tema é apresentado apenas no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA).



Os temas deste módulo deverão ser estudados no AVA.

Agora, para iniciar seu estudo deste módulo, vá para o material didático digital, disponível no AVA, e acesse a Introdução do Módulo 1.

Módulo 2

Novas exigências da gestão em saúde

Maria Zélia de Almeida Souza, Vera Lúcia de Souza e Tereza Paiva

Este módulo está organizado nos seguintes temas:

Tema 2.1 – As competências transversais de gestão e seus desafios

Tema 2.2 – O desafio da indissociabilidade entre gerir e cuidar

Tema 2.1*

As competências transversais de gestão e seus desafios

A princípio, os primeiros estudiosos definiram que um bom gestor seria aquele que garantisse a execução das tarefas segundo uma prescrição muito bem delineada. O gestor deveria desempenhar bem as funções do processo administrativo: planejamento, organização, coordenação, comando e controle. Em suma, o famoso POCCC de Fayol, um dos pais da ciência da Administração.

Taylor, outro grande teórico dessa ciência, argumentou que, para se ter uma boa administração, a gerência deveria substituir a improvisação por procedimentos científicos, por meio do **planejamento do método**.

Outro princípio enunciado por Taylor foi o do **preparo**, ou seja, a seleção dos trabalhadores, cientificamente, de acordo com suas aptidões, de modo a torná-los aptos para produzirem mais e melhor, segundo o método planejado.

O terceiro princípio se relaciona ao **controle**. O chefe deveria garantir que o trabalho se realizava de acordo com as normas estabelecidas.

Finalmente, o princípio da **execução** pressupunha que um bom gestor



Os temas deste módulo deverão ser estudados tanto neste caderno quanto no Ambiente Virtual de Aprendizagem.

Em ambos os meios, haverá orientações precisas a respeito do que você deverá fazer a cada momento.

Agora, para iniciar o estudo deste módulo, vá para o material didático digital, disponível no AVA, e acesse a Introdução do Módulo 2.

* O conteúdo deste tema é um resumo do texto original, elaborado por Maria Zélia de Almeida Souza e Vera Lúcia de Souza, para ofertas anteriores do curso.

deveria ter a capacidade de distribuir atribuições e responsabilidades para que o trabalho fosse bem realizado.

Observe a convergência do pensamento desses dois estudiosos do início do século XX! Ela não é gratuita.

O contexto da época demandava um modelo de gestão em que a chefia buscava ter o domínio de todas as atividades desenvolvidas por sua equipe. A centralização, a racionalidade e a lógica caracterizavam esse modelo, levando, às vezes, à supersimplificação, se considerarmos que qualquer representação é sempre mais pobre do que a realidade representada.

Esse pensamento administrativo cujo padrão era a regra, que embasou a formação teórica dos gestores do século XX, não tem se mostrado capaz de enfrentar os problemas gerenciais cotidianos neste início do século XXI, marcado pela diversidade.

Em outras palavras, no passado, durante décadas, as organizações tradicionais adotaram modelos gerenciais que demandavam a busca da máxima precisão, à semelhança do funcionamento de uma máquina, como aponta Morgan (1996).

Sob a concepção desse modelo, o gerenciamento se restringia à verificação do cumprimento das tarefas descritas no cargo, definido como um conjunto de atribuições e responsabilidades. Para tanto, as práticas tinham por finalidade verificar se os empregados sabiam o que deveriam fazer e se faziam o que era para ser feito.

Os interesses individuais tinham que ficar subordinados aos da organização. Quanto à motivação, havia o predomínio da ideia de que recompensas financeiras constituíam o modo mais eficaz de se obter melhorias no desempenho.

No entanto, como comentamos no Tema 1.1, a rápida transformação do mundo do trabalho, em âmbito global, vem questionando a eficácia desses modelos e práticas de gerenciamento.

Como você já deve ter percebido, certos perfis de competência são valorizados em função das demandas do contexto organizacional vigente, enquanto outros não são reconhecidos como relevantes à organização. Assim, uma dada competência que é valorizada em uma época pode se desvalorizar em outra.

O atual contexto organizacional valoriza tanto competências técnicas como interpessoais, pois estas são indispensáveis à garantia do comprometimento das pessoas com resultados individuais, grupais e organizacionais. Assim, flexibilidade, aprendizado contínuo, autonomia, habilidade para lidar com as diferenças, entre outras, são competências cada vez mais valorizadas, porque estão alinhadas às formas contemporâneas de pensar e agir no âmbito da gestão.

Antes de prosseguirmos, queremos destacar que, de modo geral, a principal barreira às transformações exigidas pelo contexto em organizações de saúde não reside na ausência de comprometimento dos profissionais. Pelo contrário, em sua maioria, estes são bastante comprometidos com o seu trabalho de promoção da saúde. O que ocorre, à semelhança de outras realidades profissionais, é que nem sempre as contribuições humanas favorecem o cumprimento da missão organizacional, nem sempre as pessoas e as equipes são incentivadas a fazer com que as mudanças desejadas aconteçam nem a transformar suas competências em resultados, de modo a propiciar ganhos ao desempenho organizacional.

Comentar todas as competências necessárias ao efetivo exercício do gestor, além de ser impossível, implicaria uma postura arrogante. Como disse certa vez um filósofo: “Todo conhecimento é provisório.” Nesse sentido, precisamos escolher quais competências abordar nesta unidade de aprendizagem.

Mas afinal o que são **competências**?

Esse é um conceito em construção e, portanto, há controvérsias em torno do significado que deve prevalecer sobre os demais.

Situando o significado desse termo no contexto da nossa unidade de aprendizagem, podemos afirmar que a expressão “competência transversal em gestão” significa o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que a liderança necessita demonstrar em sua prática cotidiana ao trabalhar com as pessoas de suas equipes para a produção de atividades. São competências indispensáveis à atuação efetiva dos gestores, independentemente da função ou da posição hierárquica ocupada na organização.

Conhecimentos (saber como)

Habilidades (saber fazer)

Atitudes (saber ser)



COMPETÊNCIAS



Para problematizar o conceito de competências, que é controverso no meio acadêmico, sugerimos a leitura complementar dos textos:

- [Construindo o conceito de competência](#) (FLEURY; FLEURY, 2001).



- [É possível uma pedagogia das competências contra-hegemônica? Relações entre pedagogia das competências, construtivismo e neopragmatismo](#) (RAMOS, 2003).



Você pode ler ainda o livro *Objetivo competência: por uma nova lógica* (ZARIFIAN, 2001).

As competências variam em função das tarefas realizadas por cada gestor. Assim, elegemos aquelas que, no nosso entender, são indispensáveis no cotidiano gerencial e que têm um ponto em comum: contar com equipes predispostas à aprendizagem e à mudança. Mas, para tanto, a liderança precisa efetuar o gerenciamento das interações entre indivíduos e equipes. A esse conjunto denominamos Arquitetura de Competências Transversais em Gestão.

As competências da gestão, apoiadas no pensamento de Senge (1990), podem ser expressas em três perspectivas:

- gestão do alinhamento estratégico;
- gestão da mudança;
- gestão da mobilização da força humana.

Embora pareça simples, a operacionalização da gestão dessas competências no cotidiano organizacional ainda é um grande desafio. Numa organização, seja ela uma empresa, uma faculdade ou um hospital, por exemplo, o gestor encontra dificuldades em conjugar o desempenho humano ao organizacional, tanto para desenvolver uma dinâmica permanente de aprendizagem e mudança como para estabelecer processos relacionais. Tudo isso configura grandes desafios gerenciais contemporâneos, impostos pelo atual contexto organizacional.

Vamos agora discutir os desafios dessas competências transversais no atual contexto organizacional, abordando quatro tópicos:

- o desafio do alinhamento estratégico;
- o desafio da gestão da mudança;
- o desafio da mobilização da força humana;
- o desafio das relações éticas.

O desafio do alinhamento estratégico

Como vimos no início deste tema, as mudanças nas formas de gerenciamento transformaram pessoas em um fator estratégico.

Mas, na prática, o que significa essa transformação?

Em linhas gerais, os profissionais são os que melhor conhecem os processos de trabalho e, na maioria das vezes, aqueles que estão mais perto dos demandantes dos serviços da organização. Logo, são as suas ações que garantem a efetividade organizacional e, em última instância, o cumprimento da missão organizacional.

Como exemplo, podemos citar a atitude dos profissionais de saúde durante a pandemia da covid-19. Mesmo cansados, atuando sob elevado estresse e condições devastadoras, e com riscos de vida, foram eles que melhor conduziram as ações de combate e controle da doença, além de demonstrarem capacidade empática e de solidariedade à dor dos pacientes e de suas famílias.

Mas, como gerenciar as ações cotidianas das pessoas e das equipes de modo a contribuir para o cumprimento da missão organizacional?

Acreditamos ser indispensável que os gestores, principalmente, envidem esforços no sentido de alinhar o desempenho humano ao organizacional. Quanto maior esse alinhamento, maior a probabilidade de que os serviços e produtos gerados pelas organizações atendam, de fato, às necessidades dos cidadãos, razão da existência de qualquer organização.

Assim, o propósito é fazer com que o trabalho de cada um e também o da equipe contribuam o máximo possível para a consecução dos objetivos organizacionais.

Isso significa que a gestão desse processo, que estamos denominando “alinhamento estratégico”, passou a exigir da liderança novas competências, como a capacidade de análise do contexto, a visão estratégica, o incentivo ao trabalho em equipe e a capacidade de priorizar as necessidades dos usuários.

Mas, repare! Essa competência implica o gerenciamento de elos capazes de fazer com que o desempenho do indivíduo contribua para o desempenho da equipe, e este, por sua vez, contribua para o desempenho da organização.

Infelizmente, nem todos os que exercem o papel gerencial têm essa preocupação. Às vezes, alguns gerenciam o desempenho humano sem

o olhar estratégico. Estes simplesmente exigem o cumprimento de tarefas para “apagar incêndio”.

Aliás, é incrível como alguns gestores têm a preocupação exclusiva em manter a equipe permanentemente ocupada – um esforço inútil! Iniciativas organizacionais bem intencionadas, porém aleatórias e acidentais, não favorecem a consecução de objetivos, tampouco o alcance de resultados desejados. Tais tarefas não geram valor, porque não estão voltadas ao cumprimento da missão organizacional.

Embora saibamos que, às vezes, é necessário “ser bombeiro”, face à imprevisibilidade do contexto organizacional, exatamente por isso os recursos disponibilizados pela organização devem ser administrados com “olhar estratégico”, para assegurar a efetividade organizacional e priorizar as necessidades dos usuários.

Mas de que adianta o gestor apenas ter a capacidade de análise do contexto? É preciso transformá-la em ação. Na prática, essa análise se apoia no **Ciclo do Desempenho Humano**, que, conforme já citado, se constitui pelas etapas de **planejamento, acompanhamento e avaliação**.

É provável que, para você, não seja uma novidade como se efetua esse desdobramento, desde as necessidades do cidadão até os objetivos e metas de equipes e individuais, pois o trabalho do TCC que você está elaborando é um bom exemplo disso, mas, na dúvida, decidimos ilustrar.

Suponha que uma pesquisa realizada pela Fiocruz aponte a necessidade da produção de vacinas para prevenir a população contra doenças específicas. Como essa demanda deverá ser operacionalizada? As diversas equipes da Fiocruz deverão assumir responsabilidades complementares, visando a realização desse desafio organizacional. E, por desdobramento, cada integrante da equipe deverá se responsabilizar pela realização de determinadas atividades, visando o cumprimento da responsabilidade assumida pela sua equipe.

Conforme você deve ter percebido, a realização desses desdobramentos demandou competências gerenciais, como estabelecer prioridades, delegar, estabelecer e negociar metas, entre outras. Assim, para um gerenciamento adequado, será preciso **planejar, acompanhar e avaliar** cada uma das etapas desse processo.

Se o objetivo da etapa de planejamento é a construção de planos de trabalho, são propósitos do acompanhamento a transformação dos

resultados previstos em metas obtidas e a efetivação das competências gerenciais necessárias para conseguir o intento. Sem dúvida, uma das competências transversais fundamentais ao sucesso dessa etapa é saber dar e receber feedbacks.

Além do feedback, ter disponibilidade para o diálogo e ter habilidade para efetuar a convergência dos esforços dos envolvidos facilitam a concretização dos resultados desejados. A atuação de um “maestro” responsável pela harmonia da equipe é um exemplo adequado para ilustrar o papel gerencial na etapa de acompanhamento.

Enfim, chegamos à etapa da avaliação desse ciclo, também denominada “momento da verdade”. Mais uma vez, o diálogo e o compartilhamento de feedbacks assumem lugar de destaque.

Resumindo, o gestor, considerando o alinhamento estratégico e com base na leitura do ambiente, deve orientar a elaboração de planos de trabalho, acompanhar a evolução de resultados desejados, avaliar o nível de contribuição das pessoas e das equipes para o alcance do previsto, identificar os fatos geradores das lacunas de desempenho e, finalmente, tomar decisões para eliminar as fontes de problemas e para promover o desenvolvimento contínuo dos colaboradores.

A competência da transformação de necessidades do cidadão em prioridades organizacionais é apenas o início da realização do processo de alinhamento estratégico. Posteriormente, é imprescindível que o gestor seja competente no desdobramento dessas orientações estratégicas em objetivos e metas de equipes e individuais, e também seja capaz de enfrentar as situações novas, bem como os conflitos, valores e as crenças instaurados nas organizações.

Vejamos então esses outros desafios.

O desafio da gestão da mudança

Para as organizações avançarem na direção desejada, é imprescindível contarem com uma liderança atuante que se proponha a enfrentar os dilemas das mudanças. Para tanto, é necessário ter coragem para sair da zona de conforto e, ainda, é essencial haver uma cultura organizacional permeável à mudança.

Algumas organizações se debatem entre o desejo de mudança e a dificuldade em abandonar modelos gerenciais tradicionais, face à pretensa “segurança” que estes oferecem ao se apoiarem em padrões conhecidos.

Não é simples o abandono da herança cartesiana que há séculos influencia o nosso modo de pensar e agir.

A expressão “herança cartesiana” implica os modos de pensar cuja lógica privilegia a objetividade e o rigor dos padrões matemáticos e científicos.

As diferenças entre as visões de gerenciamento tradicionais e as contemporâneas, conforme mostrado no quadro a seguir, são profundas, considerando que se apoiam em valores e crenças contrastantes. Por essa razão, simples ajustes em modelos gerenciais tradicionais são ineficazes.

Quadro 1 – Visões de gerenciamento tradicionais e contemporâneas

Paradigma em declínio	Paradigma em ascensão
Mudanças autoritárias	Mudanças emergentes do consenso
Administração como uma instituição monolítica, central e forte	Administração descentralizada
Administração para manter as pessoas disciplinadas	Administração para estimular crescimento, criatividade, transformação e sinergia
Líderes agressivos e seguidores passivos	Consenso entre líderes e seguidores e busca do respeito mútuo
Interesses ocultos	Ética, respeito pela autonomia do outro
Predominância de interesses organizacionais	Alinhamento entre interesses organizacionais e individuais
Transformações impostas por fontes externas	Transformações individuais para adaptação às demandas externas
Orientação ganha/perde evidenciando o uso do poder a favor ou contra	Orientação ganha/ganha explicitando o sentimento de ganhos das partes envolvidas
Relações humanas como um jogo de soma zero	Relações humanas como jogo cooperativo

Fonte: Elaboração dos autores.

Como assinalam Fisher *et al.* (2002), esse desafio não é vencido apenas com a percepção da necessidade de inovar e remodelar. Há três condições prioritárias:

- a percepção do que precisa ser mudado;
- a identificação do modo mais adequado de implementar a mudança; e, principalmente,
- o envolvimento de todos.

Em particular, Fisher *et al.* (2002) argumentam que a forma de mudar passa, necessariamente, pelo comprometimento dos envolvidos no processo de transformação.

Assim, acreditamos que a liderança gerencial tem que fomentar em seus colaboradores o desejo da contribuição à mudança. Nesse sentido, entendemos que o papel da gestão consista na criação de ambientes favoráveis à construção de relações de confiança, capazes de estimular o comprometimento de todos com os processos cruciais à mudança.

Inúmeros autores destacam, ainda, que a criação dessas condições exige que a gestão não perceba a mudança como ameaça e reduza a resistência ao abandono da zona de conforto.

O medo da perda do controle do grupo e da posição de poder, entre outros motivos de resistência à mudança, faz com que alguns líderes tendam à criação de obstáculos, à adoção de práticas gerenciais auto-cráticas, ao estabelecimento de rotinas mais estruturadas e minuciosas, à fiscalização rigorosa do tempo, para manter total controle da situação. Nem pensar na permissão de desvios da agenda planejada! Qualquer alteração ameaça sua autoridade, seu poder no grupo. Sua maior preocupação é o domínio das atividades e das pessoas, em detrimento dos objetivos do trabalho e do respeito aos indivíduos.

Nesse sentido, o gestor, em seu papel de agente de mudança, necessita ter a habilidade para desenvolver o potencial das pessoas que compõem sua equipe, harmonizando esforços e alinhando ações aos objetivos e à missão organizacional. Ele deve ser como um maestro ao reger uma orquestra. Portanto, não basta o conhecimento técnico de planejamento e controle, mas faz-se indispensável, por exemplo, a capacidade de enfrentamento do inesperado, inerente ao processo de mutação, sem se deixar abater pelo sentimento de ameaça e insegurança.

Mas ainda há muita resistência à mudança nas organizações. Na verdade, mudanças organizacionais resultam de mudanças de crenças e valores. É imprescindível que práticas inovadoras se incorporem à cultura organizacional vigente.

Roger Harrison (1976) afirma que nossas práticas administrativas são modeladas pela ideologia organizacional, uma fonte legítima de geração de códigos de conduta que revela os valores subjacentes às práticas de gestão adotadas. O conjunto de crenças e valores da maioria das pessoas modela posturas e decisões ao descrever o que é ou não valorizado, definir o nível de colaboração e competição desejado, indicar



Caso queira saber mais sobre o desafio da gestão da mudança, acesse a Biblioteca disponível no material digital do curso e leia o texto *Deuses da administração*, que é uma adaptação do livro homônimo de Charles Handy (1994), contendo as características dos deuses e as respectivas descrições das suas influências na organização.

quais comportamentos devem ou não ser controlados e estabelecer os meios apropriados de lidar com o meio externo.

Por esse motivo, cada organização lida, de modo distinto, com questões semelhantes. Para Harrison (1976), cada ideologia atende às necessidades da organização e de seus membros de modo diferente.

Enfim, precisamos estar atentos ao processo gerencial, pois a gestão estimula ou resiste à adoção de novos hábitos, às novas posturas, às novas formas de convivência e aos novos valores. Ela fomenta ou propicia o abandono de padrões gerenciais antigos, dissemina ou não velhas crenças, fortalece ou não paradigmas ultrapassados.

O desafio da mobilização da força humana

As mudanças exigem, cada vez mais, que o gestor abandone o papel de “maquinista-chefe” para assumir o papel de regente da sua equipe, a fim de harmonizar esforços e criar um ambiente capaz de gerar sinergia.

Assim, estamos vivamente empenhados, neste tema, em demonstrar que a maestria gerencial só se concretiza na medida em que os gestores e sua equipe de trabalhadores desenvolvem laços de confiança que possibilitam o estabelecimento de um processo de interação, viabilizando a avaliação de situações no trabalho mais realísticas e diminuindo conflitos supérfluos inter e intragrupais. Para tanto, o gestor deve buscar superar alguns desafios, como:

- lidar com conflitos;
- estimular o diálogo;
- estabelecer relações interpessoais e vínculos;

Vamos detalhar um pouco mais esses desafios.

Conflito: intolerância à diferença

Temos insistido que saber lidar com a diferença é uma competência cada vez mais necessária. Desta vez, buscaremos estimular a reflexão sobre a questão do conflito, considerando ser inquestionável a sua relevância contemporânea, em especial no tocante à capacidade de negociação.

Qual o significado da palavra conflito?

A *Enciclopédia Mirador* (HOUAISS, 1993) afirma que o vocábulo se origina do latim *conflictus*, significando “[...] ‘choque, embate, luta, do verbo *confligere*, combater, lutar, pelejar [...]”.

É interessante observar que a maioria das definições trata do conteúdo emocional da situação de conflito, favorecendo uma predisposição a encará-lo como algo negativo, prejudicial. Os gestores são traídos por essa concepção indesejável, sinônimo de violência.

Contudo, nem sempre conflito significa desacordo, contrapondo-se ao termo “paz”. Se adequadamente compreendido, pode estimular o crescimento dos envolvidos ao ampliar a visão de mundo e ao exigir a aceitação da diferença.

Esse enfoque, que começou a firmar-se a partir da década de 1940, defendia que o conflito era inevitável, por ser uma decorrência natural das relações humanas. A partir dos anos 1970, começa a ser delineada uma nova perspectiva, pela qual o conflito é encarado como um estímulo à mudança, à inovação. Esse novo cenário vê o conflito como algo que pode gerar efeitos produtivos.

Uma metáfora comumente utilizada é a do trabalho realizado pelo engenheiro mecânico, que capitaliza o atrito obtido na transmissão de energia por correias, bem como o do violoncelista, que trabalha o atrito na busca de melhor musicalidade. Assim, o importante para a gestão é saber o momento certo para quando, onde e como capitalizar o “atrito” inerente ao convívio interpessoal.

Enfim, a existência de conflitos faz parte do processo histórico da humanidade, e administrá-los não significa abafá-los. Se o gestor souber agir adequadamente, eles podem se tornar construtivos. Como? O conflito aflora diferenças, e saber lidar com elas pode ser um caminho para transformá-lo em algo produtivo. Sem dúvida, esse é um desafio gerencial típico desta era pós-industrial, berço das organizações flexíveis.

Começemos, então, a conversar sobre esse desafio.

As reações do líder se pautam em suas crenças, valores e experiências de vida. Logo, a sua percepção sobre a situação de conflito será fruto de suas premissas pessoais, construídas ao longo do tempo. Enquanto para uns a diferença é sinônimo de ameaça, para outros representa um desafio.

Portanto, a atitude da liderança frente às diferenças individuais é o que define a competência para lidar com a situação conflitante. Se a percepção for de ameaça, a “diferença” terá que ser destruída. Ao contrário, se ela for percebida como oportunidade, poderá vir a ser potencializada. Mas, para tanto, é necessária a compreensão da dinâmica do processo de conflito.

Na busca de uma definição de conflito que permita a utilização no contexto da gestão em saúde, Cecílio (2005), a partir da contribuição de outros autores, considera os conflitos como característica inerente da vida organizacional; são fenômenos, comportamentos, ruídos que podem se manifestar de várias formas, abertamente ou como ruídos:

- os conflitos abertos são observáveis, são comportamentais. São as brigas entre funcionários, as reclamações dos pacientes, as disputas de recursos entre unidades etc.;
- os conflitos encobertos são como ruídos que “circulam pelos corredores, pelas áreas de bastidores, como um murmúrio institucional” (CECÍLIO, 2005, p. 509), mas que não são potentes para serem “ouvidos” pelo gestor; portanto, não são colocados na agenda do gestor para apreciação e modificação de seu status quo.

Os ruídos são situações conflituosas que não conseguem entrar na agenda da direção, seja pelo interesse da gestão em manter seu poder instituído ou pelo não reconhecimento ou visibilidade, tornando assim o conflito encoberto e não problematizado. Como exemplos, podem ser destacadas as conversas nos corredores sobre as insatisfações relativas a determinados privilégios concedidos a certas categorias profissionais e não a outras; as conversas sobre o descontentamento de alguns profissionais quanto a um determinado protocolo instituído pela direção, entre outros.

Ao reconhecer o conflito como fruto da divergência de opiniões, o autor enfatiza que os profissionais trazem visões também distintas sobre determinada realidade, e esses modos de olhar depende do lugar que ocupam na organização e do comprometimento com a ação, com as intencionalidades.

A “organização” que o diretor do hospital ou do centro de saúde vê não é a mesma que o funcionário da recepção ou a enfermeira do bloco obstétrico vê. Trabalhamos ainda com a ideia de que essas diferenças são parte das tensões constitutivas de toda e qualquer organização e explicam, em boa medida, os conflitos que invadem as agendas dos seus gerentes (CECÍLIO, 2005, p. 510).

Assim, conflito é o que denuncia a diferença de olhares, é o que incomoda. São os comportamentos observáveis que exigem “tomadas de providências” e os ruídos que, reconhecidos pelos trabalhadores, precisam ser ouvidos e colocados em pauta pela gestão. É preciso, portanto, uma postura ativa diante dos conflitos, o que é um desafio a ser buscado por gestores e trabalhadores da saúde, considerados por Cecílio (2005) seres práticos, de ação, capazes de (re)criar a realidade.

Para tanto, Cecílio (2005, p. 513) propõe um dispositivo de gestão denominado “planilha de análise dos conflitos”, com o propósito de contribuir com novas possibilidades gerenciais para a reconstrução de algumas relações existentes no cotidiano da organização.



E você, é capaz de exemplificar alguns conflitos abertos e encobertos em seu local de trabalho? Pense sobre eles antes de continuar seus estudos.



Para saber mais sobre esse tema, leia o texto completo [É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde?](#) (CECÍLIO, 2005).



Diálogo: uma comunicação aberta e autêntica

Vimos no tópico anterior que o conflito, em linhas gerais, pode resultar também em problemas na comunicação. Neste momento, nosso intuito é reforçar a ideia de que o gestor necessita desenvolver competências interpessoais necessárias ao gerenciamento dos aspectos “intangíveis”, que sustentam o comprometimento das pessoas e equipes de trabalho.

A eficácia gerencial não se restringe ao amplo domínio de informações técnicas, tampouco na competência de utilização das tecnologias adequadas. Mais que isso, o desempenho eficaz da liderança requer, principalmente, habilidades interpessoais, como ter abertura para aceitar diferenças e saber ouvir, para assegurar o diálogo no ambiente e nos processos de trabalho.

Mas, convenhamos, nem sempre é fácil dialogar.

O diálogo, quer dizer, a comunicação interpessoal autêntica é uma postura que requer compartilhamento de ideias, aceitação de visões do mundo distintas, o desejo da superação de particularidades individuais. Enfim, o diálogo requer o aprofundamento do olhar nas sutilezas da interação humana, como também exige a capacidade de ouvir o outro.

A escuta é parte do processo de comunicação e deve ser uma postura não só dos profissionais da saúde em relação aos pacientes, mas também dos gestores diante da equipe do serviço de saúde onde atuam. Ela deve ser entendida como parte do processo de comunicação e como uma atitude ativa, que envolve compromisso e responsabiliza aquele que fala, possibilitando, portanto, uma gestão mais participativa. Com o entendimento da própria influência no processo de decisão, os trabalhadores poderão desenvolver um sentimento de reconhecimento e valorização, deixando a condição de espectadores e tornando-se coautores das decisões.

Porém, nem sempre as interações se fazem de modo semelhante entre o emissor e o receptor. Às vezes, uma postura de abertura facilita o compartilhamento de feedbacks. Em outras ocasiões, a reduzida postura de abertura dificulta o dar e receber feedback. Especialmente para o gestor, trata-se de um desafio permanente para que a comunicação seja aberta e não acarretar ruídos, como vimos anteriormente, quando estudamos os conflitos existentes na organização.

Cabe ao gestor pensar coletivamente na qualidade de vida do trabalhador, nas situações de vulnerabilidade e sofrimento que se apresentam cotidianamente, nas condições de trabalho, e as tomadas de decisão vão depender da qualidade da escuta.

Necessidades interpessoais, sentimentos e comportamentos

O que são “necessidades interpessoais”?

Trata-se dos filtros perceptuais que estimulam sentimentos e comportamentos. Mas por que elas afetam os nossos relacionamentos?

Quanto mais percebemos as necessidades das pessoas, maior a nossa prontidão para atendê-las e, portanto, maior a possibilidade da construção de vínculos mais duradouros. Ao contrário, quanto menos percebemos as necessidades daqueles com quem convivemos, menor a nossa prontidão para atendê-las, logo, mais frágil será o vínculo com essas pessoas.

Os vínculos são construídos a partir do respeito, da escuta do outro, do acolhimento. A Política Nacional de Humanização apresenta essas tecnologias relacionais que favorecem o compartilhamento de processos de trabalho e de modelos de atenção e de gestão, que reconheçam cada pessoa como cidadã de direitos, o que demanda uma prática ética por parte dos trabalhadores e gestores da saúde.

Embora instituída desde 2003, essa política ainda precisa ser fortalecida para a construção de relações que possam transcender os processos normativos e quantitativos, muito presentes nos processos de trabalho, marcados pela dissociação entre o gerir e o cuidar, assunto que veremos no Tema 2.2.

O desafio das relações éticas

O cerne da reflexão acerca das controvérsias relativas ao papel da organização – pública ou privada –, na sociedade reside na questão da ética.



Para saber mais sobre o assunto, leia o artigo [Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia](#) (HENNINGTON, 2008).



A sustentação de posturas empresariais, que fomentam a banalização da injustiça e a violação de princípios éticos nas relações sociais no trabalho, depende de pessoas que valorizam modos de pensar e de agir causadores de prejuízos ao ser humano.

Posturas empresariais refletem, principalmente, as posturas gerenciais. A ética assegura o funcionamento harmônico da vida organizacional.

Mas, de qual ética estamos falando?

A ética no cotidiano organizacional

Antes de tudo, convém esclarecermos que não existe uma ética adequada a todas as organizações.

Cada organização deve construir os seus próprios princípios éticos, para enfrentar as pressões impostas pelo contexto, para dar nitidez às posturas que são valorizadas na organização, em função de suas crenças e seus valores, ou seja, da sua cultura.

A busca por adaptar-se às demandas contemporâneas colocou em destaque o tema “ética nas organizações”, o qual, em última instância, permeia as relações sociais nos âmbitos externo e interno.

No tocante ao ambiente externo, a preocupação ética no setor público se estende, cada vez mais, ao relacionamento da organização com a sociedade, incluindo todos os seus agentes.

Vale lembrar que inúmeras organizações elaboram códigos de ética, explicitando as condutas nas quais devem se pautar as relações entre seus dirigentes e os trabalhadores e, também, entre os trabalhadores e a organização. Daí a nossa preocupação em estimular reflexões sobre o convívio da atuação técnica com princípios éticos.

Vamos então apontar algumas questões do cotidiano gerencial que, na nossa perspectiva, demandam cautela quanto aos possíveis riscos de violação ética.

As decisões sobre promoção e aumentos da remuneração comumente sofrem golpes éticos. Às vezes, elas ocorrem por imposição de pessoas influentes no contexto empresarial.

No que diz respeito à mobilidade funcional, ou seja, à transferência, essa decisão também pode gerar riscos éticos, se prejudicar a formação profissional ou afetar a dignidade do trabalhador. E, principalmente,

se essa decisão se caracterizar pela arbitrariedade, desconsideração de desejos individuais, ausência de negociação.

Substituições políticas constituem riscos éticos, às vezes com graves consequências para a organização.

Ainda, a questão ética se faz presente na determinação dos critérios para a fixação de salários. A remuneração justa da contribuição do trabalho de alguém no processo produtivo é, sem dúvida alguma, uma exigência ética. Apesar de sistemas tradicionais de remuneração caracterizados pela rigidez estarem cedendo espaço às novas formas de retribuição financeira, convém manter atenção contínua aos princípios de justiça que fundamentam decisões nesse âmbito.

A motivação é outra temática que desafia a organização a expressar sua crença em posturas éticas.

Fatos e pesquisas recentes revelam que o sentimento de confiança na organização e na gestão decorre dos sentimentos de satisfação e pertencimento. Porém, vínculos interpessoais caracterizados pela confiança não se constroem por meio de enunciados de valores éticos, como expressos em “códigos de ética”.

O rápido crescimento da população de idosos, o aumento de doenças crônicas, a crescente demanda científica e social por novas tecnologias, insumos e métodos de diagnóstico e tratamento também vêm exigindo dos gestores uma postura ética no enfrentamento dessas questões.

As demandas judiciais, como instrumento deliberativo da gestão da saúde, são exemplos da importância da dimensão ética para os gestores.

Somente as medidas formais podem garantir a efetividade do direito à saúde?

Frente ao disposto, a motivação do trabalhador parece ser o tema subjacente à questão ética na organização. Parece que tudo o que cria condições favoráveis à relação liderança x subordinado, ao desenvolvimento contínuo e ao resgate da dignidade humana diz respeito à ética, à humanização do trabalho.

A nova sociedade que está emergindo, além de demandar trabalhadores altamente qualificados, exige uma gestão preparada para lidar com pessoas apoiadas em estilos participativos de gestão, bem como para inspirar confiança.



Para ajudar nessa reflexão, sugerimos a leitura do artigo [Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde](#) (VENTURA et al., 2010).



Leia também o livro *Bioética para profissionais da saúde* (REGO; PALACIOS; SIQUEIRA-BATISTA, 2009).

Em outras palavras, o século XXI requer comportamentos éticos por parte da gestão.

Nos tempos atuais, a ética converteu-se em peça fundamental à efetividade da organização. Sem dúvida, estamos diante de um cenário em que a feroz competitividade é uma realidade. Porém, ela pode ser administrada de modo a evitar prejuízos ao ser humano, caso as práticas gerenciais se apoiem em princípios éticos.



Encerramos aqui o estudo do Tema 2.1.

Passe, agora ao AVA, para estudar o Tema 2.2.

Tema 2.2

O desafio da indissociabilidade entre gerir e cuidar

Este tema é apresentado apenas no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA).

Referências

- ABRASCO. *Subsídios para consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro, 2004. Relatório da oficina de trabalho do GT VISA. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20060717152551.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2009.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). *Qualificação da saúde suplementar*. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://www.ans.gov.br> Acesso em: 25 jun. 2007.
- ALBUQUERQUE, M. I. N. de; CARVALHO, E. M. F. de; LIMA, L. P. Vigilância epidemiológica: conceitos e institucionalização. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, Recife, v. 2, n. 1, p. 7-14, jan./abr. 2002.
- ALMEIDA FILHO, Naomar. *O conceito de saúde e a vigilância sanitária: notas para a compreensão de um conjunto organizado de práticas de saúde*. Brasília: Anvisa, 2000. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/13870>. Acesso em: 6 jan. 2020.
- ANDERSEN, T. F.; MOONEY, G. Medical practice variations: where are we? In: ANDERSEN, T. F.; MOONEY, G. (Ed.). *The challenges of medical practice variations*. Copenhagen: Macmillan Press Scientific & Medical, 1990. p. 1-15.
- ANDERSEN, R.; NEWMAN, R. Societal and individual determinants of medical care: utilization in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, v. 51, p. 95-124, 1973.
- APKON, M. et al. Design of a safer approach to intravenous drug infusions: failure mode effects analysis. *Quality and Safety in Health Care*, v. 13, p. 265-271, 2004.
- ARANHA, M. I. (Org.). *Direito sanitário e saúde pública*, v. 2. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2003.
- ARAÚJO, Jorge Siqueira. *Almoxarifados: administração e organização*. 9. ed. São Paulo: Atlas, 1987.
- ARTMANN, E. *O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multisetorial*. Cadernos da Oficina Social n. 3: Desenvolvimento social. Rio de Janeiro: COPPE/UFRJ, 2000, p. 98-119.
- AVES, R. B. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 319-322, 2003.
- BAHIA. Secretaria da Saúde. Assessoria de Planejamento e Gestão. *Manual de apoio ao planejamento municipal em saúde*. Salvador: Ministério da Saúde/Secretaria de Estado da Saúde da Bahia/Assessoria de Planejamento e Gestão/Organização Pan-Americana da Saúde, 2021.
- BARBETTA, P. A. *Estatística aplicada às ciências sociais*. Florianópolis: EdUFSC, 2002.
- BARCELLOS, C.; QUITÉRIO, L. A. D. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 170-177, 2006.
- BARCELLOS, C.; ROJAS, L. O. Lugares, territórios, população. In: BARCELLOS, C.; ROJAS, L. O. *O território e a vigilância em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2004.
- BARRENECHEA, J. J.; TRUJILLO URBE, E. *Salud para todos en el año 2.000: implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud*. Medellín: OPS/OMS, 1987.
- BLAIS, R. L'étude des variations géographiques: point de départ pour la réévaluation des services de santé: le phénomène, ses causes, ses implications. *Union Médicale du Canada*, v. 118, n. 6, p. 226-234, 1989.
- BONNABRY, P. et al. Use of a systematic risk analysis method to improve safety in the production of pediatric parenteral nutrition solutions. *Quality and Safety in Health Care*, v. 14, p. 93-98, 2005.
- BONNABRY, P. et al. Use of a prospective risk analysis method to improve the safety of the cancer chemotherapy process. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 18, p. 9-16, 2006.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: jan. 2020.

BRASIL. Decreto n. 9.672, de 2 de janeiro de 2019. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério do Meio Ambiente, remaneja cargos em comissão e funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. *Diário Oficial da União*, Seção 1, Edição Extra, Brasília, DF, 2 jan. 2019.

BRASIL. Lei n. 5.172, de 25 de outubro de 1966. Dispõe sobre o Sistema Tributário Nacional e institui normas gerais de direito tributário aplicáveis à união, estados e municípios. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 out. 1966.

BRASIL. Lei n. 6.938, de 31 de agosto de 1981. Dispõe sobre a Política Nacional do Meio Ambiente, seus fins e mecanismos de formulação e aplicação, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2 set. 1981.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 jun. 1993. Retificado em 6 jul. 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.956/GM, de 14 de agosto de 2007. Dispõe sobre a coordenação das ações relativas à saúde do trabalhador no âmbito do Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 14 de ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.085 de 01 de dezembro de 2006. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.120/GM, de 19 de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, p. 28, 14 jul. 1998a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.908/GM, de 30 de outubro de 1998. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 10 nov. 1998b.

BRASIL. Lei complementar n. 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 mai 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. *Caderno de saúde do trabalhador*: legislação. Elaborado e organizado por Leticia Coelho da Costa Nobre. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa. *Manual do usuário*: DigiSUS gestor – módulo planejamento [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria interministerial n. 1.570/GM, de 29 de agosto de 2002. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 79, 30 ago. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 423, de 24 de junho de 2002. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 jul. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Anuário estatístico de saúde do Brasil 2001*. Brasília, DF: Funasa/Cenepi, 2003.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.172/GM, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 58, 17 jun. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instrução normativa n. 1, de 7 de março de 2005. Regulamenta a Portaria n. 1.172/04, no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal na área de vigilância em saúde ambiental. *Diário Oficial da União*, DF, Brasília, p. 80, 24 mar. 2005a. Republicação em 8 mar. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental*. Brasília, DF, 2005b. 49 p. Mimeografado.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização/* Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 318 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASSARD, Michel. *Qualidade: ferramentas para uma melhoria contínua: the memory jogger*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.
- BUETOW, S. A.; ROLAND, M. Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care. *Quality in Health Care*, v. 8, p. 184-190, 1999.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.
- CALDEIRA, A. P.; FRANÇA, E.; GOULART, E. M. A. Mortalidade infantil pós-neonatal e qualidade da assistência médica: um estudo caso-controle. *Jornal de Pediatria*, São Paulo, v. 77, n. 6, 2001.
- CÂMARA, V. M.; TAMBELINI, A. T. Considerações sobre o uso da epidemiologia nos estudos em saúde ambiental. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 6, n. 2, p. 95-104, 2003.
- CAMARGO JUNIOR, K. R. et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, 2008. Suplemento 1.
- CAMPOS, G. W. Modelos assistenciais. In: CAMPOS, G. W. S.; MEHRY, E. E.; NUNES, E. (Org.). *Planejamento sem normas*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- CAMPOS, G. W. S. *A saúde pública e a defesa da vida*. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2337-2344, 2010.
- CAMPOS, G. W. S.; MEHRY, E. E.; NUNES, E. (Org.). *Planejamento sem normas*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- CAMPOS, G. W.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R. C. Análise crítica das especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 141-144, 1997.
- CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S.A. O programa de saúde da família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 5, n. 9, 2001.
- CARLIN, G. *O paradoxo do nosso tempo*. Disponível em: <http://lemosideias.blogspot.com/2008/05/onde-vamos-parar-familia.html>. Acesso em: 26 jun. 2008.
- CARTA de Ottawa. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção da saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá*. Brasília, DF, 1996. p. 11-18.
- CARVALHO, E. F. de et al. Avaliação da vigilância epidemiológica em âmbito municipal. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, Recife, v. 5, p. S53-S62, dez. 2005. Suplemento 1.

- CARVALHO, M. S.; MARZOCCHI, K. B. F. Avaliação da prática de vigilância epidemiológica nos serviços públicos de saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 26, p. 34-57, 1992.
- CASTELLS, M. *A sociedade em rede*. São Paulo: Paz e Terra, 1999.
- CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C. R. Risco e saúde. In: DE SETA, M. H.; PEPE, V. L. E.; OLIVEIRA, G. O. (Org.). *Gestão e Vigilância Sanitária: novos modos de pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, p. 15-32.
- CECÍLIO, L. C. O. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2005, v. 21, n. 2 [Acessado 1 Julho 2022], pp. 508-516. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200017>>. Epub 21 Mar 2005. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200017>.
- CECÍLIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface* (Botucatu). 2009;13(Suppl. 1):545-55. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500007>
- CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2011[citado em 2017 jan. 22];15(37):589-99. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v15n37/a21v15n37.pdf>
- CENTRO PANAMERICANO DE PLANIFICACIÓN EN SALUD. *Formulación de políticas de salud*. Santiago, 1975.
- CHAMBERS, R.; BOATH, E.; ROGERS, D. *Clinical effectiveness and clinical governance made easy*. 4th. ed. Oxon: Radcliffe Publ., 2007.
- CHORNY, A. H. El enfoque estratégico para el desarrollo de recursos humanos. *Revista Educación Médica y Salud*, Madrid, v. 24, n. 1, p. 27-51, ene./mar. 1990.
- CHORNY, A. H. *Gerencia estratégica de servicios de salud*. Rosario: Instituto de la Salud Juan Lazarte, 1996.
- CHORNY, A. H. Planificación en salud: viejas ideas en nuevos ropajes. *Cuadernos Medico Sociales*, Madrid, v. 73, p. 23-44, 1993.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986. *Relatório final*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 1., 1987. *Relatório final*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1987.
- CONSEIL CANADIEN D'AGRÉMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ. Perspectives d'avenir en matière de contrôle de l'utilisation des ressources dans les établissements de santé au Canada. In: CONSEIL CANADIEN D'AGRÉMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ. *Contrôle de l'utilisation des ressources*. Ottawa, 1992. p. 1-18.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). *Resolução CFM n. 1451/ 95*. Brasília, DF, 1995. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/>. Acesso em: 8 fev. 2008.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Resolução n. 555*, de 15 de setembro de 2017. Brasília, DF, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2018/res0555_20_02_2018.html. Acesso em 19 out. 2019.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Resolução n. 603*, de 8 de novembro de 2018. Brasília, DF, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2018/res0603_19_12_2018.html.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental*. Brasília, 2007.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *Nova proposta de financiamento dos laboratórios de saúde pública* (FINLACEN). Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT21-05.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2006.

- CONTANDRIOPOULOS, A. P. Pode-se construir modelos baseados na relação entre contextos social e saúde? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 199-204, 1988.
- COOKE, C. R. et al. Predictors of hospital mortality in a population-based cohort of patients with acute lung injury. *Critical Care Medicine*, v. 36, n. 5, p. 1412-1420, May 2008.
- CORRIGAN, J. M.; ROGERS, L. S. Comparative performance measurement for health plans. In: KAZANDJIAN, V. A. (Org.). *The epidemiology of quality*. Ann Arbor: Health Administration Press, 1995.
- COSTA, Ricardo Justen Moreira da; KRAUSS-SILVA, Letícia. Revisão sistemática e meta-análise da antibioticoprofilaxia na histerectomia abdominal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p. S175-S189, 2004. Suplemento 2.
- COSTA, E. A.; ROZENFELD, S. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, S. (Org.). *Fundamentos da vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p.15-40.
- CZERESNIA, D. *Risco epidemiológico e vigilância sanitária*. 2001. Mimeografado. Texto elaborado para seminário temático permanente da ANVISA "As várias faces do conceito de risco em vigilância".
- DE SETA, M. H. *A construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: uma análise das relações intergovernamentais na perspectiva do Federalismo*. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 2007.
- DE SETA, M. H.; OLIVEIRA, C. V. S.; PEPE, V. L. E. Proteção à saúde no Brasil: o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3225-3234, out. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021003225&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 07 jan. 2020.
- DEMING, Edward W. *Qualidade: a revolução da administração*. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1990.
- DIAS, Marco Aurélio P. *Administração de materiais: uma abordagem logística*. São Paulo: Atlas, 1998a.
- DIAS, Marco Aurélio P. *Gerência de materiais: a eficácia da administração de materiais: um modelo para as situações de crise e incertezas*. São Paulo: Atlas, 1998b.
- DIAS, E. C.; HOEFEL, M. da G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817-828, out./dez. 2005.
- DIAS, R. I. S. C. et al. Estratégias para estimular o uso de evidências científicas na tomada de decisão. *Cadernos Saúde Coletiva* [online]. 2015, v. 23, n. [Acessado 7 maio 2022], pp. 316-322. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1414-462X201500030005>>. Epub 06 Out 2015. ISSN 2358-291X. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500030005>.
- DONABEDIAN, A. *Aspects of medical care administration*. Boston: Harvard University Press, 1973.
- DONABEDIAN, A. *Explorations in quality assessment and monitoring, v. 1: the definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.
- DONABEDIAN, A. *The seven pillars of quality*. Archives of Pathology and Laboratory Medicine, v. 114, p. 1115-1119, 1990.
- DONABEDIAN, A. *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford: Oxford University Press, 2003.
- DONALDSON, L. J.; GRAY, J. A. Clinical governance: a quality duty for health organizations. *Quality in Health Care*, v. 7, p. S37-S44, 1998.
- DRUCKER, Peter. *A nova era da administração*. São Paulo: Pioneira, 1992.
- DUTTON, D. Financial, organizational and professional factors affecting health care utilization. *Social Science and Medicine*, v. 23, n. 7, p. 721-735, 1986.
- EDUARDO, M. B. de P.; MIRANDA, I. C. S. *Saúde & cidadania, 8: vigilância sanitária*. São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde: Faculdade de Saúde Pública da USP: Fundação Itaú Social, 1998. p. 3.
- EDWARDS, N. Clinical networks. *British Medical Journal*, London, v. 324, p. 63-65, 2002.

- EVANS, R. G.; BARER, M. L.; MARMOR, T. R. (Ed.). *Why are some people healthy and others not?: the determinants of health of populations*. Hawthorne: Aldine de Gruyter, 1994.
- EVANS, R. G.; STODDART, G. L. Producing health, consuming health care. *Soc Sci Med*. 31(12), p. 1347-63, 1990.
- FACCHINI, L. A. et al. Sistema de informação em saúde do trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 857- 867, out./dez. 2005.
- FERNÁNDEZ, E. A.; MORERA, P. G. *Análisis de situación integral de salud, gestion local en salud para técnicos de atención primaria*. Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social, v. 62, 2004.
- FERNANDES, R. et al. Construindo a vigilância em ambientes de trabalho: a experiência do Cesat/ SUS/BA. In: ENCONTRO NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR. *Desafio da construção de um modelo estratégico*: resumo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999.
- FIELD, M. J.; LOHR, K. N. (Ed.). *Clinical practice guidelines: directions for a new program*. Washington, DC: Institute of Medicine: Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines: National Academy Press, 1990.
- FIELD, M. J.; LOHR, K. N. (Ed.). *Guidelines for clinical practice: from development to use*. Washington, DC: Institute of Medicine: Committee on Clinical Practice Guidelines: National Academy Press, 1992.
- FISHER, R. M. et al. Mudança e transformação organizacional. In: FRANÇA, A. C. L. *As pessoas na organização*. São Paulo: Gente, 2002. p. 147-162.
- FLEURY, M. T. L. *Recursos humanos e subjetividade*. Petrópolis: Vozes, 1995.
- FLEURY, M. T. L.; FLEURY, A. Construindo o conceito de competência. *Rev. adm. contemp.* [on-line], v. 5, p. 183-196, 2001. Edição Especial.
- FOLLETT, M. P. O conflito construtivo. In: GRAHAM, P. (Org.). *Mary Parker Follett: profeta do gerenciamento*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1997.
- FRANCO NETTO, G.; CARNEIRO, F. F. Vigilância ambiental em saúde. *Ciência & Ambiente*, Santa Maria, v. 25, p. 47-58, 2002.
- FREITAS, C. M. *Riscos e processos decisórios: implicações para a vigilância sanitária*. 2001. Texto elaborado para seminário temático permanente da ANVISA "As várias faces do conceito de risco em vigilância". Mimeografado.
- FREITAS, C. M. A produção científica sobre o ambiente na saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 679-701, maio/jun. 2005.
- FREITAS, M. B.; FREITAS, C. M. A vigilância da qualidade da água para consumo humano: desafios e perspectivas para o Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 993-1004, out./dez. 2005.
- FREITAS, M. E. *Cultura organizacional: identidade, sedução e carisma?* São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 1999.
- FRENK, J. The concept and measurement of accessibility. *Salud Publica Mexico*, v. 27, p. 438-453, 1985.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Centro Nacional de Epidemiologia. *Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: [http://www.saude.sc.gov.br/SaudeTrabalhador/conferencia_estadual/textos_apoio/Vigilancia_ambiental\(CEST\).pdf](http://www.saude.sc.gov.br/SaudeTrabalhador/conferencia_estadual/textos_apoio/Vigilancia_ambiental(CEST).pdf). Acesso em: 13 jun. 2006.
- FUNTOWICZ, S. O.; RAVETZ, J. R. Science for the Post-Normal Age. *Futures*, v. 25, n. 7, p. 739-755, Sept. 1993.
- GARVIN, D. Building a learning organization. *Harvard Business Review*, Boston, p. 78-91, jul./ago. 1993.

- GAULEJ AC, V. *Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. Ideias e Letras: Aparecida/SP, 2007.
- GANESI, Irineu N.; CORRÊA, Henrique Luis. *Administração estratégica de serviços: das operações à satisfação do cliente*. São Paulo: Atlas, 1994.
- GIOVANELLA, L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 129-153, jun. 1990.
- GROL, R. et al. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. *British Medical Journal*, v. 317, p. 858-861, 1998.
- HADDAD, S. *Utilization des services de santé en pays en développement*. Tese (Doutorado) - Université Claude Bernard, Lyon, 1992.
- HALLIGAN, A.; DONALDSON, L. Implementing clinical governance: turning vision into reality. *British Medical Journal*, v. 322, p. 1413-1417, 2001.
- HANDY, C. *Deuses da administração: como enfrentar as constantes mudanças da cultura empresarial*. São Paulo: Saraiva, 1994.
- HARRISON, Roger. *Defenses and the need to know*. In: LAWRENCE, Paul; SEILER, George V. *Organizational behavior and administration*. Homewood: Irwin and Dorsey, 1976. p. 267.
- HARRISON, R.; STOKES, H. *Diagnosing organizational culture instrument*. San Francisco: Jossey-Bass, 1992.
- HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997.
- HARTZ, Z.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração dos serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p. S331-S336, 2004. Suplemento 2.
- HARTZ, Z. M. A et al. Mortalidade infantil “evitável” em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 310-318, ago. 1996.
- HAY, Edward J. *Just-in-time*. São Paulo: Maltere, 1992.
- HENNINGTON, E. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Rev. Saúde Pública*, vol.42, n.3, pp.555-561, 2008. Acessado em 18 set. 2016.
- HOPPER, J. L. et al. Improved prognosis since 1969 of myocardial infarction treated in a coronary care unit: lack of relation with changes in severity. *British Medical Journal*, v. 299, p. 892-896, 1989.
- HOUAISS, A. (Ed.). *Enciclopédia Mirador internacional*. São Paulo: Encyclopedia Britannica do Brasil, 1993. v. 2.
- HULKA, B. S.; WHEAT, J. R. Patterns of utilization. *Medical Care*, v. 23, p. 438-460, 1985.
- INFANTE, M. *A organização do sistema de abastecimento a partir do sistema produtivo*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2004.
- INSTITUTE OF MEDICINE. Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press, 2001.
- ISHIKAWA, Kaoru. *Controle de qualidade total a maneira japonesa*. Rio de Janeiro: Campus, 1993.
- JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. *Amh accreditation manual for hospitals*, 1993: standards. Oakbrook Terrace, 1993.
- KHOT, U. N. et al. Prognostic importance of physical examination for heart failure in non-ST-elevation acute coronary syndromes: the enduring value of Killip classification. *JAMA: journal of the American Medical Association*, v. 290, p. 2174-2181, 2003.
- KLIKSBERG, B. A gerência no final do século XX. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, abr./jun. 1993.

- KNAUS, W. A. *et al.* APACHE: acute physiology and chronic health evaluation: a physiologically based classification system. *Critical Care Medicine*, v. 9, p. 591-597, 1981.
- KNAUS, W. A. *et al.* APACHE II: a severity of disease classification system. *Critical Care Medicine*, v. 13, p. 818-829, 1985.
- LACAZ, F. A. de C. (Coord.). *Relatório final do Projeto Estudo da Situação e Tendências da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil*. [S.l.: s.n.], 2002. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/GTs/GT%20Saude%20Trabalhador%20RelatorioFinal%20.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2016
- LACAZ, F. A. de C. Saúde do trabalhador: vinte anos de história e trajetória. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 3., 2005. *Coletânea de textos*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2005. p. 134-137.
- LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M. C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 759-772, dez. 2002.
- LEVY, B. S. Toward a holistic approach to public health surveillance. *American Journal of Public Health*, v. 86, n. 5, p. 624- 625, May 1996.
- LIEBER, R. R.; ROMANO, N. S. *Saúde, ambiente, produção e o enfoque de risco*. Rio de Janeiro, 1997. Trabalho apresentado ao V Encontro da Associação Brasileira de Estudos do Trabalho. Mimeografado.
- LIMA, A. R. A.; VIEIRA, L.; DOURADO, P. L. Gestão informada por evidências no Estado de Goiás. *Revista Saúde e Inovação*; 1(1): 1-5, dez. 10, 2020.
- LIMA, L. C. W.; REIS, L. G. C.; GONDIM, G. M. M. (Coord.). *Censo nacional dos trabalhadores de vigilância sanitária: documento síntese*. [Brasília, DF: Anvisa: Opas], 2004. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/copr/livro.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2006.
- LUCCHESI, G. *Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil*. 2001. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.
- MACHADO, J. M. H. *Alternativas e processos de vigilância em saúde do trabalhador: a heterogeneidade da intervenção*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1996.
- MACHADO, J. M. H. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 33-45, 1997. Suplemento 2.
- MACHADO, J. M. H. A propósito da vigilância em saúde do trabalhador. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 987-992, out./dez. 2005.
- MALTA, D. C.; DUARTE, E. C. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 765-776, maio/jun. 2007.
- MARRAS, J. P. *Administração de recursos humanos: do operacional ao estratégico*. 3. ed. São Paulo: Futura, 2000.
- MARX, D. A.; SLONIM, A. D. Assessing patient safety risk before the injury occurs: an introduction to sociotechnical probabilistic risk modelling in health care. *Quality and Safety in Health Care*, v. 12, p. ii33-38, 2003. Suplemento 2.
- MASON, A.; INGHAM, J.; PARNHAM, J. Making clinical governance work. *Clinical Medicine*, v. 5, p. 122-125, 2005.
- MATTOS, R. A. de. *A teoria da programação de saúde no método CENDES/OPAS*. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1988.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS: UERJ: ABRASCO, 2001.
- MATUS, C. *Estrategia y plan*. 2. ed. México: Siglo XXI, 1978.

- MATUS, C. *Política, planejamento e governo*. Brasília, DF: IPEA, 1993.
- MCGEARY, M. G. H. Medicare conditions of participation and accreditation for hospitals. In: LOHR, K. N. (Ed.). *Medicare: a strategy for quality assurance*, v. 2: sources and methods. Washington, DC: National Academies Press, 1990.
- MCPHERSON, K. *et al.* Small area variations in the use of common surgical procedures: an international comparison of New England, England and Norway. *New England Journal of Medicine*, v. 307, n. 21, p. 1310-1314, 1982.
- MENDES, E. V. A construção social da vigilância à saúde no distrito sanitário. In: MENDES, E. V. (Org.). *A vigilância à saúde no distrito sanitário*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 1993. p. 7-19.
- MENEGAZZO, C. M. *Dicionário de psicodrama e sociodrama*. São Paulo: Ágora, 1995.
- MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. *et al.* *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 4ª Ed. São Paulo, Hucitec, 2007.
- MESSIAS, Sérgio Bolsonaro. *Manual de administração de materiais: planejamento e controle de estoques*. São Paulo: Atlas, 1989.
- MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. da F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 21-32, 1997. Suplemento 2.
- MONTEIRO, José A. *Qualidade total no serviço público*. [S.l.]: QA & T Consultores Associados, 1991.
- MOODY-WILLIAMS, J. D. *et al.* Practice guidelines and performance measures in emergency medical services for children. *Annals of Emergence Medicine*, v. 39, p. 404- 412, 2002.
- MORENO, J. L. *Psicodrama*. São Paulo: Cultrix, 1993.
- MORGAN, G. *Imagens da organização*. São Paulo: Atlas, 1996.
- MOTTA, P. R. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro: Record, 1991.
- MOTTA, P. R. *A ciência e arte de ser dirigente*. 6. ed. São Paulo: Record, 1995.
- NICHOLLS, S. *et al.* Clinical governance: its origins and its foundations. *Clinical Performance and Quality Healthcare*, v. 8, p. 172-178, 2000.
- NUNES, J. Moreira. *Gestão da qualidade nas unidades de saúde*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1998.
- O'DWYER, G.; TAVARES, M. F. L.; DE SETA, M. H. The challenge of rendering sanitary surveillance actions operational in health promotion and in the family health locus. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 467-84, set/dez. 2007.
- OLIVEIRA, G. O. (Org.). *Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 15-32.
- OLIVEIRA, M. I.; CAMACHO, L. A.; SOUZA, I. E. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, p. 1901-1910, 2005.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Enfoque de sistemas en la administración de materiales en hospitales*. Washington, DC, 1987.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Padrões e indicadores de qualidade para hospitais*. Washington, DC, 1994.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Declaração de Santa Fé de Bogotá. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção da saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá*. Brasília, DF, 1996. p. 41-47.

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Programación de la salud*: problemas conceptuales y metodológicos. Washington, DC, 1965. (Publicaciones científicas, 111).
- PAIM, J. S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993. p. 187-220.
- PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.
- PHILLIPS, K. A. et al. Understanding the context of healthcare utilization: assessing environmental and provider-related variables in the behavioral model of utilization. *Health Services Research*, v. 33, n. 3, p. 571-596, 1998.
- PINEAULT, R.; DAVELUY, C. Les indicateurs d'utilisation des services de santé. In: PINEAULT, R.; DAVELUY, C. (Ed.). *La planification de la santé*. Montréal: Agence d'Arc, 1986. p. 191-202.
- PINHEIRO, T. M. M. *Vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde: a vigilância do conflito e o conflito da vigilância*. Tese (Doutorado) – UNICAMP, São Paulo, 1996.
- PINHEIRO, T. M. M.; RIBEIRO, F. S. N.; MACHADO, J. M. H. Vigilância em saúde do trabalhador. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 3, 2005, Brasília. *Trabalhar sim, adoecer não*. Brasília, DF, 2005. p. 76-81. Disponível em: <http://www.fundacentro.gov.br/CTN/ColetaneaTextosdeApoioIIICNST.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2006.
- PINHEIRO, T. X. A. O trabalho e a administração. In: *Textos de apoio em administração*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz. EPSJV, 2001.
- PORTELA, M. C. et al. Diretrizes clínicas e outras práticas voltadas para a melhoria da qualidade assistencial em operadoras de planos de saúde sob a perspectiva dos seus dirigentes, no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, p. 253-266, 2008.
- POZ, M. D. *Desafios da gestão do trabalho*. Para uma política de gestão do trabalho no SUS. Ágora/ Seminário Abrasco, 2022.
- PROADESS. *Projeto metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.proadess.cict.fiocruz.br/modeloexp3.htm>. Acesso em: 24 jun. 2007.
- PROADESS. *Metodologia de avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: <http://www.proadess.icict.fiocruz.br>. Acesso em: 18 fev. 2008.
- RICO, A.; SALTMAN, R.; BOERMA, W. *Primary health care in the driver's seat: organizational reform in European primary care*. Oxford: Oxford University Press, 2005.
- RIVERA, F. J. U. *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989.
- ROOS, N. P.; ROOS, L. L. Small area variations, practice style, and quality of care. In: EVANS, R. G.; BARER, M. L.; MARMOR, T. R. (Ed.). *Why are some people healthy and others not?: the determinants of health of populations*. Hawthorne: Aldine de Gruyter, 1994.
- ROOS, N. P.; SHAPIRO, E.; TATE, R. Does a small minority of elderly account for a majority of health care expenditures?: a sixteen-year perspective. *Milbank Quarterly*, v. 67, n. 3, p. 347-369, 1989.
- ROSENBERG, W.; DONALD, A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. *British Medical Journal*, v. 310, p. 1122-1126, 1995.
- SABROSA, Paulo. *Vigilância em saúde*. São Paulo: Abrasco, [2004?]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/GTs/Vigilancia%20em%20Saude_Sabrosa.pdf. Acesso em: jun. 2008.
- SACKETT, D. L. et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, v. 312, p. 71-72, 1996.

SANTANA, V.; NOBRE, L. Sistemas de informação em saúde do trabalhador. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 3, 2005, Brasília. *Trabalhar sim, adoecer não*. Brasília, DF, 2005. p. 71-75. Disponível em: <http://www.fundacentro.gov.br/CTN/ColetaneaTextosdeApoioIIICNST.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2006.

SANTOS, L. *Meio ambiente e saúde: competências, intersetorialidade*. Brasília, DF, 2004. Parecer jurídico sobre as competências do Ministério da Saúde na área ambiental. Trabalho realizado por solicitação da OPAS. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/parecer%20ambiente%20e%20saude.pdf>.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, out./dez. 2004.

SCHUTZ, W. C. *O prazer*. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

SENGE, P. M. *A quinta disciplina*. São Paulo: Best-Seller, 1990.

SHAW, C. D.; KALO, I. *A background for national quality policies in health systems*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2002.

SHEKELLE, P. G. et al. Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality clinical practice guidelines: how quickly do guidelines become outdated? *JAMA: journal of the American Medical Association*, v. 286, n. 12, p. 1461-1467, 2001.

SHELDON, T. Promoting health care quality: what role performance indicators? *Quality in Health Care*, v. 7, p. S45-S50, 1998. Suplemento.

SILVA, Z. P. da; BARRETO JUNIOR, I. F.; SANT'ANA, M. do C. Saúde do trabalhador no âmbito municipal. *São Paulo em Perspectiva*, v. 17, n. 1, p. 47-57, 2003.

SILVA JUNIOR, J. B. da. *Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde*. Campinas: [s.n.], 2004.

SILVA, L. J. da. Vigilância epidemiológica: a perspectiva de quem é responsável. *Com Ciência*, 10 jun. 2005. Disponível em: <http://www.comciencia.br/reportagens/2005/06/14.shtml>. Acesso em: 26 jun. 2006.

SILVEIRA, A. M.; RIBEIRO, F. S. N.; LINO, A. F. P. F. O controle social no SUS e a RENAST. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 3, 2005, Brasília. *Trabalhar sim, adoecer não*. Brasília, DF, 2005. p. 39-43. Disponível em: <http://www.fundacentro.gov.br/CTN/ColetaneaTextosdeApoioIIICNST.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2006.

SPIEGEL, A. D.; KAVALLER, F. *Cost containment and DRGs: a guide prospective payment*. [S.l.]: Ed. National Health Publ., 1988.

STRUMWASSER, I. et al. Reliability and validity of utilization review criteria: appropriateness evaluation protocol. *Medical Care*, v. 28, n. 2, p. 95-111, 1990.

TAVEIRA, M. *A utilização de indicadores nos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: UNB, 1998. Versão revista e atualizada do cap. 9 do livro Planejamento da Atenção à Saúde.

TEIXEIRA, C. F. A formação de pessoal em vigilância à saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 6, n. 1, p. 5-21, 1993.

TEIXEIRA, C. F.; COSTA, E. A. *Vigilância da saúde e vigilância sanitária: concepções, estratégias e práticas*. Texto preliminar elaborado para debate no 20.º Seminário Temático da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, realizado em Brasília, em 26 de março de 2003 (Cooperação Técnica ISC/Anvisa). Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/semin_20.pdf.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 7, n. 2, p. 7-28, abr./jun. 1998.

TEIXEIRA, C. F.; PINTO, L. L.; VILASBOAS, A. L. *O processo de trabalho da vigilância em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2004.

- TESTA, M. *Pensamento estratégico e lógica da programação*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.
- TESTA, M. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- THACKER, S. B. et al. Surveillance in environmental public health: issues, systems, and sources. *American Journal of Public Health*, v. 86, n. 5, p. 633-638, 1996.
- THOMAS, S. W. Application of severity measurement systems for hospital quality management. *Hospital & Health Services Administration*, v. 35, n. 2, 221-243, 1990.
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p. 190-198, 2004. Suplemento 2.
- TUCKER, A. L.; SPEAR, S. J. Operational failure and interruptions in hospital nursing, part 1. *Health Services Research*, Chicago, v. 41, n. 3, p. 643-662, 2006.
- VECINA NETO, G.; REINHARDT FILHO, W. *Gestão de recursos materiais e de medicamentos*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2002.
- VIACAVAL, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.
- VIGILÂNCIA da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 7, n. 2, p. 29-35, abr./jun. 1998.
- VUORI, Hanna. *Quality assurance of health services*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1982.
- WAGNER, D. P.; KNAUS, W. A.; DRAPER, E. A. Statistical validation of a severity of illness measure. *American Journal of Public Health*, v. 73, p. 878-884, 1983.
- WALDMAN, E. A.; FREITAS, F. R. M. *A vigilância epidemiológica e sua interface com as práticas da vigilância sanitária*. Texto produzido para o 13º. Seminário Temático Permanente. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/Vig_Epi_Sanit_Eliseu.pdf. Acesso em: 16 jun. 2006.
- WALDMAN, E. A.; SILVA, L. J.; MONTEIRO, C. A. O. Trajetória das doenças infecciosas: da eliminação da poliomielite à reintrodução da cólera. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 8, n. 3, p. 5-47, 1999.
- WENNBERG, J. E. Population illness rates do not explain population hospitalization rates. In: WILLIAMS, S. J. (Ed.). *Contemporary issues in health services*. Albany: Delmas Publishers, 1993.
- WENNBERG, J. E.; MCPHERSON, K.; CAPER, P. Will payment based on diagnosis-related group control hospitalizations? *New England Journal of Medicine*, v. 311, n. 5, p. 295-300, 1984.
- WHITE, K. L. et al. *Health services, concepts and information for national planning and management: experiences based on the WHO/International Collaborative Study of Medical Care Utilization*. Geneva: World Health Organization, 1977.
- WHITELEY, Richard. *A empresa totalmente voltada para o cliente: do planejamento à ação*. Rio de Janeiro: Campus, 1999.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *European observatory on health systems and policies*. Geneva, 2007.
- WREATHALL, J.; NEMETH, C. Assessing risk: the role of probabilistic risk assessment (PRA) in patient safety improvement. *Quality and Safety in Health Care*, v. 13, p. 206-212, 2004.
- ZARIFIAN, P. *Objetivo competência: por uma nova lógica*. São Paulo: Atlas, 2001.

Formato: *205 x 260mm*
Tipografia: *Meridien LT Std e Frutiger Lt Std*

Rio de Janeiro, junho de 2023.