

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

MARISTELA OLIVEIRA DE ALBUQUERQUE

**ANÁLISE DE EFICIÊNCIA DA MÉDIA COMPLEXIDADE DO RECIFE, A
PARTIR DAS CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS NO ANO DE 2014**

RECIFE

2016

MARISTELA OLIVEIRA DE ALBUQUERQUE

ANÁLISE DE EFICIÊNCIA DA MÉDIA COMPLEXIDADE DO RECIFE, A
PARTIR DAS CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS NO ANO DE 2014

Dissertação apresentada ao programa de
Pós-Graduação em Gestão e Economia da
Saúde da Universidade Federal de
Pernambuco para obtenção de título de
mestre em Gestão e Economia da Saúde
Orientadora: Prof. Dra. Suely Arruda Vidal
Co-Orientadora: Msc. Roseane da Silva Lemos

RECIFE

2016

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

A345a	Albuquerque, Maristela Oliveira de Análise de eficiência da média complexidade do Recife, a partir das consultas médicas especializadas no ano de 2014 / Maristela Oliveira de Albuquerque, 2016. 60 folhas: il. 30 cm. Orientadora: Prof^a. Dra. Suely Arruda Vidal e Co-orientadora Prof^a. Msc. Roseane da Silva Lemos. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2016. Inclui referências, apêndices e anexos. 1. Auditoria administrativa. 2. Eficiência organizacional. 3. Saúde pública - Avaliação. I. Vidal, Suely Arruda (Orientadora). II. Lemos, Roseane da Silva (Co-orientadora). III. Título. 336 CDD (22.ed.) UFPE (CSA 2016 – 068)
-------	--

MARISTELA OLIVEIRA DE ALBUQUERQUE

ANÁLISE DE EFICIÊNCIA DA MÉDIA COMPLEXIDADE DO RECIFE, A
PARTIR DAS CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS NO ANO DE 2014

Dissertação apresentada à Universidade
Federal de Pernambuco para obtenção do
título de mestre em Gestão e Economia
da Saúde.

Aprovada em: 31/03/2016

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Lamartine Soares Sobrinho
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dra. Máira Galdino da Rocha Pitta
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dra. Maria Cristina Reis Tavares
Prefeitura da Cidade do Recife

Dedico este trabalho a minha mãe, Emerita Costa, que sempre me estimulou a estudar e que compreendeu minhas ausências, contudo fiz muitos *tradeoff*, priorizando-a. Fez a Santa Viagem e está na glória de Deus. Sua benção mamãe!!!

A meu pai, José Félix, que continua na caminhada de quase um século e com muitos planos.

Meu marido, Msc. Luiz Otaviano, amado Mestre da 1ª turma deste mestrado, continuou participando de todos os momentos, acredito que ele fez o curso novamente, amo demais.

Meus filhos, Victor Hugo e Paulo Guilherme, que cresceram em sabedoria e bondade, perpetuando o amor desde sempre.

A meus irmãos, Rildo, Wagner, Júnior, Márcio e Jefferson (*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

A todos os professores, particularmente a Prof^ª. Dr^ª. Tatiane Menezes, que compreendendo a importância dos estudos, disponibilizou-nos uma salinha, na qual fizemos jus, inclusive à noite e fim de semana. Agradecemos.

“Minha” orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Suely Arruda Vidal, sempre sorridente! Teve uma escuta única para meu aprendizado e em alguns momentos tornou-se conselheira, queria uma irmã assim! Aprendi muito, tanto na vida profissional como na pessoal. Obrigada!

Não podia esquecer-me de citar todas da sala da pós-graduação do IMIP, em especial Prof^ª. Dr^ª. Julia Melo e Msc. Nahãmi Cruz com as quais fizemos algumas parcerias, como também as administrativas, em especial, Maria José.

A Msc. Roseane Lemos, co-orientadora, obrigada pelo apoio técnico com clareza e segurança nas informações pertinentes.

Ana Ligia Passos, Mestre em Gestão e Economia da Saúde da 1ª turma, obrigada pela força e disponibilidade.

Aos administrativos do PPGGES, Tunísia Souza e Carlos Albuquerque, pela paciência com que nos orientaram.

Aos monitores, Msc. Rodrigo Arruda, Msc. Lucicleytom e Msc. Reili Amon-Há, pela dedicação e paciência.

Meus colegas do PPGGES turma 2014, um abraço bem grande em todos e em cada um, particularmente Flávio, Valdirene e Manuel Neto. Tivemos vários “momentos de estudante”. Obrigada por vocês terem passado em minha vida.

Agradeço aos colegas do plantão da pediatria, Enf^ª. Silvia Farias, Dr^ª. Joana Fioravanti, Dr^ª. Ana Cunha, Dr^ª. Renata Fernandes e Dr^ª. Dalva.

Meus colegas do Hospital Geral de Areias, onde atuo como fonoaudióloga, agradeço a Jocicleide Ferreira, por ter-me liberado para fazer o mestrado, as atendentes e aos pacientes.

Minhas colegas da auditoria, onde atuo como enfermeira auditora, agradeço e peço desculpas pelas lacunas deixadas devido minha participação neste mestrado.

“Tudo concorre para o bem daqueles que amam a Deus”

Deus tudo sabe, então...

“Senhor dê-me força para mudar o que pode ser mudado...
Resignação para aceitar o que não pode ser mudado...
E sabedoria para distinguir uma coisa da outra.”

São Francisco de Assis

“Sentimos saudade de certos momentos da nossa vida e de
certos momentos de pessoas que passaram por ela.”

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo analisar a eficiência das especialidades médicas na média complexidade em seis Policlínicas na cidade do Recife-PE. Estudo de abordagem quantitativa, descritiva, tendo como objeto os custos das consultas ofertadas/programadas e executadas no ano de 2014. Avaliou-se o desempenho de cada unidade quanto à produtividade profissional por especialidade médica e a eficiência microeconômica pelo valor monetário das consultas ofertadas e programadas e não realizadas. Os dados primários foram obtidos em entrevista com os gestores locais e os secundários de relatórios dos sistemas de informações SIA/SUS, CNES e outros municipais. Utilizou-se para análise estatística descritiva: frequências absolutas, relativas e médias de consultas programadas, realizadas e aprovadas e valores monetários por especialidade médica e por unidade. Os resultados estão apresentados em tabelas e figuras. As unidades não atingiram o valor monetário estimado segundo a capacidade ofertada e obtiveram índice de desempenho que variou de 47% (mínimo) a 67% (máximo), classificando os serviços em pouco eficientes ou ineficientes quanto à produção. Identificou que a programação orçamentária das unidades está aquém da capacidade produtiva dos profissionais e que a avaliação da eficiência não integra as atividades da auditoria municipal de saúde. Faz-se necessário sua incorporação desse tipo de auditoria para que se possa informar ao gestor sobre a produtividade e eficiência a fim de contribuir para o planejamento e reorganização das redes municipais, visando à melhoria do desempenho e da qualidade dos serviços.

Palavras-chave: Auditoria administrativa. Eficiência. Atenção secundária à saúde.

ABSTRACT

The aim of this research was to analyze the efficiency of the median complexity in six Polyclinics in the city of Recife-PE using information from specialized medical consultations. This was a descriptive study with a quantitative approach and as tracers the programmed and performed consultations in 2014. The performance of each unit was evaluated regarding the professional's productivity in his/her medical specialty and the microeconomic efficiency through the difference in the monetary value of programmed but unperformed programmed consultations. Primary data were obtained from interviews with local managers in order to confirm secondary data collected from information systems reports at SUS – Brazil's Public Health System: outpatients clinics (SIA), The National Register for Health Facilities (CNES), the Budget Programming File (FPO) and others municipal systems. The absolute and the relative frequencies, the annual mean programmed, performed and approved consultations, in addition to the monetary values paid by SUS were used for the descriptive analysis *per* medical specialty and *per* unit. The results are presented in tables and figures. The units did not reach the expected monetary value according to the offered capacity and few medical specialties fulfilled the number of programmed consultations. The performance index ranged from 47% (minimum) to 67% (maximum). It was identified that the Budget Programming for the units was lower than the productive capacity of the professionals involved and that routine evaluation of efficiency is not an activity undertaken by the municipal health audits. It is necessary to incorporate this type of audit so as to inform the health authorities, in order to plan and reorganize municipal networks, aiming to improve the quality and performance of the services. In order to monitor this activity we have proposed a measure based on the compliance of the consultations goals and a classification system for the units as being efficient, slightly efficient or inefficient, according to the percentage scores obtained, so as to stimulate both professionals and managers to achieve their best performances.

Keywords: Administrative Audit. Efficiency. Health Services Evaluation. Secondary Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa do Recife, segundo divisão administrativa territorial e distritos sanitários. Recife, 2013.	25
Figura 2 - Potencial de consultas médicas e as consultas apresentadas em valores monetários por Policlínicas em 2014. Recife, 2016.	41
Figura 3 - Potencial de consultas médicas e as apresentadas provadas em valores monetários com os respectivos percentuais de desempenho, por Policlínicas em 2014. Recife, 2016.	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da carga horária, capacidade potencial e produção financeira de consultas apresentadas e aprovadas; desempenho e diferença dos valores segundo especialidades médicas em 2014 na Policlínica 1.	31
Tabela 2 - Distribuição da carga horária, capacidade potencial e produção financeira de consultas apresentadas e aprovadas; desempenho e diferença dos valores segundo especialidades médicas em 2014 na Policlínica 2.	33
Tabela 3 - Distribuição da carga horária, capacidade potencial e produção financeira de consultas apresentadas e aprovadas; desempenho e diferença dos valores segundo especialidades médicas em 2014 na Policlínica 3.	35
Tabela 4 - Distribuição da carga horária, capacidade potencial e produção financeira de consultas apresentadas e aprovadas; desempenho e diferença dos valores segundo especialidades médicas em 2014 na Policlínica 4.	37
Tabela 5 - Distribuição da carga horária, capacidade potencial e produção financeira de consultas apresentadas e aprovadas; desempenho e diferença dos valores segundo especialidades médicas em 2014 na Policlínica 5.	39
Tabela 6 - Distribuição da carga horária, capacidade potencial e produção financeira de consultas apresentadas e aprovadas; desempenho e diferença dos valores segundo especialidades médicas em 2014 na Policlínica 6.	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
CBO	Código Brasileiro de Ocupações
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CH	Carga Horária
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRAC	Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade
CP	Capacidade Potencial
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DS	Distrito Sanitário
EC-29	Emenda Constitucional 29
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FPO	Ficha de Programação Orçamentária
GGAA	Gerência Geral de Auditoria Assistencial
GGMAIES	Gerência Geral de Monitoramento, Avaliação, Informação Estratégicas em Saúde.
GM/MS	Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
LC/141	Lei Complementar 141
MAC	Média e Alta Complexidade Ambulatorial
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência a Saúde
NOB-SUS	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMR	Plano Municipal de Recife
RPA	Regiões Político-Administrativas
SECG	Secretaria Executiva de Coordenação Geral

SAD	Serviço Atenção Domiciliar
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SISREG	Sistema de Regulação
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimento
SISAUD	Sistema de Auditoria
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
SUS	Sistema Único de Saúde
TABNET	Tabulador Genérico para a Internet
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.2	OBJETIVOS	16
1.2.1	Geral	16
1.2.2	Específicos.....	16
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	17
2.1	Eficiência em saúde	17
2.2	Auditoria assistencial	19
2.3	Financiamento da saúde	21
3	MÉTODOS	25
3.1	Desenho de estudo.....	25
3.2	Local do estudo e período	25
3.3	Seleção das unidades de estudo	25
3.4	Instrumento de coleta e fonte de dados	26
3.5	Plano de análise.....	28
3.6	Aspectos éticos.....	28
3.6.1	Avaliação de Riscos e Benefícios.....	28
4	RESULTADOS	30
5	DISCUSSÃO	42
6	CONCLUSÃO.....	46
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS/RECOMENDAÇÕES	47
	REFERÊNCIAS	48
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	52
	APÊNDICE B – Consentimento da Participação da Pessoa como Voluntário ...	54
	APÊNDICE C – Questionário.....	55
	APÊNDICE D – Termo de Compromisso e Confidencialidade.....	57
	ANEXO A – Carta de Anuência	58
	ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP.....	59
	ANEXO C – Autorização do Uso de Dados	60

1 INTRODUÇÃO

O interesse por este estudo surgiu a partir das realizações de auditorias nas unidades da rede de saúde pública municipal, onde foram identificadas falhas nos registros de consultas preconizadas de acordo com os parâmetros da programação física orçamentária estabelecida pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para as especialidades médicas e a oferta do município no Sistema de Regulação (SISREG). Tal problema, provavelmente, poderia ser devido ao preenchimento inadequado e/ou incompleto dos Boletins de Procedimentos Ambulatoriais (BPA), ou ainda problemas de identificação de profissionais nos Cadastros Nacionais de Estabelecimentos de Saúde (CNES) ou, simplesmente, erro de digitação, gerando ausência/insuficiência na produção ambulatorial conforme os registros observados no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).

A partir da análise dos dados, verifica-se que a Média e Alta Complexidade gasta a maior parte dos recursos transferidos mensalmente pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos estados e municípios para custeio dessas ações segundo o pactuado na Programação Pactuada e Integrada (PPI) (BRASIL, 2010).

Com a implementação do Pacto pela Saúde, em 2002, os recursos federais, referentes aos incentivos financeiros, destinados ao custeio de ações e serviços da saúde, passaram a ser distribuídos em seis blocos de financiamento, constituindo assim componentes, em concordância com as especificidades de ações e os serviços de saúde pactuados. O financiamento do Bloco destinado a Atenção de Média e Alta Complexidade é constituído pelos componentes do limite financeiro da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC) e fundo de ações estratégicas e compensação (FAEC).

Para fins de avaliar, acompanhar e auditar serviços, ações, produção de atividades e o uso dos recursos financeiros, foi implantando, após a criação do SUS, o Serviço Nacional de Auditoria (BRASIL. Lei nº 8.689/1993). Uma das suas atribuições é realizar “*Auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial.*” Atua como ferramenta de gestão para o controle técnico-científico, contábil, financeiro e patrimonial das ações e

serviços de saúde, apoiado em base normativa, reafirmado em 2006 no Pacto pela Vida (BRASIL, 2006) e no Decreto N.º 7.508, de 2011¹.

Neste contexto, esta pesquisa pretende identificar e analisar a eficiência financeira quanto à produção de consultas médicas especializadas nas unidades de média complexidade, pretendendo contribuir com recomendações para o aperfeiçoamento da auditoria assistencial do município.

Este trabalho está organizado em seções. Na seção I expomos os objetivos da pesquisa. A Revisão Bibliográfica compõe a seção II, está subdividido em três partes: na primeira, introduzimos o conceito de Eficiência em Saúde, quanto à produtividade e aos custos; na segunda, introduzimos o tema Auditoria em Saúde e discorremos sobre este tipo de avaliação normativa, a qual compara os dados observados na prática, com os padrões definidos em bases legais, Leis, Decretos, Normas e Portarias, para julgar a adequação, é útil como ferramenta de gestão e visa, ao final, à melhoria da qualidade da assistência. E, na terceira, fizemos uma breve descrição sobre o financiamento da saúde pública, esboçando a origem e composição dos recursos, os blocos e tipos de financiamento, a contribuição de cada esfera, assim como, a transferência e o instrumento de cobrança.

Na seção III, o Método, no qual delineamos a estratégia adotada para o alcance dos objetivos, o desenho, o período, o local, a seleção e os instrumentos de coleta do estudo. Na seção IV, apresentamos os Resultados, em forma de quadros, tabelas e figuras - histogramas, e destacamos os pontos mais importantes.

Na seção V, fizemos a Discussão, discorremos sobre nossas interpretações dos resultados e dialogamos com os alguns autores que estudam e publicam sobre o assunto. Na seção VII, apresentamos as Considerações Finais e Recomendações, encerrando o trabalho. E, relacionamos as Referências utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa.

Ainda constam neste volume de Dissertação, os Apêndices e Anexos, entre os quais o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o Consentimento da Participação

¹ Decreto N.º 7.508, de 2011 da Presidência da República, publicado no DOU de 21/06/2011.

da Pessoa como Voluntário, o Questionário, a Carta de Anuência da instituição onde desenvolvemos o trabalho, o Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, o Termo de Compromisso e Confidencialidade e a Autorização do uso de dados.

Espera-se que este trabalho melhore a contribuição dos auditores, sugerindo ao gestor municipal e distrital informações pertinentes às unidades de saúde quanto ao desempenho, para o planejamento e reorganização das ações de saúde na rede municipal, possibilitando melhor alocação de recursos humanos e financeiros que se traduz ao final, em melhoria da qualidade dos serviços ofertados.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Geral

Analisar a eficiência produtiva e financeira nas unidades de média complexidade do Recife em 2014, a partir das consultas médicas especializadas.

1.2.2 Específicos

- a) Calcular a capacidade potencial de consultas médicas especializadas nestas unidades selecionadas;
- b) Identificar o número de consultas realizadas por especialidades médicas e por Policlínicas;
- c) Calcular o desempenho profissional por especialidade médica e por Policlínica;
- d) Contabilizar o valor monetário total das consultas médicas a ser pago pelo SUS de acordo com a capacidade programada/ofertada e realizada.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Eficiência em saúde

A eficiência foi um termo introduzido na saúde por Donabedian na década de 1960 como um atributo da qualidade de saúde na área de avaliação das intervenções, sendo esta uma ação, um programa, um serviço, ou até um sistema de saúde (ALMEIDA, 2002; DONABEDIAN, 1990). Foi definida por este autor como o volume máximo de produção, que em nosso estudo trata-se da produção de consultas médicas, em relação à estrutura disponível, número de profissionais e os recursos físicos e materiais (produtividade), ao menor custo financeiro (DONABEDIAN, 1990b; MANKIW, 2005). Autores brasileiros também adaptaram este conceito, como Vieira (2004) que conceituou como a relação entre o impacto social e o custo das ações.

Outro significado para este termo foi dado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2000, quando incorporou o aspecto social e o definiu como o grau com que o sistema de saúde realiza a contribuição máxima possível às metas sociais, em função dos recursos disponíveis, interna e externamente ao setor (WHO, 2000).

Folland faz referência a vários tipos de eficiência, entre elas a alocativa, que é a capacidade de alocar os recursos econômicos da melhor maneira possível. Já a eficiência econômica, quando se aproveita todas as oportunidades para extrair o máximo de benefício por meios voluntários (FOLLAND, 2008).

No entanto, as Secretarias de Saúde de Pernambuco e do Recife usam a palavra desempenho para medir a eficiência produtiva ou produtividade, e o resultado é usado como estímulo financeiro para o alcance da meta (RECIFE, 2014). A eficiência produtiva se refere à relação entre os efeitos, (número de consultas, de procedimentos, entre outros) e as entradas (número de profissionais, carga horária, em outras palavras, insumos), ou seja, revela a eficiência como sendo a capacidade de produção, e por essa razão é frequentemente confundida com produtividade (MARIANO, 2007).

A avaliação de desempenho dos recursos humanos tem sido utilizada também para decisões administrativas, no sentido de premiação, como se faz em Pernambuco, ou de promoção, mas também no sentido inverso, de punição e demissão. Pode ainda ter

como objetivo contribuir para o aperfeiçoamento profissional e estimular o trabalho de cooperação na equipe, entre outros, visando melhorar a qualidade dos serviços prestados à comunidade (BALBUENO; NOZAWA, 2004).

Viacava e col. (2004) avaliaram o desempenho do sistema de saúde brasileiro e conceituando-o para além da eficiência, a qual foi definida como relação entre o produto da intervenção de saúde e os recursos utilizados. Outros atributos, como acesso, eficiência, efetividade e adequação, tem na sua composição, a eficiência como medida que utiliza o indicador “tempo”, por exemplo, o tempo de internação hospitalar. (VIACAVA, 2012).

Para análise de desempenho profissional, é importante a definição de quais os indicadores de desempenhos seriam tradutores da eficiência financeira de uma unidade de saúde. Contudo, não se tem a cultura de buscar informações sobre o desempenho administrativo dos gestores (DINIZ *et al.*, 2012).

Apesar disso, há outros métodos para se avaliar a eficiência em saúde, um dos quais foi desenvolvido pelo grupo canadense da Universidade de Montreal, que pode ser realizado por meio da Avaliação Normativa, ancorada no modelo sistêmico de Donabedian (1990c) e a Pesquisa Avaliativa.

A Avaliação Normativa compara as dimensões estrutura, processo e resultado encontrados no mundo real às normas existentes para determinada intervenção e os resultados são julgados. A Pesquisa Avaliativa é mais complexa, se apoia em métodos científicos e modelos teóricos para consecussão da análise e se decompõe em seis tipos, a depender do objetivo, dentre estes existe a análise dos rendimentos ou da eficiência. Esta relaciona os insumos (estrutura) e as atividades desenvolvidas para produção dos efeitos, agregando o valor monetário dos elementos de cada dimensão, mediante as análises de custo-efetividade, custo-utilidade, custo benefício e custo de minimização, a depender do tipo de efeito (CHAMPAGNE; CONTANDRIOPOULOS *et al.* , 2011).

Outra forma muito utilizada para avaliar eficiência nos serviços de saúde pública e privada é por meio da realização da Auditoria, que se apoia no arcabouço legal. Nesse sentido, é tida como instrumento de gestão e no contexto de um Sistema de Saúde assume também a missão de avaliar a eficiência, eficácia, efetividade e economicidade das ações e serviços de saúde, prestando cooperação técnica e propondo medidas

corretivas, subsidiando o planejamento e o monitoramento com informações validadas e confiáveis (BRASIL, 2011).

2.2 Auditoria assistencial do SUS

A auditoria é uma atividade profissional que avalia e acompanha as ações de saúde, conforme padrões e normas técnicas e científicas, amparada em Leis, Portarias, Decretos e outros documentos oficiais, respeitando-se a autonomia e os preceitos éticos que ditam as ações individuais, as relações humanas e sociais. Pressupõe assim a avaliação e revisão de documentos e registros para verificação da qualidade da assistência, com o propósito de garantir a eficiência dos serviços (CAMELO; PINHEIRO; CAMPOS, 2009; MARQUES; ALMEIDA, 2004).

Visto que a Auditoria é um instrumento que fortalece o SUS, já tinha sido tratada na Lei 8080/90 como mecanismo de controle técnico e financeiro para regular as ações e os serviços de saúde, nas três esferas de governo. Salienta-se que o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) no âmbito do Ministério da Saúde (MS) foi instituído em 1993, pela Lei nº 8.689, como um sistema descentralizado, e foi regulamentado pelo Decreto nº 1651/1995 (BRASIL. LEI 8080/90, 1995). O SNA exerce as funções de controle da execução, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento; avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade, entre outras (BRASIL, 2011, DECRETO Nº 1.651/1995).

Há países, como Portugal (MARQUES; ALMEIDA, 2004), e Itália (MENEGUZZO, *et al.*) que instituíram a Auditoria formada por cidadãos, também conhecida como “Auditoria Cívica”, como forma de assegurar a sustentabilidade, a qualidade da atenção e o interesse coletivo (MELO, 2009).

A operacionalização da auditoria é realizada pelo órgão gestor local, a qual analisa a alocação e a utilização adequada dos recursos financeiros, humanos e disponibilidade de equipamentos, com o propósito de garantir o acesso e a qualidade da assistência à saúde oferecida aos usuários (BRASIL, 2007), apontando ao gestor, de

forma transparente, quanto ao funcionamento e a qualidade dos serviços (COSTA, 2012).

Na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS-01/96 (BRASIL, 1997) foi estabelecida a estruturação dos componentes do SNA nos três entes da Federação. Enquanto na Norma Operacional da Assistência a Saúde- NOAS-01/2002 define que para aderir à condição de Gestão Plena do Sistema Municipal deveria-se comprovar a existência da auditoria no componente municipal (GM/NOAS-01/2002).

A Portaria GMMS 1069/99, regulamentou o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) como órgão federal do sistema. Já o Decreto nº 3.496/2000 reorganizou o SNA e aumentou as competências do DENASUS, estabelecendo ações de acompanhamento da programação aprovada e aplicação dos recursos repassados aos gestores das três esferas (BRASIL, 1999).

A fim de sistematizar as informações obtidas nos processos de auditoria e facilitar o acompanhamento, controle e produção das informações no âmbito federal do SNA, integrando os três entes do SNA, foi desenvolvido o Sistema de Auditoria (SISAUD) por meio da Portaria MS/GM n. 1.467/2006 e, posteriormente, o SISAUD / SUS, que é oficialmente a ferramenta fundamental da auditoria no âmbito público (BRASIL, 2006).

Para Almeida (2002), a Auditoria faz parte dos Programas de Qualidade e Eficiência do SUS, nos quais se desenvolvem ações para assegurar a qualidade da assistência prestada pelo SUS e a eficiência da aplicação de recursos disponibilizados pelo Governo Federal (ALMEIDA, 2002).

No Brasil a auditoria mostra, por meio da análise e verificação *in loco*, a possibilidade de avaliar a qualidade dos processos de trabalho dos prestadores, sistemas e serviços, bem como a necessidade de melhoria, ressaltando as atividades preventivo-corretivas e saneadoras (BRASIL, 2011).

Em Recife, o Sistema Municipal de Auditoria Assistencial do SUS é integrado ao Sistema Nacional de Auditoria (SNA) e foi instituído pelo Decreto nº 25.080/2010, que aprova seu regulamento. Em conformidade com este decreto no Art. 14, refere que

a Auditoria Assistencial/SUS/Recife será realizada por meio de exames analíticos e periciais, sendo importante ressaltar que no § 2º o relatório deverá conter, entre outros aspectos, informações evidenciadas no inciso I, sobre o desempenho da unidade confrontado com as metas pactuadas pelo gestor (RECIFE, 2010).

De acordo com o Plano Municipal de Recife – PMR, a auditoria é um dos pilares para desenvolvimento da cultura de transparência na administração pública. A auditoria é responsável pela verificação e adequação aos requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes e determina se as ações e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas. Possibilita avaliar a qualidade dos processos, sistemas e serviços mostrando a necessidade de melhoria ou de ação tríplice de prevenção, correção e sanear algumas situações na governabilidade da mesma, sem perder a oportunidade de agir e educar. Tem como objetivo propiciar ao gestor do SUS informações necessárias ao exercício de um controle efetivo, e contribuir para o planejamento e aperfeiçoamento das ações de saúde (RECIFE, 2014).

As atividades de auditoria em saúde, no Recife, são baseadas em dois tipos (Programada e Especial), compreendendo duas fases (Analítica e a Operacional), sendo que quanto à natureza pode ser classificada como Regular ou Ordinária/ programada ou ainda, Especial/ Extraordinária. Ressalta-se que no organograma do município, a Gerência Geral de Auditoria Assistencial–GGAA está diretamente vinculada a Secretaria Executiva de Coordenação Geral – SECG (RECIFE, 2010).

2.3 Financiamento da saúde

Fazendo-se uma retrospectiva sobre as questões de saúde pública no Brasil, observa-se que a princípio a mesma era tratada como demanda de misericórdia, na qual os excluídos do processo econômico formal eram atendidos pelas Santas Casas de Misericórdia. Somente com a criação da Previdência Social em 1923, com a Lei Elói Chaves, houve a garantia da aposentadoria e pensão à família do segurado, facilitando acesso aos bens e serviços de saúde (JORGE, 2006).

Neste contexto, a Previdência era subordinada às políticas sociais, às políticas de ajuste fiscal, às condições socioeconômicas e aos níveis de desigualdade não permitindo implementar a universalidade da saúde, gerando dilemas de equidade como filas,

informação privilegiada e indisponibilidade de vagas. Com a Constituição Federal (CF) de 1988, também chamada de cidadã, a qual determinou que a Saúde fosse introduzida na Seção da Seguridade Social, ampliando assim o direito universal do acesso aos bens e serviços de saúde, associado ao conceito de cidadania e possibilitando a garantia do direito à saúde. Deste momento em diante materializou-se a universalidade, a integralidade e a equidade em saúde, bem como a ampliação da participação da sociedade nos fóruns de discussão, no planejamento e monitoramento da política pública de saúde (BRASIL, 2009).

Contudo, no Art. 198 da Constituição Federal, foi estabelecida a origem do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), em cada esfera de governo, que provém das seguintes fontes: Contribuições Sociais, recolhidas pelas empresas; do trabalhador; dos segurados da previdência social, da receita de loterias e jogos; do importador de bens ou serviços. Como também da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), extinta em 2008 (JORGE, 2006).

De acordo com o Glossário do Portal Saúde Transparente (BRASIL, 2013), o financiamento foi dividido em Blocos e, com a efetivação da Portaria GM/MS nº 399/2006, que aborda do Pacto pela Saúde, há uma determinação de que os recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços da saúde passam a ser divididos em seis blocos de financiamento listados da seguinte forma: assistência farmacêutica, atenção básica, média e alta complexidade, gestão, investimentos e vigilância em saúde (BRASIL, 2006).

Nesses blocos de financiamento a transferência é fundo a fundo e ficou determinado que cada um deles, disponibiliza seus recursos financiados para as próprias ações. Portanto, ao que cabe a atenção de Média e Alta Complexidade (MAC) são os que constituem o Limite Financeiro¹ da Média e Alta Complexidade tanto Ambulatorial como Hospitalar dos entes federados. E para os procedimentos pagos por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). Esse recurso é baseado na série histórica de custo da ação para que haja uma agregação ao Teto MAC (BRASIL. PORTARIA GM/MS nº 399/2006). No FAEC estão os recursos custeados por um período determinado, seis meses, para permitir a formação da série histórica necessária à sua agregação ao componente MAC, está fora do limite financeiro municipal

(BRASIL. PORTARIA Nº 373/ 2002)², chamado extra-teto, ocorre por intermédio das novas portarias realizadas a partir de uma nova demanda. São procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC), como os transplantes e procedimentos vinculados, as ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário e implementadas com prazo pré-definido e os novos procedimentos (PESCUMA-JUNIOR; MENDES, 2015).

No intuito de regulamentar o repasse desses recursos, foi instituída a Portaria GM/MS nº 204 em 2007, que reforça os blocos de financiamento estabelecendo que as transferências dos recursos federais aconteçam mediante uma programação anual (BRASIL. PORTARIA nº 204-GM/MS, 2007).

A fim de normatizar ao que pede o § 3º do art. 198 da Constituição Federal (CF), foi instituída a Lei Complementar (LC) 141/2012 que versa sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pelas três esferas de governo, em ações e serviços públicos de saúde determinando os critérios de rateio das transferências para a saúde, bem como as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde. Essa lei estabeleceu que os percentuais mínimos a serem disponibilizados para saúde determinado ao município é de 15% de suas receitas; aos Estados corresponde 12% de suas receitas e a União caberá o valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da Lei Orçamentária Anual – LOA (BRASIL. MS/LC 141, 2012).

No Recife, conforme o Plano Municipal de Saúde (PMS) do quadriênio 2014-2017 observa-se o acatamento das recomendações citadas na Emenda Constitucional 29/2002 (EC 29) efetivando o percentual mínimo exigido de 15% desde 2004. Com o advento da LC 141/2012, a Prefeitura tem se comprometido em expandir os valores desses recursos (RECIFE, 2014).

² Portaria Nº 373/2002 - limite financeiro da assistência é a quantia máxima dos recursos federais que poderão ser gasto com os serviços existentes no municipal.

Esses investimentos favorecem a interligação entre os níveis de atenção. Faz-se relevância à atenção secundária, que é o foco desta pesquisa, valorizando o fortalecimento e qualificação da atenção especializada, propondo ações para melhorar os serviços terapêuticos e de apoio diagnóstico estendendo a oferta dos mesmos, realizando as reformas estruturais necessárias e enaltecendo a gestão eficiente das escalas de profissionais, garantindo assim um fluxo ordenado de referencia e contra referencia para os usuários, implantando nessas unidades sistemas informatizados e interligados com toda a rede de saúde do município (RECIFE, 2014).

3 MÉTODO

3.1 Desenho e período do estudo

Estudo de observacional, descritivo de abordagem quantitativa, do tipo corte transversal, tendo como período de referência o ano de 2014.

3.2 Local do estudo

Este trabalho foi realizado no município de Recife, cidade dividida em 94 bairros aglutinados em seis Regiões Político-Administrativas (RPA). Para o setor de saúde até 2014, cada RPA correspondia a um Distrito Sanitário (DS), que era em número de seis.

Figura 1- Mapa do Recife, segundo divisão administrativa territorial e distritos sanitários, Recife, 2013.



Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/Diretoria de Planejamento, 2013

3.3 Seleção das unidades do estudo

Participaram do estudo seis Policlínicas das doze existentes no município no ano de 2014. Os critérios de inclusão foram quanto à classificação unidade de nível secundário com atendimento médico especializado, exclusivamente ambulatorial.

Foram selecionadas Policlínicas dos seguintes Distritos Sanitários (Figura 1): DS I, DS II, DS III, DS IV e DS VI. Todas estas unidades recebem financiamento MAC, apenas uma recebe além deste, o FAEC, ou seja, nesta unidade tem procedimentos que são regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC).

3.4 Instrumentos, fontes e coleta de dados

Para os dados primários foi elaborado um formulário com perguntas semiestruturadas dirigidas aos gestores locais das Unidades aplicadas por meio de entrevistas e um quadro tipo *checklist* para confirmar as informações obtidas dos sistemas.

Para os dados secundários foram elaboradas planilhas eletrônicas Excel® contendo as variáveis de interesse coletadas nos bancos de dados dos Sistemas de Informação do SUS e relatórios internos de cada unidade de saúde selecionada. Foram utilizados: número de médicos por especialidade, carga horária semanal, número de consultas médicas realizadas por especialidades, metas quantitativas de consultas médicas programadas por especialidades, valores monetários aprovados para cada Policlínica.

A capacidade potencial de consultas é definida na Portaria GM/MS 1101/2002 (BRASIL, 2002), o médico com 20 horas semanais deve realizar 04 consultas/hora, gerando 80 consultas por semana e 320/mês, multiplicado por 11 (meses trabalhados), exceto o Psiquiatra que com 20 horas deve atender 03 consultas/hora. Contudo, a média de oferta de consultas fornecidas pelo setor de regulação do município (SISREG) é 240 consultas/mês (o que equivale a 25% do recomendado pela Portaria), número que foi utilizado nesta pesquisa para manter o mesmo parâmetro municipal.

No quadro 1 a seguir encontram-se dispostos os sistemas, tabelas e relatórios utilizados para a consecução do trabalho.

Quadro 1 – Instrumentos e Sistemas de informação utilizados para obtenção dos dados: conceito, finalidade e usos. Recife, 2016

SIGLAS	CONCEITO	FINALIDADE	USO
FPO	É o instrumento de programação do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA)	Viabiliza ao Gestor efetuar a programação do SIA/SUS nos estabelecimentos de saúde, de acordo com o nível de organização e/ou procedimento, bem como, com a Programação Pactuada da Assistência – PPA.	Identificar as metas municipais estabelecidas na PPA.
SIA	Centraliza a produção de cada estabelecimento de saúde	Registra os atendimentos os procedimentos e os tratamentos realizados em cada estabelecimento. Revela a produção apresentada e aprovada.	Identificar a produção e os valores aprovados dos prestadores do SUS de acordo a programação física orçamentária do município.
CNES	Centraliza o cadastro dos estabelecimentos de saúde com seu pessoal e equipamentos.	Disponibiliza todas as informações dos estabelecimentos de saúde e dos profissionais.	CNES válido, serviço oferecido classificação; tipo de prestador; nível de hierarquia, CBO, profissionais ativos e desligados.
Tabelas SIGTAP/ SUS	Tabela de procedimentos, medicamentos, orteses, próteses e medicamentos do SUS.	Identificação do código do procedimento; grupo, subgrupo e forma de organização; descrição dos procedimentos e Código Brasileiro de Ocupação (CBO) habilitado; tipo de serviço; modalidade; competência, complexidade e tipo de financiamento, instrumento utilizado e o valor do procedimento.	Identificação dos CBOs e as competências; código de procedimentos; valores dos procedimentos.
Relatório de ocorrência na consistência	Identificação das inconsistências.	Define os erros encontrados no SIA/SUS. Verifica o grupo de procedimento, código do erro e a quantidade.	Identificar as incoerências nas informações ao sistema; define os erros e a quantidade. Erros mais frequentes: CBO não cadastrado no CNES; Procedimento não cadastrado na competência; Procedimento sem orçamento; Procedimento que exige classificação ou não está cadastrado no CNES.
BPA/ APAC	Instrumentos que alimentam o SIA/SUS.	Registro das atividades/exames de alta complexidade realizados nas unidades ambulatoriais.	Alimentar o sistema e verificar a produtividade.

Fontes: Manual Técnico Operacional SIA/SUS;
Manual da Programação Físico Orçamentária Ambulatorial – FPO;
Manual de Operação do Sistema – Boletim de Produção Ambulatorial - BPA;
Manual Operacional de Regulação do Acesso Ambulatorial-Recife;
Manual de Operação do SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

3.5 Plano de análise

Para análise foi utilizada a estatística descritiva simples através de frequências relativas e médias.

Fez-se a análise do desempenho pelo cálculo percentual do quantitativo anual de consultas apresentada/aprovadas, de acordo com o SIA/SUS, por especialidade clínica e por Policlínica. Para a eficiência financeira foi multiplicado o valor monetário do procedimento estabelecido na Tabela Sigtap/SUS (R\$10,00) pelo número de consultas especializadas apresentadas e das oferecidas pelo Sisreg e calculou-se o percentual. Depois se comparou aos valores financeiros previstos na Ficha de Programação Orçamentária – FPO para cada Policlínica. Construíram-se seis planilhas em Excel®, contendo Especialidades médicas, CH, Capacidade Potencial/ano (R\$), Produção Aprovada (R\$), Desempenho (%) e Diferença de valores (R\$).

Para construir os gráficos foram utilizados os dados das planilhas de Excel®, elaboradas e formatadas em colunas com escalas gráficas de milhões.

3.6 Aspectos éticos

Este estudo segue os preceitos da Resolução 466/12 para pesquisa com seres humanos e foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), sob o nº 1.365.538. Antes de iniciar a pesquisa foi requerida uma Carta de Anuência à Secretaria Municipal de Saúde para acesso aos bancos de dados das Policlínicas selecionadas, a qual foi liberada e se encontra em anexo (nº 1). Os gestores foram convidados a participar da entrevista e os que aceitaram, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (Apêndice A).

3.6.1 Avaliação de riscos e benefícios

Este estudo não apresenta maiores risco visto utilizar bancos de dados secundários, ao qual se garante a confidencialidade das informações. É possível que haja algum risco de constrangimento causado pela entrevista, que será minimizado com a garantia de anonimato, realização em local reservado, conforme preferência da data e

horário do entrevistado, assim como a garantia de sigilo e de guarda em local protegido e seguro, de acordo com o Termo de Compromisso e Confidencialidade assinado pela pesquisadora (Apêndice X). Quanto aos benefícios, conjecturam que esses resultados poderão ser revertidos para melhorar o acesso, a eficiência dos serviços e a qualidade da atenção oferecida à população.

4 RESULTADOS

Foram analisadas seis Policlínicas da rede de saúde municipal, cujos dados deram origem as tabelas e os histogramas. Identificou-se que nenhuma atingiu a meta esperada de acordo com a oferta do município. Contudo algumas especialidades, individualmente, ultrapassaram o número de consultas ofertadas e, consequentemente, tendo 100% de desempenho, produtivo e financeiro.

Encontrou-se muita divergência de informações entre os sistemas consultados. As mais frequentemente observadas foram: manutenção de profissionais já afastados dos serviços (aposentados, transferidos ou com contratos finalizados) na listagem do CNES, mas sem registro de produção no SIA/SUS.

Estes parâmetros têm por objetivo avaliar a capacidade de produção dos equipamentos e recursos, sejam eles, humanos, materiais ou físicos bem como os serviços oferecidos.

Contudo, a média de oferta de consultas fornecidas pelo setor de regulação do município (SISREG) é 240 consultas/mês e o não cumprimento da meta pode gerar dificuldade no acesso da população, que busca por este tipo de assistência, ressalta-se que demanda reprimida e insatisfação dos usuários com os serviços, além de elevar o custo para o município com a consequente necessidade de assistência em outros níveis de atenção com custos monetários mais onerosos, pois o acesso tardio poderá promover complicação, cronificação ou até mesmo a morte desses usuários.

O deficit financeiro do município foi embasado na oferta de consultas, representando um montante de R\$ 1.450.990,00.

Na Tabela 1 identifica-se que o desempenho geral da Policlínica I, foi de 66%, com maior contribuição dos Cardiologistas que produziram 151.210 consultas/ano, representando um desempenho de 95%.

A diferença financeira relativa à oferta da Policlínica foi negativa (R\$ - 308.100,00), cujo cálculo foi explicado anteriormente, revela o *deficit* financeiro da unidade.

Outras informações não constantes na tabela referem-se à Nefrologia, cujo profissional estava registrado no CNES, com oferta de consultas durante o ano de 2014 segundo as informações fornecidas pelo SISREG, porém não apresentou produção no SIA/SUS.

Outro caso foi à especialidade de Angiologia, também cadastrada no CNES, porém em situação inversa, não estava sendo ofertado na regulação, mas apresentou uma produção de 5.280 consultas/ano no SIA/ SUS. Segundo o gestor entrevistado, há dois Angiologistas que fazem o atendimento na unidade.

Ocorrência divergente aconteceu na Clínica Médica, na qual constam seis médicos cadastrados no CNES, porém sem oferta e sem produção de consultas no SIA/SUS. De acordo com a entrevista ao gestor, esses profissionais estão contratados para atuar no Serviço Atenção Domiciliar (SAD).

A Policlínica I produziu R\$ 589.500,00 em consultas médicas sendo que a FPO estimada para esta ação foi de apenas R\$ 200.000,00/ano. Representando um excesso de consultas, ou então, que esta estimativa está muito abaixo do que eles podem produzir.

Tabela 1 - Distribuição da carga horária, oferta e produção financeira de consultas apresentadas e aprovadas; desempenho e diferença dos valores segundo especialidades médicas em 2014 na Policlínica I. Recife, 2016

Especialidades médicas	CH*	Oferta consultas/Ano (R\$)	deProdução aprovada (R\$)	Desempenho (%)	Diferença de valores (R\$)
Angiologia	40	52.800,00	18.930,00	36	-33.870,00
Cardiologia	120	158.400,00	151.210,00	95	-7.190,00
Endocrinologia	200	264.000,00	152.110,00	58	-111.890,00
Oftalmologia	320	422.400,00	267.250,00	63	-155.150,00
Total	-	897.600,00	589.500,00	66	- 308.100,00

Fonte: CNES; SIA/SUS; SMS referente ao ano 2014.

Nota: *Somatório da CH semanal por especialidade

Na Policlínica II verificou-se um desempenho 50%, apenas a especialidade de Psiquiatria obteve um índice de produtividade de 83%, apresentando produção de 4.367 e valor aprovado de R\$ 43.670,00. No extremo inferior tem-se a Pneumologia com desempenho de apenas 6%, que de acordo com o sistema da regulação tinha uma agenda de consultas ofertadas durante todo o ano, porém só produziu 153 consultas, referentes a dois meses de produção.

Esta unidade também apresentou problema no registro do CNES para Hansenologia e Pré-Natal de Alto Risco que foram ofertados, mas não tiveram produção exibida no SIA/SUS. Tal incongruência gerou 16 inconsistências de procedimento que não foi aprovado por falta de cadastro dos profissionais. Na entrevista, o gestor argumentou que provavelmente a produção foi apresentada com o número do Código Brasileiro de Ocupações (CBO) do médico Dermatologista e Gineco-Obstetra, respectivamente.

O Otorrinolaringologista e o Urologista estão inscritos no CNES tendo sido ofertadas as consultas, entretanto, não houve registro de produção. Ressalta-se que a especialidade de Otorrinolaringologia, gerou quatro inconsistências referentes às consultas, uma vez que exige uma classificação e não está cadastrado no CNES, por este motivo não constam na tabela.

Esta unidade produziu R\$ 242.880,00 só em consultas médicas e segundo registro no FPO o acordo seria de apenas 28.000,00, tendo produzido R\$214.880,00 a mais, revelando que a programação física é estimada em números muito baixos, constatando-se que na realidade os especialistas produzem muito mais, porém esta produção ainda está abaixo do que é esperado para a oferta.

A diferença financeira relativa à oferta da Policlínica foi negativa (R\$ - 241.120,00), cujo cálculo foi explicado anteriormente, revela o *deficit* financeiro da unidade.

Tabela 2 - Distribuição da carga horária, oferta e produção financeira de consultas apresentadas e aprovadas; desempenho e diferença dos valores segundo especialidades médicas em 2014 na Policlínica 2. Recife, 2016

Especialidades Médicas	CH*	Oferta de consulta/Ano (R\$)	Produção aprovada (R\$)	Desempenho %	Diferença (R\$)
Cardiologia	20	26.400,00	20.730,00	79	-5.670,00
Clínico	40	70.400,00	25.940,00	37	-44.460,00
Dermatologia	60	79.200,00	4.560,00	6	-74.640,00
Gastroenterologia	20	26.400,00	10.250,00	39	-16.150,00
Geriatria	20	26.400,00	20.310,00	77	-6.090,00
GO**	40	70.400,00	37.440,00	53	-32.960,00
Neurologia	20	26.400,00	18.670,00	71	-7.730,00
Pediatria	60	79.200,00	59.780,00	75	-19.420,00
Pneumologia	20	26.400,00	1.530,00	6	-24.870,00
Psiquiatria	40	52.800,00	43.670,00	83	-9.130,00
Total	-	484.000,00	242.880,00	50	-241.120,00

Fonte: CNES; SIA/SUS; SMS referente ao ano 2014.

Notas: *Somatório da CH semanal por especialidade

**GO - Ginecologia e Obstetrícia

Na tabela 3 observa-se que a Policlínica III apresenta um desempenho de 56%, devido à atuação do Psiquiatra, Clínico e Gastroenterologia que colaboraram com 115%, 107% e 107%, respectivamente.

Foram observadas também algumas discrepâncias referentes à ausência de cadastro no CNES de Hansenologia, Pré-Natal de Alto Risco e Hebeatria, pois estavam sendo ofertados, mas não mostraram produção no SIA/SUS. Tal ocorrência proporcionou um total de 42 inconsistências, devido a procedimento que não podia ser cobrado pelo BPA, ou CBO não permitido para realizar o procedimento. Possivelmente deve está sendo computado na produção de Dermatologia, Ginecologia/Obstetra e Pediatria, segundo o entrevistado.

A Policlínica III produziu R\$ 476.630,00 só com as consultas médicas e de acordo com a programação de R\$ 200.000,00 consultas ano pela FPO, apresentou uma produção de R\$ 276.630,00 a mais, mostrando por sua vez que esta diferença diz respeito à baixa programação acordada (Tabela 3).

A diferença financeira relativa à capacidade potencial da Policlínica foi negativa (R\$ -368.170,00), cujo cálculo foi explicado anteriormente, revela o *deficit* financeiro da unidade.

Tabela 3 - Distribuição da carga horária, oferta e produção financeira de consultas apresentadas e aprovadas; desempenho e diferença dos valores segundo especialidades médicas em 2014 na Policlínica III. Recife, 2016

Especialidades médicas	CH*	Oferta consulta/Ano (R\$)	Produção aprovada (R\$)	Desempenho %	Diferença (R\$)
Alergologia	20	26.400,00	3.680,00	33	-17.720,00
Cardiologia	40	52.800,00	7.620,00	14	-45.180,00
Clínico	20	26.400,00	28.280,00	107	1.880,00
Dermatologia/Hansen	40	52.800,00	45.270,00	86	-7.530,00
Endocrinologia	20	26.400,00	23.750,00	90	-2.650,00
Gastroenterologia	20	26.400,00	28.090,00	106	1.690,00
Geriatria	40	52.800,00	27.660,00	52	-25.140,00
GO**	60	79.200,00	72.660,00	92	-6.540,00
Hematologia	20	26.400,00	10.070,00	38	-16.330,00
Infectologia	120	158.400,00	45.740,00	29	-112.660,00
Neurologia	40	52.800,00	34.080,00	65	-18.720,00
Otorrinolaringologia	60	79.200,00	50.520,00	64	-28.680,00
Pediatria	60	79.200,00	15.120,00	19	-64.080,00
Pneumologia	40	52.800,00	27.130,00	51	-25.670,00
Psiquiatria	20	26.400,00	30.380,00	115	3.980,00
Urologia	20	26.400,00	21.580,00	82	-4.820,00
Total	-	844.800,00	476.630,00	56	-368.170,00

Fonte: CNES; SIA/SUS; SMS referente ao ano 2014.

Notas: *Somatório da CH semanal por especialidade

** GO - Ginecologia e Obstetrícia

Na Policlínica IV observou-se um desempenho de 58%, sendo alavancado pelo serviço de Cardiologia que produziu 131% do previsto na oferta, apresentando um desempenho positivo. No entanto, a Alergoimunologia, Hematologia e Homeopatia, cujos desempenhos foram de 15%, 23% e 21%, respectivamente, ficaram muito aquém do ofertado, levando a uma queda geral na produção da unidade (Tabela 4).

No cruzamento das informações do CNES, de produção no SIA/SUS e oferta de consultas do SISREG, identificaram-se as seguintes discordâncias: A Nefrologia está cadastrada no CNES, cujas consultas foram ofertadas durante todo o ano, contudo a produção apresentada foi identificada somente relativa aos atendimentos no mês de fevereiro de 2014. As especialidades Geriatria e Hebeatria não estão cadastradas no CNES e foram ofertadas durante o ano todo, mas não apresentaram produção no SIA/SUS. Foi informado que, provavelmente, está computado na produção do clínico e pediatra, respectivamente.

Outras especialidades sem cadastro no CNES foram a Homeopatia, ofertada desde julho, apresentou uma produção de apenas 301 atendimentos; a Proctologia com oferta nos dois últimos meses, mas sem produção no SIA/SUS; e a Hansenologia, que estava na oferta no último trimestre de 2014, mas não apresentou produção no SIA/SUS. Quanto a esta última, a produção deve estar incluída na dermatologia.

Na análise entre os valores apresentados e aprovados referentes produção de consultas de R\$ 425.840,00 (Tabela 4), a FPO apresentou uma programação financeira para as consultas de 2.800/ano, sabendo-se que cada consulta custa R\$ 10,00 tem-se um total de R\$ 28.000,00/ano, representando um valor muito abaixo da capacidade de consultas programadas.

A diferença financeira relativa à oferta da Policlínica foi negativa (R\$ - 303.760,00), revela o *deficit* financeiro da unidade.

Tabela 4 - Distribuição da carga horária, oferta e produção financeira de consultas apresentadas e aprovadas; desempenho e diferença dos valores segundo especialidades médicas em 2014 na Policlínica 4. Recife, 2016

Especialidades médicas	CH*	Oferta de consulta 'Ano (R\$)	Produção aprovada (R\$)	Desempenho %	Diferença (R\$)
Alergologia	40	52.800,00	8.020,00	15	-44.780,00
Cardiologia	20	26.400,00	34.490,00	131	8.090,00
Clínico	60	79.200,00	69.550,00	88	-9.650,00
Dermatologia	60	79.200,00	30.840,00	39	-48.360,00
Endocrinologia	20	26.400,00	18.010,00	68	-8.390,00
Gastroenterologia	20	26.400,00	15.330,00	58	-11.070,00
Hematologia	20	26.400,00	6.080,00	23	-20.320,00
Homeopatia	20	14.400,00	3.010,00	21	-11.390,00
Nefrologia	20	2.400,00	1.420,00	59	-980,00
Otorrinolaringologia	20	26.400,00	21.020,00	80	-5.380,00
Pediatria	100	132.000,00	50.640,00	38	-81.360,00
Pneumologista	20	26.400,00	13.350,00	51	-13.050,00
Psiquiatria	80	105.600,00	96.670,00	92	-8.930,00
Reumatologia	40	52.800,00	40.540,00	77	-12.260,00
Urologia	40	52.800,00	16.870,00	32	-35.930,00
Total	-	729.600,00	425.840,00	58	-303.760,00

Fonte: CNES; SIA/SUS; SMS referente ao ano 2014.

Notas: *Somatório da CH semanal por especialidade

Na Tabela 5 verifica-se que o desempenho total desta Policlínica foi 47%. Ressalta-se que somente as especialidades Neurologia e Cardiologia apresentaram produção de 101% para ambas, gerando uma diferença de valores positivos. O pior desempenho ficou com a Reumatologia (3%). Esta unidade apresentou um déficit financeiro de R\$ -214.130,00 em relação à quantidade produzida.

As especialidades de Hansenologia, Pré-Natal de Alto Risco e Hebiatria desta Policlínica constam somente na oferta do município, tendo uma escala que geraria uma capacidade de atendimento anual de 1.870, 2.134 e 2.640, respectivamente, porém, não apresentou produção no SIA/SUS e não consta o cadastro no CNES. Encontraram-se seis inconsistências, principalmente, porque o CBO não estava cadastrado no CNES.

Contudo, segundo o gestor na entrevista, é possível que esta produção esteja sendo computada na produção do Dermatologista, do Gineco-obstetra e do Pediatra.

Esta unidade apresentou uma produção de R\$ 225.870,00 em consultas médicas (Tabela 5), no entanto o acordo na FPO foi de R\$ 28.240,00 considerado muito abaixo do produzido, ou seja, produziram R\$ 197.630,00 a mais.

A diferença financeira relativa à oferta de consulta da Policlínica foi negativa (R\$ -214.130,00), cujo cálculo foi explicado anteriormente, revela o *deficit* financeiro da unidade.

Tabela 5 - Distribuição da carga horária, oferta e produção financeira de consultas apresentadas e aprovadas; desempenho e diferença dos valores segundo especialidades médicas em 2014 na Policlínica V. Recife, 2016

Especialidades médicas	CH*	Oferta de consulta /Ano (R\$)	Produção aprovada (R\$)	Desempenho (%)	Diferença (R\$)
Alergista	20	26.400,00	10.790,00	41	-15.610,00
Angiologista	40	44.000,00	3.970,00	9	-40.030,00
Cardiologia	20	26.400,00	26.560,00	101	+160,00
Dermatologia	60	79.200,00	41.320,00	52	-37.880,00
Endocrinologia	20	26.400,00	23.510,00	89	-28.90,00
Gastroenterologia	20	26.400,00	9.770,00	37	-16.630,00
GO**	40	52.800,00	39.650,00	75	-13.150,00
Infectologia	20	26.400,00	22.10,00	8	-24.190,00
Neurologia	20	26.400,00	26.790,00	101	+390,00
Pediatria/Hebea- tria	20	26.400,00	11.130,00	42	-15.270,00
Pneumologia	20	26.400,00	12.620,00	48	-13.780,00
Reumatologia	20	26.400,00	860,00	3	-25.540,00
Urologia	20	26.400,00	16.690,00	63	-9.710,00
Total	-	440.000,00	225.870,00	47	-214.130,00

Fonte: CNES; SIA/SUS; SMS referente ao ano 2014.

Notas: *Somatório da CH semanal por especialidade

A Policlínica VI teve um rendimento de 67%, sendo o melhor entre as seis Policlínicas estudadas. Apresentando uma oferta de 29.040 consultas médicas/ano nas especialidades existentes, expressando um valor monetário total de R\$ 195.490,00 consultas/ano. A diferença financeira relativa à oferta de consultas da Policlínica foi negativa (R\$ -94.910,00), revela o *deficit* financeiro da unidade (Tabela 6).

Destaca-se ainda que as especialidades de Otorrinolaringologia e Reumatologia tinham consultas ofertadas, mas não existia no cadastro no CNES desta Policlínica e não houve produção no SIA/SUS.

Tabela 6 – Distribuição da carga horária, oferta e produção financeira de consultas apresentadas e aprovadas; desempenho e diferença dos valores segundo especialidades médicas em 2014 na Policlínica VI. Recife, 2016

Especialidades médicas	CH*	Oferta consulta/Ano (R\$)	de Produção aprovada (R\$)	Desempenho (%)	Diferença de valores (R\$)
Cardiologia	20	26.400,00	19.430,00	74	-6.970,00
Clínico	20	26.400,00	49.550,00	188	+23.150,00
Dermatologia Hansen	40	52.800,00	6080,00	12	-46.720,00
Endocrinologia	20	26.400,00	17.150,00	65	-9.250,00
Gastroenterologia	20	26.400,00	9.920,00	38	-16.480,00
Geriatria	40	52.800,00	30.230,00	57	-22.570,00
GO**	20	26.400,00	45.480,00	172	+19.080,00
Pediatria	40	52.800,00	17.650,00	33	-35.150,00
Total	-	290.400,00	195.490,00	67	-94.910,00

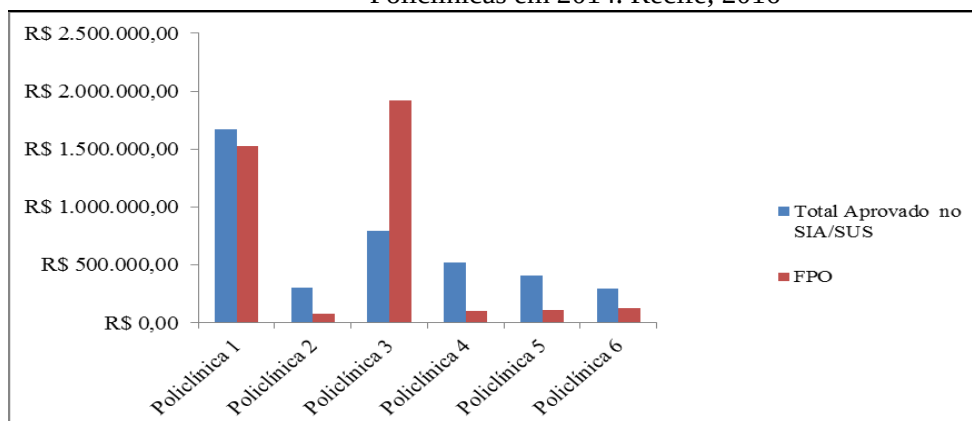
Fonte: CNES; SIA/SUS; SMS referente ao ano 2014.

Notas: *Somatório da CH semanal por especialidade

** GO – ginecologia e obstetrícia

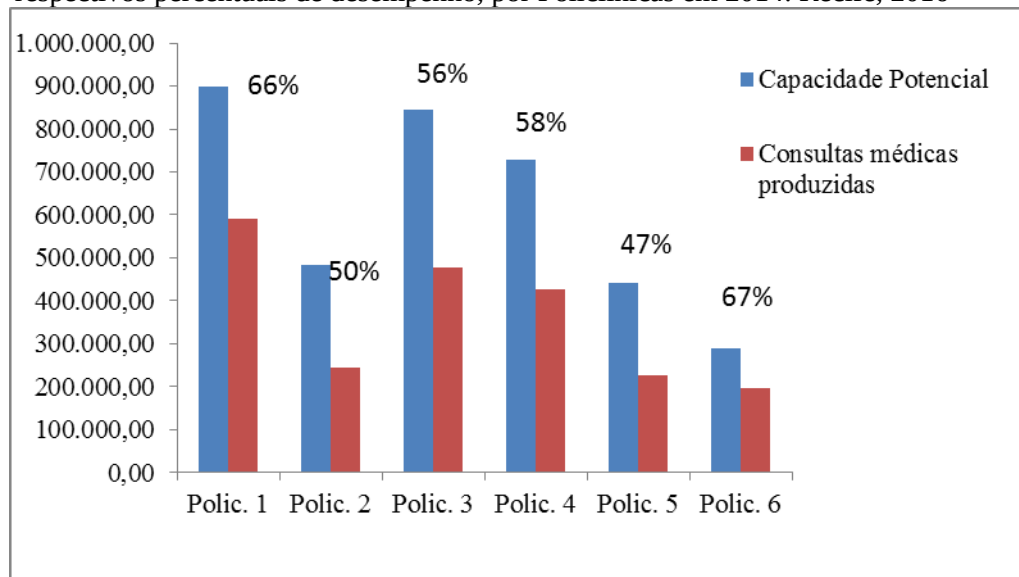
Comparando-se os valores aprovados e as metas orçamentárias programadas na FPO para cada Policlínica, observa-se na Figura 2 que a Policlínica III, teve um orçamento muito maior que sua produção, mesmo com a variedade de especialistas. Já na Policlínica I, houve maior produção em relação ao valor orçado.

Figura 2 – Consultas médicas e as consultas apresentadas em valores monetários por Policlínicas em 2014. Recife, 2016



A Figura 3 mostra a desigualdade entre os valores monetários baseados na capacidade potencial de realização de consultas médicas especializadas *versus* os valores produzidos e aprovados de cada uma das Policlínicas. Nenhuma atingiu sua capacidade potencial, a maioria produziu no máximo dois terços, a exceção da Policlínica 2, que apresentou o montante mais aproximado.

Figura 3 – Consultas médicas ofertadas e apresentadas em valores monetários com os respectivos percentuais de desempenho, por Policlínicas em 2014. Recife, 2016



5 DISCUSSÃO

Este estudo identificou que as Unidades Ambulatoriais de Saúde de média complexidade produziram mais consultas médicas especializadas do que o pactuado na Ficha de Programação Orçamentária (FPO) do município, mas, em contrapartida, aquém da oferta, e muito menor do que se fosse calculada pela capacidade instalada segundo os parâmetros assistenciais de produtividade da Portaria 1101/2002 do Ministério da Saúde (carga horária x número de médicos especialistas).

A avaliação da eficiência pode contribuir para a viabilização das atividades de controle interno e externo, por instituições públicas e pela sociedade, levando maior transparência e responsabilização às ações de governo.

A eficiência foi descrita como um dos atributos da qualidade da assistência à saúde (DONABEDIAN, 1990), a qual foi definida como a capacidade de produção dos recursos humanos em relação à estrutura de trabalho, visando à otimização dos recursos financeiros. Esta mesma ideia é reforçada por Almeida (2002). (DONABEDIAN, 1990; ALMEIDA, 2002).

Outros autores são concordantes quanto ao conceito de saúde com qualidade que diz respeito à sistematização de processos, cumprimento de requisitos básicos de segurança em todas as áreas e esferas de gestão, com ética e técnica adequada, englobando, a pluralidade de ações e das consultas para satisfazer o usuário garantindo a conformidade do atendimento (DONABEDIAN, 1994; MAGALHÃES, 1994; ALMEIDA, 2002; PAIM, 2007). Almeida chega a questionar se “*os serviços de saúde estão ruins porque faltam recursos, ou os recursos são escassos porque os serviços não são bons*” (ALMEIDA, 2002, p. 3).

Uma das formas que permite a análise de desempenho ou de eficiência é a auditoria, cujos relatórios norteiam o gestor para resolutividade das principais deficiências de saúde do município, mediante avaliação das ações e da utilização dos serviços, para as mudanças necessárias no planejamento da rede (BRASIL, 2011).

A análise realizada no presente estudo faz parte das atividades de auditoria que tem por finalidade resguardar o usuário e os entes federativos, melhorar a qualidade dos

serviços ofertados e proteger o destino legal do dinheiro público. A auditoria pode ser definida como uma “*análise prévia, concomitante ou subsequente, da legalidade dos atos da administração orçamentária, no SUS*” (MELO; VAITSMAN, 2008).

Contudo, sugere-se que a auditoria proponha a resolutividade sem deixar de envolver os profissionais nestas atividades, porque, além de sentirem-se mais preparados para o enfrentamento da avaliação de desempenho tornam-se mais valorizados pela participação (GONÇALVES *et al.*, 2007).

A auditoria, proposta no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) é a denominada Auditoria Assistencial ou Clínica, a qual foca na garantia do atendimento com qualidade da assistência, monitorando os sistemas de saúde, os procedimentos/consultas, os protocolos normatizados e pactuados, analisando criticamente e identificando as não conformidades. Esta forma tem sido utilizada pela enfermagem para melhorar a qualidade dos serviços prestados (PINTO; MELO, 2010).

A produção científica nesta área é escassa, como se verificou em artigo de revisão, publicado em 2012, que analisou a produção bibliográfica sobre auditoria na saúde pública no período de 2000 e 2010, utilizando os descritores ‘Auditoria’ e ‘SUS’. Foram identificados apenas 14 documentos distribuídos em categorias: quatro Relatórios e Manuais técnicos; seis Artigos e quatro Monografias, Dissertações e Teses. Os autores concluem que esta área do conhecimento na saúde pública ainda está em construção no Brasil (TAJRA *et al.*, 2014).

No estudo ora em discussão constatarem-se várias divergências nos sistemas de informações, provavelmente, por digitação incorreta, preenchimento incipiente dos instrumentos, deficiência no acompanhamento e atraso na atualização dos cadastros nos sistemas, no monitoramento dos códigos de procedimentos/consultas e falta de atualização do Código Brasileiro de Ocupações-CBO. Também se identificou falhas na interação entre a oferta do serviço, o cadastro no CNES e a produção do SIA/SUS.

Diferentes autores também relataram divergências nos sistemas de informação e dificuldade de integração dos mesmos, visto que os usuários são cadastrados a cada atendimento realizado, e geram banco de dados desconexos, fragmentados e incoerentes (LEÃO *et al.*, 2004). Em todas as Policlínicas encontraram-se falhas no cadastro de

profissionais (ausência ou permanência de especialistas) bem como registros inadequados ou incompletos de produção nos sistemas oficiais (SIA e CNES), que determinam prejuízos monetários para o município.

Para Santos (2012) são frequentes as críticas aos sistemas de informação uma vez que as produções inseridas neste pelas unidades de saúde podem não ser aceitas como sendo realizadas, como também as falhas de registro ou falta de aprovação implicando na falta de dados para pagamento da produção realizada.

Algumas estratégias poderiam ser adotadas diante dos resultados para as especialidades que apresentaram baixa produção durante todo o ano. A Secretaria Municipal de Saúde poderia propor um estudo para o redimensionamento das necessidades populacionais e do quantitativo de profissionais, com realocação dos existentes e ainda a divulgação dos serviços ofertados junto às unidades da atenção primária e as gerências distritais. Outra ação seria a revisão dos critérios para programação do orçamento das unidades de saúde, visto que estão muito abaixo da capacidade produtiva dos profissionais e a cobrança de metas. Estas ações promoveriam a visibilidade da especialidade e, conseqüentemente, o aumento da produção e a melhoria na assistência.

Uma das limitações desta pesquisa é concernente ao uso de banco de dados secundários, como já visto, no entanto, para minimizar essas incoerências foram realizadas visitas as unidades a fim de conferir a existência e o número de profissionais na oferta dos serviços, mas nem todos os sistemas puderam ser conferidos. Ressalta-se a dificuldade quanto à obtenção dos dados, principalmente, pela incompletude das informações.

Esse tipo de estudo é particular a cada contexto, embora o método possa ser aplicado a todos os serviços, independente de público, privado ou conveniado.

Pelo resultado indicados anteriormente poderíamos propor uma classificação para o desempenho dos serviços de saúde, no presente caso, as Policlínicas, em eficientes, se a produtividade alcançasse um percentual acima de 70%, pouco eficientes, àquelas com 50 a 70% e em ineficientes, se atingisse menos de 50%.

Os resultados aqui apresentados deixa configurada a importância de analisar também o valor das perdas financeiras e identificar inconsistências, que prejudicam a população nos seus direitos de acesso, contribui para a ineficiência da rede e insatisfação dos usuários. Tendo a auditoria à oportunidade de orientar os gerentes locais para correção dessas falhas ou recomendar estratégias para melhoria do serviço mediante a necessidade da população.

6 CONCLUSÃO

Esta pesquisa permitiu analisar a eficiência produtiva e financeira das consultas médicas especializadas nas unidades de média complexidade do município de Recife no período de 2014. A qual identificou que nenhuma das policlinica atingiu mais que 70% de desempenho. Após a realização da pesquisa do número de consultas apresentadas e aprovadas (produção), fez-se o cálculo da capacidade potencial de cada especialidade. Quanto ao cálculo do desempenho profissional revelou que tinha especialidades que atingiram mais de 100% de produção esperada, porém não elevou o desempenho geral da unidade, uma vez que as demais categorias apresentou uma produção baixa em relação ao que realmente deveria ser produzido. Foi contabilizado o valor monetário total das consultas médicas a ser pago pelo SUS de acordo com a capacidade instalada. Isto tornou visível o prejuízo financeiro municipal.

Além disso, foram visualizadas as falhas dos sistemas de informações uma vez que não são atualizados rotineiramente, bem como a pouca eficiência dos serviços no que diz respeito à produtividade. Salienta-se que aos auditores cabe a função de embasar o gestor do SUS com as informações pertinentes ao acompanhamento sistemático das ações de saúde, contribuindo assim para o planejamento e reorganização das mesmas na rede municipal, apontando as evoluções na qualidade dos serviços. Ressalta-se que, até o momento, não se integrou a avaliação do desempenho profissional e/ou da unidade de saúde de forma global a atividade da auditoria. Assim também quanto às informações da perca financeira do município devido essas falhas de comunicação entre os sistemas (SISREG, CNES, SIAB e CBO).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS/RECOMENDAÇÕES

A pesquisa observou a diferença entre a produção real e a ofertada, além de que a Programação Física Orçamentária deve ser readequada à realidade da capacidade instalada. Ressalta-se que as abstinências e o custo oportunidade das unidades e usuários não foram estudados nesta pesquisa.

Espera-se que ao apresentar o estudo aos gestores do nível central e gerentes dos Distritos Sanitários e das unidades avaliadas, assim como os médicos, analisem os resultados e se reorganizem de forma que cada um contribua para o planejamento eficiente na sua área de atuação, visando ampliar o acesso, pela realização da produção real de consultas médicas especializadas que, conseqüentemente, irá melhorar a qualidade da assistência.

É necessário que os profissionais produtores dos serviços ofertados na rede municipal se conscientizem do valor da informação adequada. Assim como os envolvidos no preenchimento dos instrumentos e os que alimentam os sistemas de informação se comprometam com as atualizações dos dados e versões dos sistemas, principalmente, os que fazem o cadastramento do CNES e os que inserem as informações no SIAB.

Recomenda-se a programação de treinamentos anuais para os operadores e sensibilização dos profissionais, visando incentivar a produção e o registro adequado, a fim de qualificar os dados, dando maior visibilidade aos procedimentos/consultas executados.

Que os gerentes realizem supervisão e monitoramento da produção realizada, compensando as abstinências dos profissionais garantindo o atendimento do usuário na mesma semana. Acompanhem os resultados dos relatórios de gestão e mantenham a população informada sobre a produção da policlínica, como uma sala de situação e as unidades de saúde promovam ações de divulgação da oferta dos serviços oferecidos.

Que o gestor motive avaliações e acompanhamento regulares a fim de monitorar o desempenho de produção da unidade de saúde e discuta a implantação de soluções viáveis e sustentáveis.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, H. M. de S. **O sistema público de saúde**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://www.oc.gov.br>>. Acesso em: 15 set. 2015.

BAHIA, L. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do sistema de saúde brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. **Saúde e Sociedade**, v.14, n. 2, p. 9-30, 2005.

ALBUENO, E. A.; NOZAWA, M. R. Levantamento dos tipos de repercussões resultantes da avaliação de desempenho em enfermagem hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.12, n.1, p.58-64, 2004. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000100009>>. Acesso em: 12 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1101/02**. Brasília, DF. Disponível em: <<http://www1.saude.ba.gov.br/regulasaude/2009/PN%20PORTARIAS%202009/nvos%20pdfs%202009/PT%20GM%201101%2012.06.2002.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/Gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 02 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Gestão financeira do Sistema Único de Saúde**: manual básico. 3. ed. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela vida, em defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/webpacto/volumes/01.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Legislação Básica do SUS**, 2006. Disponível em: <http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/Gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 02 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Datasus. **Manual da Programação Físico Orçamentária Ambulatorial – FPO**. Brasília, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 204, de 29 de janeiro de 2007. **Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html>. Acesso em: 15 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **Manual Técnico Operacional SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial** - e aplicativos de captação da produção ambulatorial APAC-Magnético – BPA Magnético - VERSIA – DEPARA – FPO Magnético. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário Portal da Transparência**. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/portaltransparencia/common/arquivos/Glossario_Portal_Transparencia.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Auditoria do SUS**: orientações básicas. Sistema Nacional de Auditoria. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **Boletim de Produção Ambulatorial**: Manual de Operação do Sistema. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde**: Manual de Operação do Sistema. Brasília, 2012.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 20 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Crêterios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Norma Operacional de Assistência a Saúde**. NOAS/GM 01/2002 Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/LEGIS/Port_385_04Abril_2003.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2016.

CAMELO et al. **Revista Contabilidade & Finanças**, São Paulo, v. 2, n.35, p. 84-95, 2004.

DINIZ, J. A.; MACEDO, M. A. S.; CORRAR, L. J. Mensuração da eficiência financeira municipal no Brasil e sua relação com os gastos nas funções de governo. **Gestão & Regionalidade**, v. 28, n. 83, p. 5-20, 2012. Disponível em: <http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_gestao/article/viewFile/1347/1234>. Acesso em: 07 maio 2016.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch of Pathol Lab Med**. Chicago, v. 114, n.11, p.1115-1118, 1990.

FAVERO, E. Análise dos controles dos repasses fundo a fundo na saúde, 2009. Disponível em: <portal2.tcu.gov.br/portal/pls/docs/255812.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2016.

O FUNDO Nacional de Saúde e a prioridade da Média e Alta Complexidade. **Argumentum**, Vitória, v.7, n. 2, p.161-177, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18315/argumentum.v7i2>>. Acesso em: 02 fev. 2015.

FOLLAND, Sherman et al. A economia da saúde. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2008.

GOMES, F. de F. C. et al. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.1, p.31-43, jan. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000100031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jan. 2016.

GONÇALVES, V. L. M. et al. A construção de prognosticadores de avaliação de desempenho por meio do grupo focal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.1, p.134-141, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000100020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 mar. 2016.

IBGE. **Perfil dos municípios brasileiros**, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 02 fev. 2015.

JORGE, E. A. et al. **Seguridade Social e o financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil**. Brasília, DF, 2007.

LEAO, B. F. et al. **O desafio de integrar os Sistemas de Informações de Saúde**. Disponível em: <<http://telemedicina.unifesp.br/pub/SBIS/CBIS2004/trabalhos/arquivos/425.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

MANKIW, N. G. et al. **Introdução à economia**. 5. ed. São Paulo: Pioneira Thomson, 2005.

MARIANO, E. B. Conceitos básicos de análise de eficiência produtiva. In: SIMPÓSIO DE ENGENHARIA DA PRODUÇÃO, 16., 2007. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/257397765_Conceitos_Basicos_de_Analise_de_Eficiencia_produtiva>. Acesso em: 05 maio 2016.

MARQUES, M. C. C.; ALMEIDA, J. J. M. Auditoria no setor público: um instrumento para melhoria da gestão pública. **Rev Contab Finanç**, São Paulo, v.15, n.35, p.84-95, 2004.

MELO, M. B.; VAITSMAN, J. Auditoria e avaliação no sistema único de saúde. **São Paulo Perspec**, v. 22, n. 1, p. 152-164, jan./jun. 2008.

MENEGUZZO, M.; GLORIA, F.; KEINER, M. M. Direito à saúde, auditorias cívicas e sustentabilidade no Sistema Nacional de Saúde na Itália. **Bol. Inst. Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 3, 2010. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000300015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 fev. 2016.

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

PINTO, K. A.; MELO, C. M. M. de. A prática da enfermeira em auditoria em saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 671-678, 2010. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 12 ago. 2014.

RECIFE. Prefeitura do. Legislação Municipal de Recife. **Decreto nº 25.080/2010 do Recife**, 2007. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/prefeitura/pe/recife?q=auditoria+assistencial>>. Acesso em: 02 fev. 2016.

RECIFE. Governo Municipal. Secretaria de Saúde do Recife. Secretaria Executiva de Coordenação Geral. Gerência Geral de Planejamento. **Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017**. Recife, 2014.

SANTOS, C. R. dos. **Projeto de informatização das solicitações de revisão e cobrança administrativa da produção ambulatorial e hospitalar do SUS/RS**. Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/6717/1/Carina%20Rosa%20dos%20Santos%5B1%5D.pdf>>. Acesso: 20 fev. 2016.

SOLON, T. F. et al. Análise da produção em auditoria e saúde pública a partir da base de dados da Biblioteca Virtual da Saúde. **Saúde em Debate**, v.38, n.100, p.157-169, 2014. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.5935/0103-104.20140017>>. Acesso em: 13 maio 2016.

VIACAVA, F. et al. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v.17, n.4, p. 921-934, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2000. Health System: Improving Performance**. Genebra, 2000. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1> Acesso em: 15 jan. 2015.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **ANÁLISE DE EFICIÊNCIA DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS EM SEISPOLICLÍNICAS DO RECIFE, 2014** que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Maristela Oliveira de Albuquerque, com endereço residencial na Rua Juarez Millet, 400, Jiquiá. CEP – 50771-040. Telefone 81-998724002. E-mail: maristela.albuquerque@yahoo.com.br.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

O objetivo é identificar o impacto financeiro provocado pela produção e/ou subregistro de consultas médicas em Policlínicas do Recife no ano de 2014. Para tanto necessitamos que os gestores ou gerentes administrativos das Policlínicas elencadas nos concedam uma entrevista, que será realizada por meio de um instrumento contendo perguntas de interesse da pesquisa.

Necessitamos de informações breves através de respostas ao questionário elaborado e em anexo, relativo ao quantitativo de médicos e suas atividades, carga horária, número de consultas agendadas e realizadas.

Avaliação de riscos e benefícios

Riscos:

É possível que haja constrangimento causado pelo processo da entrevista, que será minimizado com a realização da mesma em local reservado conforme preferência da data e horário do entrevistado. Diante da possibilidade de vazamento das informações, é garantido a guarda das mesmas em local protegido e seguro, de acordo com o Termo de Compromisso e Confidencialidade assinado pela pesquisadora.

Benefícios:

Poderá se traduzir na maior eficiência dos serviços oferecidos à população, sinalizando ao gestor da unidade sobre a capacidade instalada e a quantidade de serviços oferecidos.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, muito menos para os profissionais, objetivo da pesquisa. Sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados em pastas de arquivo, no computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador e do Orientador, no endereço (acima informado), pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

(assinatura do pesquisador)

APÊNDICE B – Consentimento da Participação da Pessoa como Voluntário

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **ANÁLISE DE EFICIÊNCIA DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS EM SEISPOLICLÍNICAS DO RECIFE, 2014**, como voluntário (a).

Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos/consultas nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.

Testemunhas:

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE C – Questionário

Identificação da unidade: US XXXXXXXX

CNES: 0000xxxxx	FONE: 3XXXXXXXX	PERSONALIDADE: JURÍDICA			
ENDEREÇO AV xxxxxxxxxxxxxx, xxxx. XXXXXXXXXXX CEP: 5xxxxxxxx					
DATA:			HORA		
ENTREVISTADO/CARGO:					
1. Esta Policlínica funciona em quantos turnos? Manhã () ; Tarde () ; Noite () ; Todos () 2. Atendimento Prestado: AMBULATORIAL () ; SADT () ; SAE () ; Outros () : Quais: _____ 3. Assistência AMBULATORIAL - Especialidades médicas ofertadas:					
ESPECIALIDADE	QUAN- TIDAD E	NOME DO PROFISSION AL	CH	ESCALA/M ÊS	O QUE FAZ
Alergista					
Angiologista					
Cardiologia					
Clínico					
Dermatologia					
Endocrinologia					
Gastroenterologia					
Geriatrics					
Ginecologia/Obstet					
Hansenologia					
Hebeatra					
Hematologista					
Homeopata					
Infectologista					
Medico de Trabalho					
Nefrologista					
Neurologista					
Oftalmologista					

Otorrinolaringologia					
Pediatricia					
Pneumologista					
Psiquiatria					
Reumatologista					
Urologista					
Outros					

APÊNDICE D – Termo de Compromisso e Confidencialidade

TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: ANÁLISE DOS CUSTOS FINANCEIROS ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DE CONSULTAS MÉDICAS DA MÉDIA COMPLEXIDADE NAS POLICLÍNICAS DO RECIFE, 2014.

Pesquisador responsável: Maristela Oliveira de Albuquerque

Instituição/Departamento de origem da pesquisadora: Universidade Federal de Pernambuco. Departamento de Economia. Setor de pós Graduação.

Telefone para contato: 81-998724002

E-mail: maristela.albuquerque@yahoo.com.br

A pesquisadora do projeto acima identificado assume o compromisso de:

- ☐ Preservar o sigilo e a privacidade dos voluntários cujos dados serão estudados;
- ☐ Assegurar que as informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para a execução do projeto em questão;
- ☐ Assegurar que os resultados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o voluntário da pesquisa.

A pesquisadora declara que os dados coletados nesta pesquisa através de questionários, ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade da mesma, no endereço situado a Rua Juarez Millet, 400, pelo período de mínimo 5 anos.

A Pesquisadora declara, ainda, que a pesquisa só será iniciada após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco – CEP/CCS/UFPE.

Recife, 23 de outubro de 2015.

Maristela Oliveira de Albuquerque
Auditor(a) Assistente(a) do SUS
SECG - SS / PCR
Matrícula 71 673-5

Assinatura

ANEXO A – Carta de Anuência



**PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE**

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Maristela Oliveira de Albuquerque** pesquisadora do **Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde** da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, a desenvolver pesquisa na Secretaria Executiva de Regulação em Saúde, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **"Custo financeiro associado à baixa produção de procedimentos da Média Complexidade em cinco Policlínicas do Recife, 2014."**, sendo orientada por Suely Arruda Vidal.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

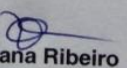
- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 14 de maio de 2015.

Atenciosamente,

P/ 
Juliana Ribeiro
Chefe de Divisão de Educação na Saúde
Varela Souza
Chefe de Divisão de Formação
Profissional / SEGTES/SS/PCR
Matrícula nº 89.345-5

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Serres Humanos	UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-	Plataforma Brasil
---	--	-------------------------------------

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise dos custos financeiros associados à realização de consultas médicas da Média Complexidade em Policlínicas do Recife, 2014.

Pesquisador: Maristela Oliveira da Albuquerque

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50711615.2.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.365.538

Apresentação do Projeto:

Análise dos custos financeiros associados à realização de consultas médicas da Média Complexidade em Policlínicas do Recife, 2014. Trata-se de um projeto de pesquisa de Maristela Oliveira de Albuquerque, aluna do mestrado profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde-CCSA/UFPE, sob a orientação do Profa. Sueli Arruda Vital. É um estudo de abordagem quantitativa do tipo descritivo. A pesquisa será desenvolvida em Policlínicas da rede pública do Recife, situadas em diferentes Distritos Sanitários. A amostra será em número de 6, tendo como critérios de inclusão quantidade de equipamentos, recursos humanos, especialidades médicas semelhantes, tipo de financiamento e serão excluídas as Policlínicas com emergências e leitos de observação e internamentos. Os dados secundários serão coletados em bancos de dados dos sistemas de informação nesta área e relatórios internos das unidades. Os dados primários serão coletados através de entrevista guiada por um roteiro a cada um dos 6 gestores, e Boletins de Procedimentos Ambulatoriais. Para análise será utilizada a Estatística descritiva através de frequências relativas e médias.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

ANEXO C – Autorização de Uso de Dados



AUTORIZAÇÃO DE USO DE DADOS

Declaramos para os devidos fins, que cederemos à Maristela Oliveira de Albuquerque, o acesso aos dados de base de dados de pesquisa para serem utilizados na pesquisa: ANÁLISE DOS CUSTOS FINANCEIROS ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DE CONSULTAS MÉDICAS DA MÉDIA COMPLEXIDADE NAS POLICLÍNICAS DO RECIFE, 2014. Que está sob a orientação da Prof. Dra. Suely Arruda Vidal.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a mesma a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados a pesquisadora deverá apresentar o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Fernanda Casade

Fernanda Casade
Secretaria Executiva de
Saúde
Recife
CRM 13365 - Matr. 7450
SESAL/PCR

Nome/assinatura e cargo do responsável pela Instituição