

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SANTA
CATARINA.**

**CAMPUS JOINVILLE
CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM
GESTÃO HOSPITALAR**

**PRISCILANE RIBEIRO DE SOUSA
ROMILDE MARIA GANDRA DE SOUZA**

**ANÁLISE DA SITUAÇÃO DA DEMANDA DE EXAMES DE ULTRASSONOGRRAFIA
DE UM MUNICÍPIO DO NORDESTE CATARINENSE**

JOINVILLE

2016

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA.

**CAMPUS JOINVILLE
CURSO GESTÃO HOSPITALAR**

**PRISCILANE RIBEIRO DE SOUSA
ROMILDE MARIA GANDRA DE SOUZA**

**ANÁLISE DA SITUAÇÃO DA DEMANDA DE EXAMES DE ULTRASSONOGRRAFIA
DE UM MUNICÍPIO DO NORDESTE CATARINENSE**

Trabalho de conclusão de curso apresenta ao curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar do campus de Joinville do Instituto Federal de Educação, Ciências e Tecnologia de Santa Catarina para obtenção do diploma de Tecnólogo em Gestão Hospitalar.

Prof. Orientador: Márcia Bet Kolhs, Ma.

**JOINVILLE
2016**

SOUSA, Priscilane Ribeiro de; SOUZA, Romilde Maria Gandra de.

Análise da Situação da Demanda de Exames de Ultrassonografia de um Município do Nordeste de Santa Catarina / Sousa, Priscilane Ribeiro de; Souza, Romilde Maria Gandra – Joinville: Instituto Federal de Santa Catarina, 2016. 42 f.

Trabalho de Conclusão de Curso - Instituto Federal de Santa Catarina, 2016. Graduação. Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar. Modalidade: Presencial.

Orientadora: Marcia Bet Kohls.

1. Gestão 2. Sistema Único de Saúde 3. Controle / Avaliação I. Título

**ANÁLISE DA ATUAL DEMANDA DE EXAMES DE ULTRASSONOGRRAFIA DE
UM MUNICÍPIO DO NORDESTE CATARINENSE**

**Priscilane Ribeiro de Sousa
Romilde Maria Gandra de Souza**

Este trabalho foi julgado adequado para obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar e aprovado na sua forma final pela banca examinadora do Curso Gestão Hospitalar do Instituto Federal de Educação, ciência e Tecnologia de Santa Catarina.

Joinville, 23 de Junho de 2016.

Banca Examinadora:

Prof. Marcia Bet Kohls, Mestre
Orientadora

Prof. Mariéli Terezinha Krampe Machado
Avaliador

Profa. Francis Renata Pimentel Gonçalves
Avaliador

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus por nos ter dado forças e saúde para chegar até aqui.

Aos meus filhos, que sem o apoio incondicional não seria possível a realização desse trabalho.

A nossa orientadora Márcia Bet kohls que com muita dedicação nos ajudou a superar as dificuldades e nos proporcionou a conclusão do TCC.

E a todos que contribuíram para nossa formação, o nosso muito OBRIGADO!!

RESUMO

A garantia de acesso gratuito à população ao Sistema Único de Saúde, com direitos institucionais de igualdade, equidade e qualidade ocasionou uma crescente procura pelo serviço de saúde pública no Brasil. Como a maior cobertura está na atenção básica, a porta de entrada para os procedimentos, a consequência dessa crescente procura é uma demanda enorme por atendimentos. A maior dificuldade encontra-se em garantir esse acesso de qualidade na média e alta complexidade, onde a demanda reprimida torna-se mais visível e crescente, dificultando assim os atendimentos: ao gerar prioridades nos agendamentos se faz necessário atender os de maior urgência. Desse estudo espera-se compreender os aspectos da oferta e analisar a situação atual da demanda reprimida de exames de ultrassonografia no cenário nacional, identificar e conhecer o fluxograma de solicitações de exames de ultrassonografia de Joinville e compreender o funcionamento de um setor de Controle, Avaliação e Auditoria do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram utilizados dois tipos de pesquisa. Pesquisa bibliográfica e relato de experiência. A demanda de procedimentos ambulatorial realizado pelo (SUS) é cada vez maior no município e a fila de exame de ultrassonografia vem crescendo a cada ano. O exame se trata de um procedimento de média complexidade de caráter diagnóstico muito requisitado pelos médicos. Criou-se um estrangulamento no fluxo de atendimento com aumento da demanda. Assim tendo muitas das vezes que se recorrer aos pregões eletrônicos e contratos com empresas privadas ou filantrópicas a fim de atender a necessidade do usuário.

Palavras chaves: Gestão; Regulação, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The free guarantee to the population the Health System, with institutional equal rights, equity and quality led to a growing demand for public health services in Brazil. As the largest coverage is in primary care, the gateway to the procedures, the consequence of this increasing demand is a huge demand for care. The greatest difficulty is to ensure that access to quality in medium and high complexity, where the pent-up demand becomes more visible and growing, thus hindering the sessions: to generate priorities in scheduling is required to meet the most urgent. This study is expected to understand the aspects of supply and analyze the current situation of pent-up demand for ultrasound examinations in the national scenario, identify and meet the flowchart of Joinville ultrasound examination requests and understand the functioning of a control sector, Evaluation and Audit of the Unified Health System (SUS). Two types of study were utilized. Bibliographical research and reporting experience. The demand for outpatient procedures performed by (SUS) is increasing in the city and the ultrasound examination queue is growing every year. The examination is not a medium diagnostic character complexity procedure very requested by doctors. It created a bottleneck in with increased demand service flow. So having a lot of times you use the electronic auctions and contracts with private or philanthropic companies in order to meet the user's needs.

Keywords: Management; Regulation; Unified health system

Sumário

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 JUSTIFICATIVA	10
1.3 OBJETIVO GERAL.....	10
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
2.1 A SAÚDE COMO DIREITO	12
2.2 A HISTÓRIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	13
2.3 CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA DO SUS	15
2.4 CONTRATO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	16
2.5 LICITAÇÃO	17
2.6 TIPOS DE CONTRATOS.....	17
3 FLUXO DE CONTRATAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE.....	19
4 METODOLOGIA	23
4.1 TIPOS DE PESQUISA	23
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	23
4.3 SELEÇÃO DA AMOSTRA	23
4.4 PERÍODO DE REFERENCIAL	24
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	24
4.6 ANÁLISES DOS RESULTADOS	24
5 RESULTADOS.....	25
5.1 CARACTERIZAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO ESTUDADA	25
5.2 NORMAS E ROTINAS DO SETOR DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA	26
5.2.1 Processo de Faturamento.....	28
5.2.2 Exemplos de Controles de Serviços Complementares.....	28
5.3 DEMANDA E OFERTA DE EXAMES DE ULTRASSONOGRRAFIA	30
5.4 FLUXOS DE ATENDIMENTO DO USUÁRIO DO SUS	32
5.4.1 Classificação da fila de espera de exames de ultrassonografia de 2012 a 2015 em Jlle.....	33
5.4.2 Exames realizados em 2015 em Joinville SC	35
5.4.3 Exames de Ultrassonografia Realizados nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal	35
6 CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS	38

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a lei nº 8.080/1990, é responsabilidade tanto do gestor estadual como do gestor Municipal a gestão e a execução do serviço público de atendimento à saúde da população, podendo eles recorrer de forma complementar os serviços ofertados pela rede privada, quando o serviço de saúde pública não for suficiente para garantir assistência necessária (BRASIL, 1990)

A atenção de Média Complexidade compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, utilizando de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, o que não justifique a sua oferta em todos os municípios do país. (BRASIL, 2007)

No caso deste estudo a demanda avaliada são os exames de ultrassonografia que aguardam para serem realizados no município de Joinville do Sistema Único de Saúde – SUS, que prescindem de autorização prévia para sua realização.

O exame de ultrassonografia consiste na emissão e captação de ondas sonoras produzindo imagens, permitindo dessa forma estudar o órgão ou região em questão (KREMKAU,1996)

A demanda de procedimento ambulatorial realizado pelo (SUS) é cada vez maior no município e o procedimento de exame de ultrassonografia vem crescendo a cada ano. O exame se trata de um procedimento de Média Complexidade de caráter diagnóstico muito requisitado pelos médicos, e foi criado um estrangulamento no fluxo de atendimento com aumento da demanda. Assim, muitas das vezes foi necessário recorrer aos pregões eletrônicos e contratos com empresas privadas ou filantrópicas a fim de atender a necessidade do usuário.

1.1 Justificativa

A garantia de acesso a saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), fez com que cada vez mais a população buscasse pelos serviços de saúde; gerando uma crescente demanda por esse serviço.

As informações obtidas em campo de estágio evidenciam uma grande demanda reprimida de exames de ultrassonografia e a importância do controle e avaliação dos procedimentos realizados. Desta forma o estudo possibilitara uma análise sobre a demanda de exames e forma de controle desses procedimentos trazendo ao conhecimento do gestor as rotinas do setor de Controle, Avaliação e Auditoria.

O presente trabalho é de grande relevância para a área de Gestão Hospitalar, pois apresentará a todos os atores envolvidos (município, pacientes e acadêmicos) uma reflexão acerca da relação oferta/demanda dos exames de ultrassonografia na região nordeste do estado de Santa Catarina.

1.2 Definição do problema

Como está o cenário da demanda de exames de ultrassonografia em Joinville?

1.3 Objetivo geral

Analisar a situação da demanda de exames de ultrassonografia de um município do Nordeste Catarinense.

1.4 Objetivos específicos

- Apurar dados estatísticos da demanda de exames de ultrassonografia do Brasil.

- Conhecer o fluxograma de solicitação e realização do exame de ultrassonografia.
- Compreender o funcionamento de um setor de Controle, Avaliação e Auditoria do Sistema Único de Saúde (SUS).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A Saúde como Direito

Conforme está escrito no artigo XXV da Declaração dos Direitos Humanos, é definindo que “todo ser humano tem como direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e serviços sociais indispensáveis” (UNIC, 2009, p.13). O direito a saúde no Brasil foi uma conquista da reforma sanitária onde refletiu na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição Federal de 1988, artigo 196 dispõe que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988 p.01)

Para Melo, Cunha (1999) “a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde”. Já para Neto (2013 *apud* CAMARGO, 2014) “o direito à saúde, que trata o texto Constitucional Brasileiro, implica não apenas no oferecimento de medicina curativa, mas também na medicina preventiva, dependente, por sua vez, de uma política social e econômica adequada”.

Para que se tenha o direito à saúde garantida é preciso conhecer as implicações nos serviços de saúde. Conforme Brasil (2009) “toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver seus problemas de saúde”.

As implicações na saúde são muitas, pois para garantir esse direito a cada cidadão requer políticas sociais, financiamento, técnicas e gerencias. As políticas de saúde são essenciais para garantir ao usuário serviços de saúde e assistência médica de qualidade, segundo (GIOVANELLA, L. et al, 2012 *apud* BRASIL 1998: 7) “as políticas visam tornar transparentes as ações do governo, reduzindo os efeitos da descontinuidade administrativa e potencializando os recursos disponíveis”.

É dever das três esferas do Governo, Federal, Estadual e Municipal o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a Constituição Federal de 1988 determina em seu artigo 198 que:

§ 1º O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da união, dos Estados, do Distrito Federal e do Município, além de outras fontes.

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados.

I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar.

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e e § 3º.
(BRASIL, 1998, p. 01)

No atendimento público do Brasil faltam condições de estrutura físicas nas Unidades Básicas, Pronto Atendimento e Hospitais. As condições são precárias com a falta de leitos e muitos pacientes são atendidos em macas nos corredores dos hospitais.

2.2 A História do Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população. (SOUZA, 2002)

Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS além de oferecer consultas, exames e internações, promove também campanhas de vacinação e ações de prevenção e de vigilância sanitária (como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos), atingindo, desta maneira, a vida de cada um dos brasileiros. Sua assistência abrange desde simples atendimentos ambulatoriais até procedimentos de alta complexidade. (BRASIL, 2007)

Esse atual modelo de prestação de serviços de saúde do Brasil é resultado de um processo histórico de lutas do Movimento Sanitário Brasileiro, intensificado a partir dos anos 1970, passando pelos anos de 1986 quando ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (a qual lançou os fundamentos da proposta do SUS); até 1988 com sua promulgação da Constituição Federal. (RONCALL, 2003)

Portanto, o SUS foi criado com base na Constituição Federal Brasileira (CF) de 1988 e regulamentado por meio da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (1990, apud BRASIL, 2007, p.40). A partir de então, a saúde passou a ser definida como um “direito de todos” e considerada um “dever do Estado”. Tal direito é manifestado com a garantia de acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. Quanto ao dever do Estado, é expresso por um modelo de responsabilidade pelo financiamento do SUS. (BRASIL, 2007) Assim, o SUS foi criado para oferecer atendimento igualitário e cuidar e promover a saúde de toda a população. O Sistema constitui um projeto social único que se materializa por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros. (CARVALHO; BARBOSA, 2010)

Este novo modelo diferenciou-se do anterior; pois antes a saúde não era considerada um direito social, mas estava restrita aos envolvidos diretamente com o financiamento do sistema, por meio de contribuições sociais previdenciárias. No entanto, com a requalificação do direito à saúde, o SUS deixou de ser privilégio dos contribuintes da Previdência Social e tornou-se um direito de todos os cidadãos. (SOUZA, 2002)

Por sua vez esse modelo passou a se basear por uma concepção ampliada do processo saúde-doença, visto que o acesso a bens e serviços de saúde é um processo que depende de políticas públicas mais amplas que sejam capazes de prover qualidade de vida; de forma que associa inteiramente as ações preventivas às ações curativas (CARVALHO; BARBOSA, 2010). A Lei 8.080 estabelece diretrizes e princípios sobre o SUS que foram previstas conforme o artigo 198 da CF, os quais são:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência e;

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (BRASIL, 1990p. 3)

A concepção estrutural do Sistema Único de Saúde abrange: Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, cada uma dessas, tem atribuições diferenciadas que deve atender às especificidades da estrutura de poder, bem como dos interesses de grupos sociais nelas localizados. (BRASIL, 2006)

2.3 Controle, Avaliação e Auditoria do SUS

O Controle define-se como acompanhamento de normas e eventos, processos e produtos com o objetivo de verificar a conformidade dos padrões definidos e de detectar situação que impetra uma ação avaliativa mais detalhada. (REMOR, 2002 apud SÁ, LIMA, SILVA, 2009). Confirmando as informações do autor de acordo com Brasil (1998, p.6) o controle trata-se de um “monitoramento de processos (normas e eventos), com objetivo de verificar a conformidade dos padrões estabelecidos e de detectar soluções de alarme que requeiram uma ação avaliativa detalhada e profunda”.

De acordo com a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB/96), as ações de controle devem privilegiar os procedimentos técnicos e administrativos anteriores à execução dos serviços e autorização de pagamento, com foco em garantir ao usuário autorização de internação e procedimentos ambulatoriais, tendo um rigoroso monitoramento da regularidade e da veracidade dos registros de produção e faturamento de serviços, fundamentando a necessidade do usuário. (BRASIL, 1996)

De acordo com a Constituição Federal de 1988, em seu art. 198, as ações e serviços de saúde são de prominência pública, cabendo ao poder público, a regulamentação, fiscalização e controle, prontamente ou através de terceiros ou por pessoa física ou jurídica. (BRASIL, 1988)

A Avaliação consiste em uma análise dos processos e resultados das ações, com objetivos de verificar os padrões, critérios e parâmetros de eficácia, eficiência e efetividade estabelecida. (BRASIL, 1998). Para Brasil (2007) a Avaliação consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com objetivo de ajudar na tomada de decisões.

Auditoria consiste no exame sistemático autônomo dos fatos adquiridos através da observação, mediação, ensaio ou outras técnicas apropriadas de uma atividade, mediante a análise e verificação operativa: é avaliando a qualidade dos serviços, processos e sistema com objetivo de propiciar as informações necessárias ao controle efetivo sobre a organização e sistema, assim contribuindo para o aperfeiçoamento. (BRASIL, 1998)

2.4 Contrato de serviços de saúde

Quando a oferta de serviços assistenciais de saúde não são suficientes para suprir a demanda e garantir a cobertura assistencial, o gestor estadual ou municipal pode complementar com a contratação de instituições privadas de assistência à saúde, desde que comprove a necessidade da contratação. A Constituição define que “As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes desde, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”. (BRASIL, 1988 p. 2)

Assim se estabelecem as medidas de regulação e controle na contratação de serviços de saúde. A lei 8080/90 prevê que é de responsabilidade do Município a celebração de contratos e convênios com entidades de serviços privados de saúde bem com controlar e avaliar sua execução, nessa mesma lei é previsto que é competência da União promover a descentralização para Unidades Federadas e para os Municípios de serviços as ações de saúde. (BRASIL, 1990)

Conforme Brasil (2007) “a participação das instituições privadas de assistência à saúde no SUS será formalizado mediante contrato ou convênio”. Conforme Brasil (2007) os contratos de prestação de serviços são ferramentas importantes para gestão, fiscalizando e avaliando os serviços prestados, assim melhorando a qualidade dos serviços prestados.

As Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS 01/2002 tem como objetivo organizar a regionalização da assistência, procurando enfrentar o que foi denominado de “Automatização do SUS” em sistemas municipais isolados, sendo de responsabilidade dos estados a competência de organizar o fluxo da assistência intermunicipal por meio de plano Diretor de Reorganização. (BRASIL, 2007)

Segundo Farias et al. (2011) a regulação garante maior efetividades as ações e serviços de saúde visando assegurar os objetivos sociais. Devido a sua relevância e complexidade este processo de implementação vem se consolidando a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda de acordo com este autor a introdução de ações regulatórias no SUS se fortaleceu com a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) - 01/2001 e 01/2002, Pacto pela Saúde em 2006, Lei Orgânica da Saúde n. 8080/90 e através da Política Nacional de Regulação 1559/08.

2.5 Licitação

Conforme Brasil (2007) a Licitação é um processo administrativo mediante o qual a administração pública tem a possibilidade de escolher a proposta mais vantajosa para contratação de seu interesse. De acordo com a lei 8666/1993:

A licitação destina-se a garantir observância do princípio constitucional da isonomia, a seleção da proposta mais vantajosa para administração e a promoção do desenvolvimento nacional sustentável e será processada e julgada em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade administrativa, da vinculação ao instrumento convocatório do julgamento objetivo e dos que lhes são corretos. (BRASIL, 1993 p.1)

2.6 Tipos de Contratos

Existem alguns contratos que podem ser usados nesse processo de contratação das instituições privadas, a fim de suprir sua demanda, que serão descritos a seguir:

- Termo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP)

Este termo é usado quando a unidade prestadora de serviços de saúde pertence à outra esfera administrativa, usando a padronização entre diferentes esferas do governo, município, estado da união sob a gerência e gestão de outra, estabelecendo metas e determinando a elaboração de plano Operativo. (BRASIL, 2007)

- Convênio

O Convênio é um acordo entre Poder Público e uma entidade pública ou privada, com objetivos na realização de interesses em comum, de acordo com a colaboração das partes. (DI PIETRO, 2006^a, apud BRASIL, 2007)

- Contrato de Gestão

O Contrato de gestão para Meirelles (2003b, apud BRASIL, 2007 p.13) é um contrato propriamente dito, pois não há interesses contraditórios, conceituado como um acordo de direito.

- Contratos Administrativos

O Contrato de Gestão trata-se de um acordo que administração pública firma com uma entidade particular ou outras entidades administrativas com a finalidade de realizar objetivos e interesses públicos nas condições estabelecidas pela administração pública. (MEIRELLES, 2003B apud BRASIL, 2007)

- Plano Operativo

O Plano Operativo conforme Brasil (2007) é um instrumento no qual são apresentadas ações serviços, atividades, metas quantitativas e qualitativas e indicadores a serem pactuados entre gestores e prestadores de serviços de saúde.

3 FLUXO DE CONTRATAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE

O fluxograma representa o percurso a ser percorrido para que empresas e instituições que estejam dentro das exigências solicitadas pelos órgãos responsáveis pela licitação, possam participar da contratação de serviços em saúde.

Para que as instituições sejam contratadas é importante entender o processo de contratação de empresas prestadoras de serviço, assim é importante lembrar que esse processo começa desde a elaboração do “Plano Municipal de Saúde que é definida como uma ferramenta importante para a gestão, pois apresenta uma análise situacional, apresentando metas, diretriz e objetiva a ser alcançada durante o período de quatro anos do governo”. (BRASIL, 2009)

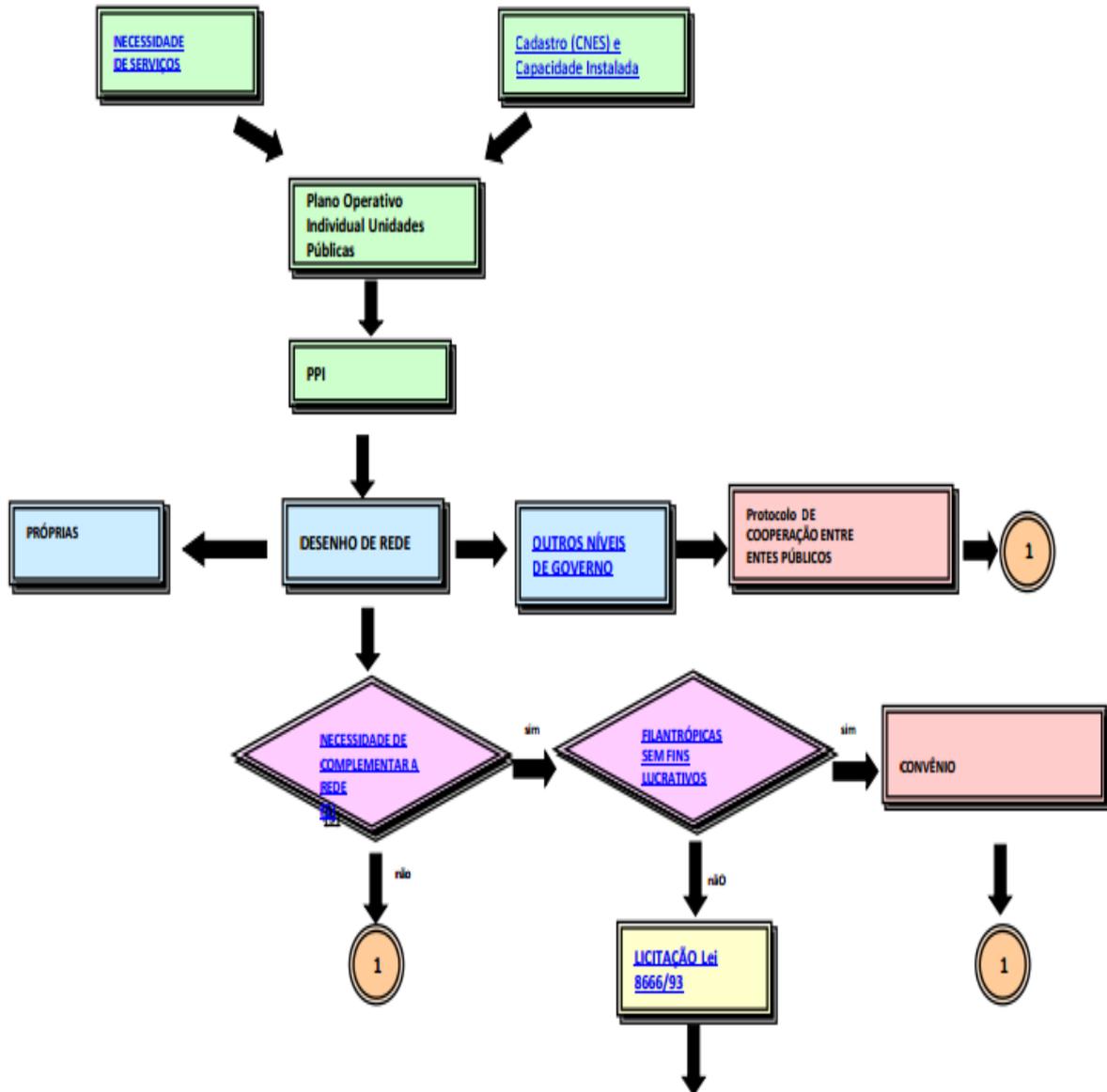
A Programação Anual de Saúde (PAS) trata-se de um relatório formalizado as ações e recursos e outros elementos que contribuem para execução dos objetivos e cumprimentos das metas do Plano de Saúde. (BRASIL, 2009). Conforme o artigo 36 §2º da lei complementar nº 141, os municípios deverão enviar A Programação Anual de Saúde ao Conselho Municipal de Saúde, para aprovação antes de data de encaminhamento da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) do exercício correspondente. (BRASIL, 2012)

A Portaria nº 161 em seu artigo cinco dispõe que “o Plano Operativo Anual deverá explicitar as metas físicas assumidas pelo gestor, relativas ao período de 12 meses, a partir da data de assinatura do PCEP, devendo ser anualmente revistas e incorporadas ao PCEP, mediante a celebração de Termo Aditivo”. (BRASIL, 2010)

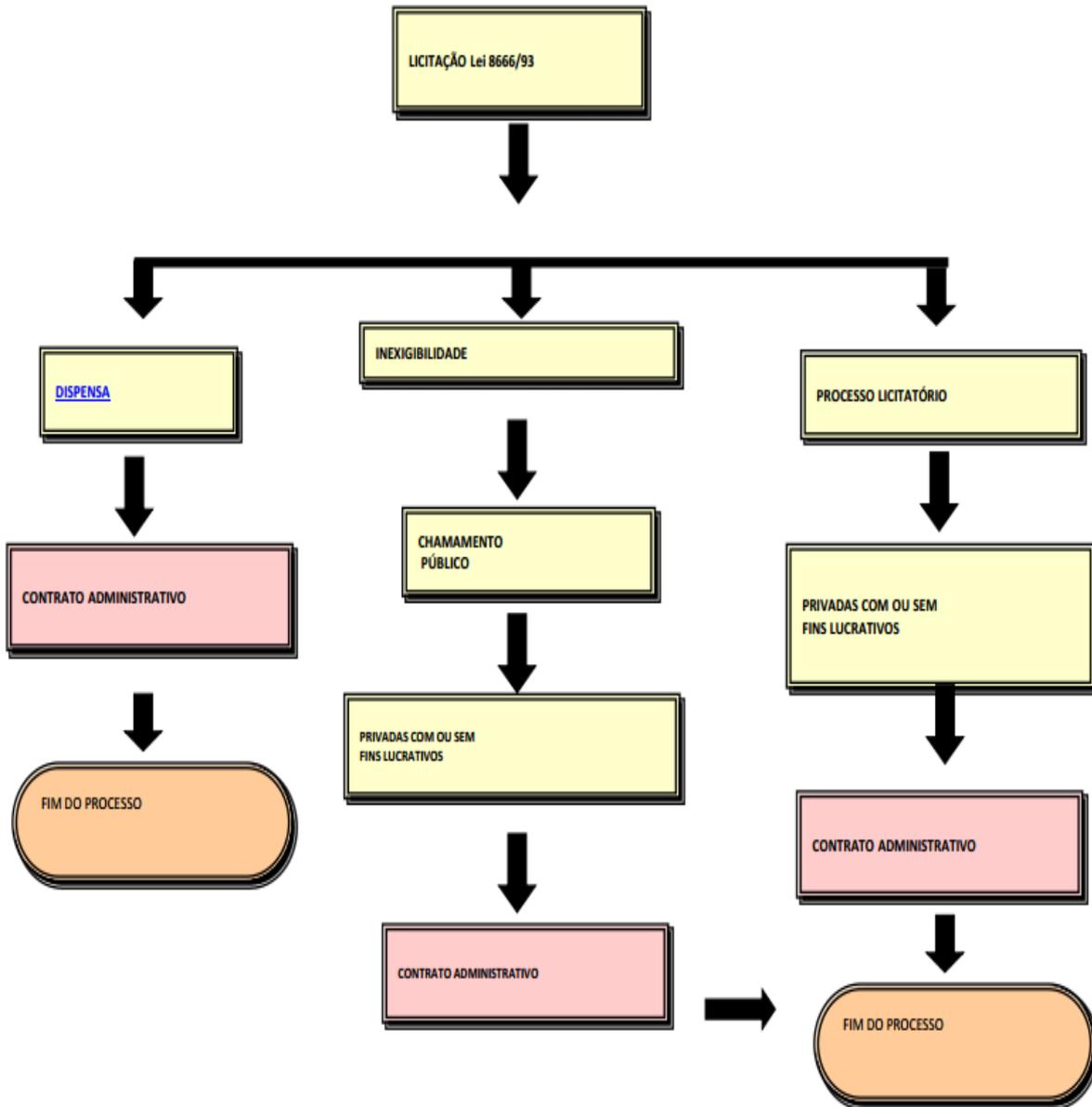
A Programação Pactuada e Integrada (PPI) se trata de um desenho reorganizador da rede assistencial, serve como instrumento norteador para o gestor Estadual e Municipal. Esse instrumento estabelece as necessidades, quantidades, qualidades e quais parâmetros de qualificação os serviços de saúde complementares serão sujeito de contrato com a iniciativa privada. (BRASIL, 2007)

FLUXOGRAMA 1: Processo de contratação de serviços de saúde.

Esquema para a Contratualização de Serviços de Saúde



Continuação Esquema



Fonte: BRASIL 2007.

Legenda do fluxograma

É possível verificar no fluxograma que primeiramente o gestor analisa a necessidade de procedimentos de saúde através de levantamento de dados da população e depois apura a capacidade de atendimento instalado no município. Através desses dados é feito um Plano Operativo com a finalidade de identificar a necessidade de complementação dos serviços de

saúde, devendo este ser aprovado no Conselho de Saúde e constado no Plano de Saúde. A seguir a Programação Pactuada Integrada (PPI) e o gestor verificarão se a rede própria é capaz de suprir a necessidade da população. Se ficar comprovado que a rede tem a capacidade de suprir a demanda, o processo será finalizado; mas se caso seja comprovado que a rede é insuficiente, será necessário a contratação de complementação. Havendo instituições de outras esferas do governo que complementem esses serviços será feito então um acordo de Termos de Cooperação Entre Entes Públicos. (BRASIL, 2007)

Se mesmo depois da contratação dos Serviços Públicos ainda for constatada a necessidade de complementação da rede, o gestor deve recorrer ao serviço da rede privada. Conforme a CF/88 e a lei 8080/90 as entidades filantrópicas tem a prioridade da contratação, podendo firmar convênio diretamente com as Instituições que estão de acordo com requisitos. Na realização de qualquer contrato ou convênio o gestor deverá fazer uso da lei 8666/93, a lei que regula todo o processo licitatório.

O processo licitatório será dispensado quando o valor total do serviço for 10% do previsto no art. 23, inciso II, alínea lei 8666/93, ou se a demora na aquisição do serviço implica em prejuízos, como consta no art. 24, IV lei 8666/93. A exigibilidade de licitação ocorrerá quando ficar constatado que houve incapacidade de se instalar concorrência de licitantes. No caso de licitação inexigível, quando manifestado interesse por parte do gestor , poderá se fazer uso da Chamada Pública. Tanto a Chamada Pública como a Licitação, serão regidos por contratos administrativos com entidades privadas com ou sem fins lucrativos. (BRASIL, 2007)

4 METODOLOGIA

A metodologia são os procedimentos usados na pesquisa de maneira a cumprir os seus objetivos. A pesquisa científica se organiza quanto aos seus objetivos e quanto aos seus procedimentos. Optou-se pela pesquisa exploratória que “tem como objetivo de proporcionar a visão geral, de tipo aproximativo acerca da determinada fator”. (GIL, 2008 p.27)

Para atender ao objetivo específico de compreender o funcionamento de um setor (Controle, Avaliação e Auditoria) do SUS, utilizou-se Relato de Experiência.

Por meio da Revisão de Literatura e da Pesquisa Bibliográfica conseguiu-se analisar a situação da demanda de exames de ultrassonografia do município do Nordeste Catarinense e do Brasil, e conhecer o Fluxograma de solicitação de exames de ultrassonografia.

Segundo Gil (2002, p.44) a Pesquisa Bibliográfica “é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”.

4.1 Tipos de Pesquisa

A Pesquisa é de caráter Explicativo e Exploratório. Optou-se pelo Relato de Experiência como delineamento da pesquisa.

4.2 Local do Estudo:

O Relato de Experiência foi realizado num setor de Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde de um município do nordeste catarinense.

4.3 Seleção da Amostra

Os dados analisados neste trabalho contemplam informações referentes ao setor citado e de exames constantes no site do DATASUS e Secretaria Municipal de Saúde.

4.4 Período de Referencial

O período selecionado foi de janeiro a dezembro de 2015.

4.5 Análise dos Dados

Primeiramente foram colhidos do sistema SISREG, DATASUS e CNES, todos os dados referentes ao número de exames de ultrassonografia aguardando na fila para realização do procedimento e também os realizados no período, com o objetivo de saber o quantitativo durante o ano de 2015.

4.6 Análises dos resultados

Após esse levantamento foi possível analisar as informações e traçar os mapas, elaborar tabelas e gráficos que posteriormente foi comparado com a literatura existente.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterizações da Organização Estudada

A Secretaria Municipal de Saúde de Joinville tem como missão: “Oferecer serviços de saúde com vigilância e assistência ao cidadão joinvilense”. E como visão: “Ser um forte sistema de saúde, informatizado e interconectado, que promova a integralidade, a universalidade, à equidade e a ética, contribuindo decisivamente para a qualidade de vida da população” (BRASIL, 2014, p.3). É responsável pela realização de contratos com estabelecimentos que prestam atendimento aos usuários do SUS em Joinville e região.

A Secretaria Municipal de Saúde se estrutura da seguinte forma: Secretário da Saúde, Diretor Executivo e cinco gerentes que comandam as unidades gerenciais.

O Gabinete compreende cinco áreas de coordenação, sendo elas: Administrativa; Análise e Acompanhamento de Processos; PROGESUS; Planejamento e Assessoria de Imprensa e a Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde.

A Gerência de Unidade de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria (GUPCAA) possuem quatro áreas, sendo: Controle/Avaliação/Auditoria; Regulação; Programação e Ouvidoria.

A Gerência de Unidade de Serviços de Referência (GUSR) com catorze serviços que oferecem tratamentos especializados em diferentes áreas, sendo ele, Pronto Acolhimento Psicossocial (PAPS), Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil (CAPSi); Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II); Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III); Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD); Serviços Organizados de Inclusão Social (SOIS); Núcleo de Assistência Integral ao Paciente Especial (NAIPE); Núcleo de Pesquisa e reabilitação de lesões Lábio Palatais (Centrinho); Serviço Integrado de Assistência Ventilatória e Oxigenoterapia (SIAVO); Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Serviço de Atenção Móvel de Urgência (SAMU); Pronto Atendimento 24hs Sul, Norte e Leste, Policlínica Boa Vista e Residência Terapêutica I.

A Gerência de Unidade de Atenção Básica (GUAB) gerencia nove Regionais de Saúde e possui três áreas de coordenação, sendo: Núcleo de Apoio Técnico (NAT); Assistência Farmacêutica e Cadastramento e Acompanhamento do Usuário SUS.

A Gerência de Unidade Administrativa Financeira (GUAF) engloba dez áreas de coordenação, sendo: Credenciamentos/Contratos/Convênios; Suprimentos; Contabilidade; Financeira; Patrimônio; Transportes; Administrativa; Almojarifado; Tecnologia da Informação e Farmácia.

A Gerência de Unidade de Vigilância em Saúde (GUVS) compreende seis áreas, sendo: Vigilância Epidemiológica/Imunização/SVO/Prevenção de Violência e Acidentes; Unidade Sanitária; Vigilância Sanitária e Ambiental/Inspeção Veterinária; Vigilância Ambiental/CCZ; Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e Patologia Clínica.

5.2 Normas e Rotinas do Setor de Controle, Avaliação e Auditoria

O Setor de Controle, Avaliação e Auditoria é responsável por acompanhar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde; conta com uma equipe de 23 funcionários sendo oito do controle e avaliação e quinze de auditoria, e sendo eles divididos no turno matutino e vespertino.

O setor está localizado no primeiro piso da Secretaria de Saúde e divide espaço com dois outros setores: Regulação e Programação.

Regulação é responsável pela marcação de exames e consultas especializadas com grau de risco. O Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Regulamentação SUS por meio da portaria Nº 1559/08, que estabelece a dimensão de atuação da regulamentação. Conforme o artigo 2º a regulação é dividida em três dimensões de atuação: regulação de sistema de saúde, regulação da atenção à saúde e regulação do acesso à assistência.

I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;

II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. (Brasil, 2008.p.01)

A Regulação tem como função: orientar o encaminhamento dos pacientes para consultas de especialidades, serviços de apoio terapêutico e internações hospitalares; controlar o encaminhamento do paciente para os serviços; controlar e disponibilizar leitos vaga (públicos e conveniados/contratados) para internações referenciada a urgência, emergência e eletiva; realizar agendamentos de consultas de especialidades e SADT para as unidades requisitadas; e também atualizar o banco de dados dos cadastros das unidades prestadoras e subsidiar o gestor das alterações de oferta de serviços. (CALEMAN, MOREIRA, SANCHEZ, 1998)

A Programação é composta por duas linhas de ações: a linha um é destinada a ações do usuário em seu território, onde é de responsabilidade do gestor executar atividades vinculadas a unidades de saúde dentro de sua localização ou fora da área de abrangência. A linha dois refere-se as atividades executadas nas unidades de saúde dentro de seu território, referenciadas por outros gestores de outros distritos. Através das linhas é possível complementar as diretrizes do planejamento que permite à programação atuar como garantia da equidade (CALEMAN, MOREIRA, SANCHEZ, 1998)

O Controle da produção apresentada é feito para avaliar a veracidade dos procedimentos realizados, sendo então realizado um parecer sobre as informações prestadas. Segundo Brasil (2007) “O Ministério da Saúde entende de forma semelhante quando refere que o controle pode ser entendido como a supervisão contínua que se faz para verificar se o processo de execução de uma ação está em conformidade com o que foi regulamentado”.

São responsáveis por realizar o acompanhamento e faturamento dos contratos e convênios a equipe que divide entre si os contratos administrativos e credenciamentos universais e o funcionário que realiza o acompanhamento do contrato faz também o faturamento da produção apresentada. Com esse processo é possível identificar exames não realizados e valores que são cobrados erroneamente, e ao ser identificado é gerado uma glosa e passado o valor real a ser pago.

5.2.1 Processo de Faturamento

O Processo de faturamento é feito pelo setor de Controle, Avaliação e Auditoria que acompanha e controla os contratos das empresas conveniadas. Conforme os contratos firmados entre as empresas (sendo instituições privadas ou filantrópicas), é de obrigação do contratado prestar conta da produção realizada mensalmente para que possa ser feito o controle e análise das informações prestadas. Esse controle serve para verificar a veracidade das informações repassadas através de laudos médicos e guias médicas. É verificado se os valores dos procedimentos realizados estão de acordo com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimento Medicamento e OPM do SUS (SIGTAP), depois de conferir as guias, conferir os procedimentos e confirmar a veracidade da documentação é criado o Memorando Interno (MI) comunicando ao setor financeiro de que deve ser realizado o pagamento.

5.2.2 Exemplos de Controles de Serviços Complementares

a) Empresa A- Pregão 023/14

O Pregão 023/14 tem como objetivo atender pacientes que esperam por exames de ultrassonografia. O pregão oferece 16.245 exames ao todo e a instituição repassa mensalmente quantos desses exames foram realizados. Esses exames realizados são enviados ao setor de Controle e Avaliação, onde um funcionário é responsável por fazer o controle e avaliação das guias. As guias são separadas por procedimentos e é feito a conferência da

quantidade e valor total apresentado, sendo checados todos os nomes apresentados nos relatórios de produção, juntamente com as guias dos pacientes.

Depois de conferidas as informações são emitidas o relatório de controle, apontando discrepâncias, descontos, acréscimos, guias faltantes ou sobrando. É então apresentados os valores para que a Secretaria Municipal de Saúde efetue o pagamento à empresa. Depois de repassado o relatório para financeiro da instituição é feito a alimentação das planilhas de controle quantitativo e financeiro para apresentação à coordenação e gerência.

b) Empresa B- conferência do convênio.

O Convênio é responsável por realizar exames, consultas e cirurgias para o SUS. Mediante um contrato com a secretaria de saúde, os exames são realizados conforme autorização do setor de regulação. Mensalmente a empresa envia ao setor a produção realizada durante o mês, sendo então verificados laudos, fichas de internação, guias médicas e documentos referentes a materiais usados em cirurgias. Essa documentação é analisada uma por uma, e os códigos de procedimentos executados são consultados na tabela do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Médicos e OPM do SUS (SIGTAP) a fim de verificar a conformidade com a tabela. Depois de ser avaliado, analisado e faturado é passado o faturamento juntamente com cópia das documentações para gerência, e então a gerência passa para o governo do estado, que faz a análise e dá o parecer para realizar o pagamento dos procedimentos realizados.

c) Empresa C- avaliação do contrato de gestão.

Através da produção apresentada é feito o controle da produtividade a fim de verificar se as metas foram alcançadas. São conferidos os procedimentos e quantidades realizadas e em seguida são lançadas em tabelas para fazer o controle mensal, depois de pronto é feito um Memorando Interno (MI).

d) Empresa D - controle de produção referente ao projeto de cirurgias eletivas.

É feito uma tabela com as informações de recebimento das AIH espelho e definitiva, que é onde são preenchidas as quantidades de procedimentos, valores das AIH e incentivo de acordo com relatório apresentado. Depois de pronta, a tabela é enviada para o Hospital recolher as assinaturas dos responsáveis, e retornar para Secretaria de Saúde. Após a Secretaria de Saúde assinar, é elaborado o Ofício e repassado para o Estado conferir. Depois de conferido é devolvido para Secretaria, que autoriza o pagamento, e repassa o MI para o financeiro, para que seja efetuado o repasse do fundo.

Optou-se por numerar as empresas para manter o sigilo.

5.3 Demanda e Oferta de Exames de Ultrassonografia

Os Parâmetros Assistenciais servem como ferramentas na gestão, orientando o gestor no aperfeiçoamento da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2002). Esses Parâmetros oferecem subsídios para análise da necessidade de oferta de serviços assistenciais da população e realizam o acompanhamento da elaboração do planejamento e da Programação Pactuada e Integrada da saúde e auxiliando no Controle, Avaliação e Auditoria dos serviços da saúde.

Para que o Município possa atender a demanda de exames é preciso fazer um planejamento da sua população e calcular a quantidade de consultas para que possa fazer o cálculo de exames que ele deve oferecer para sua população anualmente. Para isso é feito o cálculo de acordo com os Parâmetros Assistenciais. Conforme Brasil (2002) segue abaixo a fórmula para calcular essa quantidade necessária de exames:

Fórmula para cálculo:

EX: $\text{POP} \times \text{CM OU A} =$ Total de consultas, atendimentos mês da população em estudo.

12

POP= POPULAÇÃO

CM = CONSULTA MÉDICA (2 OU 3 HABITANTES POR ANO)

A= ATENDIMENTOS

12= N° DE MESES

O estudo abordará assunto referente o tempo de espera para os exames de ultrassonografia no Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Joinville. Conforme exposto em Marinho (2006) quando o sistema de preços não é o mecanismo determinante da produção e do consumo dos bens e produtos em saúde, as filas surgem como um resultado dos descompassos entre a oferta e demanda.

A demora no atendimento exerce significativos impactos negativos no bem-estar dos pacientes e familiares envolvidos e gera custos adicionais importantes ao sistema de saúde.

Como forma de complementar esses serviços, entra a participação privada no Sistema Único de Saúde, prevista no art. 199, da constituição federal da republica, é os contratos de direito público ou convênios.

As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. (BRASIL.1988)

5.3.1 Medida complementar: Pregão 023/14

Com medida de complementação dos serviços de saúde do município a Secretaria Municipal de Saúde recorrer à contratação de uma Instituição privada a fim de suprir sua necessidade de assistência. Em 14 de Junho de 2014 é lançado o edital da abertura do pregão 023/2014, que se trata de um pregão presencial com objetivo de contratação de empresas de serviços de ultrassonografia. De caráter complementar no Sistema Único de Saúde (SUS), o Pregão foi homologado por uma empresa de São Paulo, e a mesma é responsável pela realização do total de 16.245 exames de ultrassonografia, que começou em 2014 e continuará ao longo dos próximos anos, estando eles classificados a seguir:

TABELA 1: Procedimentos contratados.

EXAMES DE ULTRASSONOGRRAFIA	TOTAL DE EXAMES
ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORAXICA	1350
ULTRASS. PÉLVICA (GINECOLOGICA)	437
ULTRASS. ARTICULAÇÃO	140
ULTRASS. DE ABDÔMEN SUPERIOR	672
ULTRASS. ABDÔMEN TOTAL	3223
ULTRASS. APARELHO URINÁRIO	2363
ULTRASS. DE BOLSA ESCROTAL	54
ULTRASS. DE MAMA BILATERAL	150
ULTRASS. UNILATERAL	150
ULTRASS. ORGÃO E ESTRUTURA	274
ULTRASS. PRÓSTATA (VIA ABDÔMEN)	119
ULTRASS. PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)	150
ULTRASS. DE TIROIDE	499
ULTRASS. DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	150
ULTRASS. DOPPLER COLORIDO DE VASOS	150
ULTRASS. MAMARIA BILATERAL	3036
ULTRASS. OBSTÉTRICA /DOOPLE COLOR. E PULSO	150
ULTRASS. TRANSFONTANELA	150
ULTRASS. TRANSVAGINAL	3028
TOTAL DE EXAME	16245

Fonte: CONTR empresa 1 – (2014)

5.4 Fluxos de atendimento do usuário do SUS

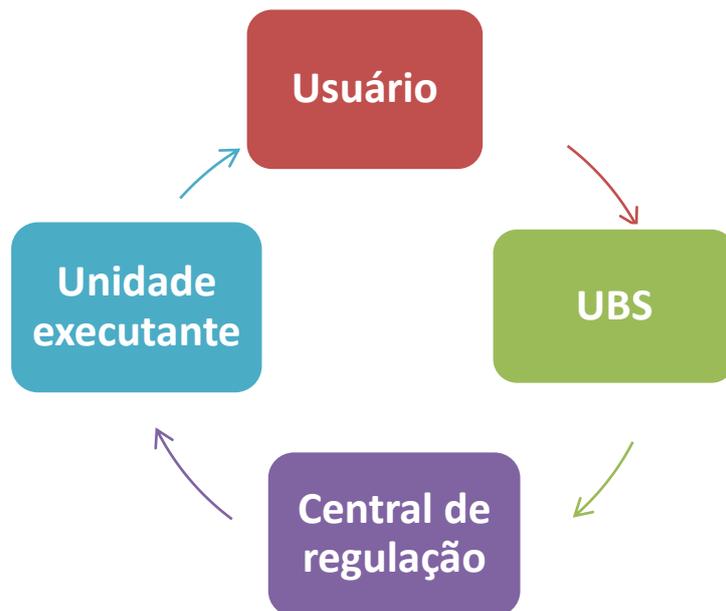
As Unidades Básicas de Saúde transformam-se em porta de entrada para o sistema, o que significa aproximar a porta de acesso aos serviços de maior complexidade (Hospitais, Policlínicas, Laboratórios, Radiologia, Especialidades) da residência da clientela. Dessa forma, o acesso a estes serviços ocorre mediante o encaminhamento devido pela Unidade de Saúde, com marcação de consultas e exames nas Unidades mais próximas da residência dos pacientes (ORTIGA, 2006)

As Unidades Básicas de Saúde disponibilizam o primeiro atendimento para o usuário. Esse atendimento ocorre da seguinte forma: o usuário chega à Unidade Básica de Saúde para atendimento, o profissional de saúde solicita os exames complementares, esse pedido é enviado pela unidade para o setor de Regulação do município. A pós o pedido ser autorizado

pelo setor, é devolvido para a unidade solicitante e o usuário é avisado sobre a data e local para realização do exame.

A seguir o fluxograma desse processo:

FIGURA 1: Fluxo de atendimento e encaminhamento de consultas especializadas.



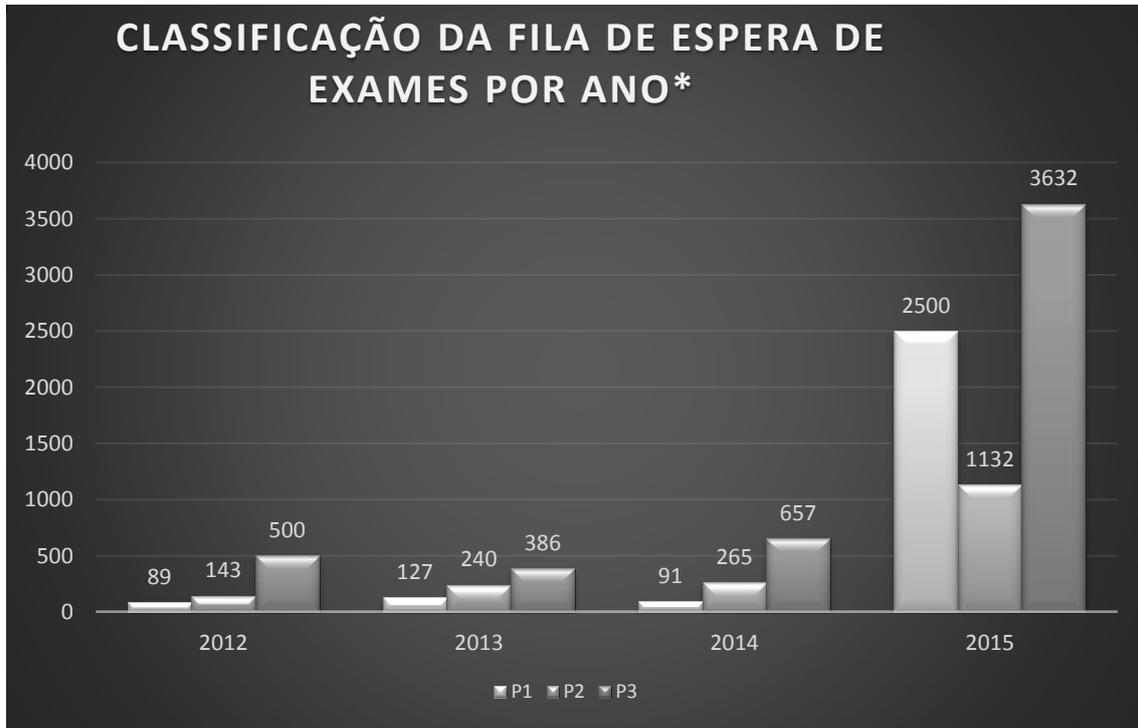
Fonte: Primária, 2016.

5.4.1 Classificação da fila de espera de exames de ultrassonografia de 2012 a 2015 em Joinville SC

A oferta de exames de ultrassonografia no município é muito menor que a demanda. Quando se trata de média e alta complexidade fica mais visível essa diferença, por isso a demanda reprimida é tão evidente. Conforme podemos verificar no gráfico a seguir, a fila de espera por exames de ultrassonografias, e o número de usuários que aguardam para realizar esses exames é classificado em três categorias, sendo que a classificada como p3, ou seja, menor urgência é o que representa maior espera por não apresentar risco à vida. Exames que são considerados de rotina ficam de dois a três anos nesta fila. Como faltam protocolos com

valores definidos a ser ofertado de acordo com prioridades, esse quadro atual não tem previsão de melhora, ou seja, redução na espera por exames sem urgência.

GRÁFICO 1: Classificação da fila de espera de exames de ultrassonografia de 2012 / 2015



Fonte: Parizoto,2016.

Os dados apresentados foram disponibilizados pelo SISREG, sendo eles informações levantadas no período que compreende de 2012 a 2015, de acordo com o protocolo de prioridades da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Demonstra que o tempo de espera do usuário varia de acordo com esse protocolo, que determina a urgência de exames de acordo com a legenda abaixo:

P1 – urgente

P2 – prioridade

P3 – rotina

A fila em 16/11/2015 somava de 7.566 exames esperando realização.

5.4.2 Exames realizados em 2015 em Joinville SC

Os dados apresentados a seguir são os exames realizados pelo SUS no município. No período de janeiro a dezembro de 2015, conforme dados do governo federal (foi usado o sistema TABWIN, que tabula dados desenvolvidos pelo do DATASUS, a base de dados do SUS) foram realizados um total de 1427 exames de ultrassonografia no município estudado, nesse período.

GRÁFICO 2 : Número de exames de ultrassonografia realizados no período de Janeiro a Dezembro de 2015, no município referenciado.



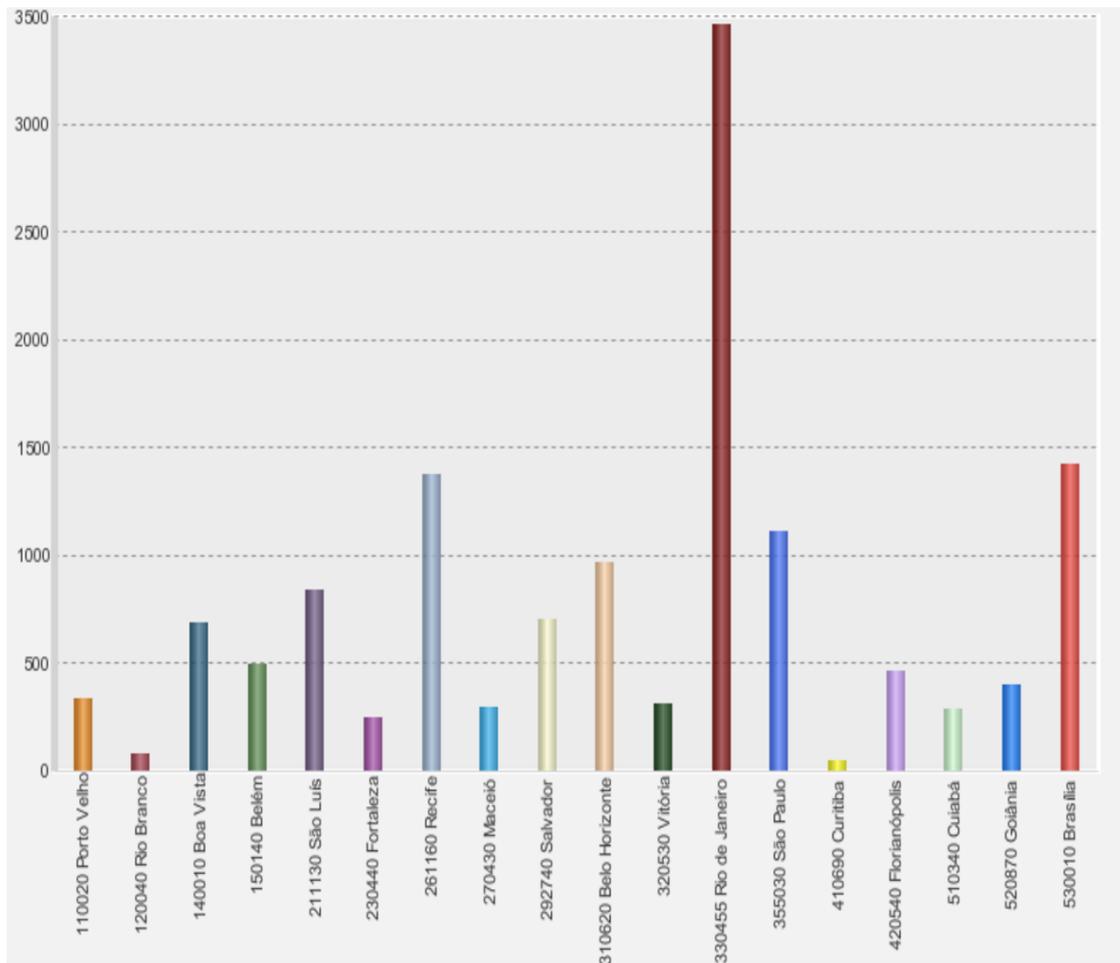
Fonte: TABWIN, adaptado pelas autoras (2016).

Conforme gráfico 1, podemos constatar que em 2015, haviam 7.264 pedidos de exames de ultrassonografia aguardando na fila da Secretaria Municipal de Saúde do município, e conforme gráfico 2 foi realizado pelo SUS 1427 exames no mesmo período. Através dos dados podemos visualizar a crescente demanda, e a longa espera dos usuários.

5.4.3 Exames de Ultrassonografia Realizados nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal em 2015

O gráfico 3 apresenta 18 capitais do Brasil e o total de exames de ultrassonografia realizados no ano de 2015. Podemos observar que o Rio de Janeiro realizou um total de 3.466 exames de ultrassonografia em 2015, já Salvador realizou um total de 70 exames no mesmo período. Dados coletados do site do Governo Federal (DATASUS).

GRÁFICO 3: Quantidade de exames de ultrassonografia realizados nas capitais em 2015.



Fonte: TABWIN/DATASUS (2015)

6 CONCLUSÃO

Como forma de regulação temos o setor de Controle, Avaliação e Auditoria que faz o controle dos procedimentos realizados pelo (SUS), dando ao usuário a garantia que o serviço contratado esteja funcionando da forma correta e com qualidade no atendimento. O controle desses procedimentos, além de proporcionar ao usuário um bom atendimento, garante que nenhum exame que não tenha sido realizado por falta do usuário ou da parte da empresa seja descontado da quantidade ofertada pela empresa.

Podemos observar que o fluxo de exames está diretamente relacionado com o setor de Controle, Avaliação e Auditoria, pois desde que o exame é solicitado pelo médico cria-se um processo que não acaba depois que o exame é realizado e sim quando é analisado e verificado a veracidade das informações apresentadas, garantindo que o atendimento foi realizado.

É certo que os Parâmetros Assistenciais servem como ferramenta que ajuda no planejamento de oferta de exames, porém é visível que a forma usada para cálculo de exames está parcialmente degradada. A população do Brasil em 2002 era de 179,4 milhões de habitantes, atualmente esse número chega a aproximadamente a 204,0 milhões. Observa-se que nesse meio tempo o Brasil tem passado por várias fases de altos e baixos e não foi feita nenhuma sequer alteração na fórmula de cálculo, deixando lacunas no sistema que podem ser a explicação para filas reprimidas em espera de procedimentos ambulatoriais.

A demanda reprimida de exames de ultrassom é um problema complexo que precisa ser resolvido. O fortalecimento das ações na atenção básica poderá através da prevenção reduzir as causas da solicitação deste exame. No entanto o planejamento criterioso do PPI poderia melhorar a oferta destes exames através da contratualização de um número adequado à demanda.

Anualmente realiza-se a avaliação de atenção básica onde são confrontadas as metas propostas no plano municipal de saúde com ações efetivamente realizadas, o que inclui o planejamento do nº de ultrassom e quantidade realizado. Assim todo ano tem como ver se a demanda foi atendida ou se continua reprimida.

Referências

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Das Disposições Gerais. Brasília 19 de setembro de 1990/ 169º da Independência e 102º da República, p.1.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acessado em Janeiro de 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretária de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS/ Conselho Nacional de Secretário de Saúde - Brasília: CONASS, 2007. V. 9, p.17.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro9.pdf. Acessado em janeiro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégia e participativa. **A construção do SUS. História da Reforma Sanitária e do Processo Participativo/ Ministério saúde, Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa.** – Brasília. Ministério da Saúde, 2006, p. 26. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao_do_SUS_2006.pdf. Acessado em ; Março de 2016.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Da Saúde. **Da Saúde.** Conselho Nacional da Saúde. Brasília 5 de outubro de 1988, p. 1. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf. Acessado em: Outubro de 2015.

BRASIL. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. **Dispõe sobre o Direito e Deveres dos Usuários da Saúde.** Brasília-DF p.1. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2009/01_set_carta.pdf. Acessado em: Abril de 2015.

BRASIL. **Manual de Normas de Auditoria / Diretora, Deildes de Oliveira Prado et allii.** – Brasília: Ministério da Saúde, 1998 p. 6. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_normas_auditoria.pdf. Acessado em: maio de 2016.

BRASIL. Lei 141, de 13 de janeiro de 2012. **Das Prestações de Conta**. Brasília. p.7. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm. Acessado em: Junho de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 161, de 21 de janeiro de 2010**.p.1. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0161_21_01_2010.html. Acessado em: Junho de 2016.

BRASIL. Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde. **Conselho de Saúde, 06 de Novembro de 1996**. P. 15. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>. Acessado em: maio de 2016.

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de à saúde. **Departamento de Regulação Avaliação e controle de Sistemas**. Manual de Orientação para Contratação do Serviço no Sistema Único de Saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_orientacoes_contratacao_servicos_sus.pdf. Acessado em Agosto de 2015.

BRASIL. **Lei nº 8.66, de 21 de junho de 1993**. Brasília. Disponível em; http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8666cons.htm. Acessado em: agosto de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde SUS. Portaria Nº 1559, de 1º de agosto de 2008. P.01**. Saúde legis – sistema de Legislação da Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acessado em: Maio de 2016.

BRASIL. Ministério de Estado da Saúde. **Parâmetros Assistenciais do SUS. Portaria nº 1101/ GM, 21 de junho de 2002**. P.01.Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/regulasaude/2009/PN%20PORTARIAS%202009/nvos%20pdfs%202009/PT%20GM%201101%2012.06.2002.pdf>. Acessado em: Julho de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS (DATASUS) Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Beneficiários por Município, Assistência Médica por Município. 2012. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/> . Acesso em: 9 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações do Sistema Único de Saúde- DATASUS. **Exames de Ultrassonografia Realizados em Janeiro a Dezembro de 2015**.

CARVALHO, Antônio Ivo de. Políticas de Saúde: **Fundamentos e Diretrizes do SUS**/ Antônio Ivo de Carvalho. Pedro Ribeiro Barbosa – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/ UFSC, Brasília: CAPES: UAB, 2010 p. 36. Disponível em: file:///C:/Users/Qualidade/Downloads/Políticas_de_Saude_GS_Miolo_Online_10-08-10.pdf. Acessado em: março de 2016

CAMARGO. Caroline Leite de. Saúde: **Um Direito Essencialmente Fundamental**. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XVII, n. 120, janeiro 2014. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=14074. Acessado em: Outubro de 2015.

CALEMAN. Gilson. **Auditória, Controle e Programação de Serviço de Saúde, volume 5**/ Gilson Caleman, Maria Cecília Sanchez, Marizélia Leão Moreira. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. P.07. –(Série Saúde & Cidadania). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume05.pdf. Acessado em: maio de 2016.

KREMKAU, F.W. **Diagnósticos por ultrassom. Princípios e instrumentos**. 4vol. Artes Médicas, Porto Alegre, 1996.

UNIC. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. -Janeiro 2009. Disponível em: <http://www.dudh.org.br/wp-content/uploads/2014/12/dudh.pdf>. Acesso em: Outubro de 2015

FARIAS. S.F. et al. **A Regulação no Setor Público de Saúde**. Os Dez Caminhos de Assistência Médica – Hospitalar. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.16, supl. 1, s1043 -1053, 2011, p. 400,4008. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_351476802.pdf. Acesso em: março de 2016.

GIOVANELLA, L. et. Org; **Políticas e sistema de Saúde no Brasil (online)**. Rio de Janeiro, 2012, 2 edição, p.39. Disponível em:<https://books.google.com.br/books?id=Is0VBgAAQBAJ&pg=PA39&lpg=PA39&dq=%E2%80%9Cas+pol%C3%ADticas+vis%C3%A3o+tornar+transparentes+a+a%C3%A7%C3%B5es+do+governo,+reduzindo+os+efeitos+da+descontinuidade+administrativa+e+potencializando+os+recursos+dispon%C3%ADveis&source=bl&ots=BP5hfsUsa&sig=qt7DzuMf0tCIRa4CbKRapNjYVZw&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwjKo-7Y97vMAhUGIJAKHdHIA7gQ6AEIHDA>. Acessado em: outubro de 2015.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social/** Antônio Carlos Gil. – São Paulo; Altas. 2008. Disponível em: <https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>. Acessado em: maio de 2016.

___GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar Projetos de Pesquisa /** Antônio Carlos Gil- 4 ed. – São Paulo: Altas 2002. Disponível em: https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod_resource/content/1/como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf. Acessado em: Abril de 2016.

MELO Enirtesc. P.; CUNHA, Fátima T.S. **Fundamentos da Saúde**. 2. Ed. Rio de Janeiro: SENAC Nacional, 1999.

MARINHO, Alexandre. **Um Estudo Sobre as Filas para Transplante no Sistema Único de Saúde Brasileiro**. Cad. Saúde Pública. V.22. N-10. Rio de Janeiro, 2006. P.01. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006001000029&lng=pt&nrm=iso&tIng=pt. Acessado em: Fevereiro de 2016.

PARIZOTO, Jaine. **Análise dos Fatores Impactantes na Fila de Espera de Exames de Ultrassonografia na Cidade de Joinville.**/ Jaine Parizoto – Joinville: Instituto Federal de Santa Catarina, 2016 p.47.

RONCALL, A.G. **O Desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde no Brasil e a Construção do Sistema Único de Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003. Cap.2. p. 2.

Disponível em: http://www.professores.uff.br/jorge/desenv_pol_pub_saude_brasil.pdf.
Acesso em: Março de 2016.

SÁ, Ana Lúcia da Hora e. **Contribuições do controle, avaliação e auditoria com a gestão municipal do Sistema Único de Saúde: a experiência do município de Olinda – Pernambuco/** Ana Lúcia da Hora e Sá, Elizandra Ferreira de Lima, Ricardo Ernestino da Silva. — Recife: A. L. H. e Sá, 2009. 11-55 f.: il.

SOUZA. Renilson Rehem de. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro.** São Paulo: Ministério da Saúde - Brasil 2002, p. 16. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf. Acesso em: janeiro de 2016.

SILVA, Edna Lucia da . **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação/** Edna Lúcia da Silva, Eстера Muszkat Menezes. -4. Ed. Ver. Atual. – Florianópolis: UFSC, 2005.
Disponível em:https://projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia_de_pesquisa_e_elaboracao_de_teses_e_dissertacoes_4ed.pdf. Acessado em: maio de 2016.

ORTIGA, A.M.B. **Estrutura e Dinâmica das Unidades de Saúde,** 2006.