



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

# Considerações sobre a saúde e Sistema Único de Saúde Brasileiro: Estudo de caso no Estado do Rio Grande do Norte

**Joana Rita Sequeira Neto**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Prof. Doutor Henrique Martins

Covilhã, junho de 2016



# Agradecimentos

Um especial agradecimento ao meu orientador, Professor Doutor Henrique Martins, pela oportunidade única de trabalhar numa área tão interessante, pela motivação, pelos conhecimentos partilhados, pelos momentos de paciência, amizade e dedicação na realização da presente dissertação, sem a qual a realização do trabalho não teria sido possível.

A todos aos entrevistados que colaboraram comigo no Brasil e que se disponibilizaram a responder pacientemente a todas as minhas questões ao longo das entrevistas. Um agradecimento especial à Márcia Pellençe e à Maria Eufrásia, pela ajuda e apoio na organização das entrevistas realizadas. Obrigado por partilharem o vosso conhecimento.

Um muito obrigado pelo companheirismo e amizade dentro da minha segunda família na Covilhã, em especial à Rita, à Marta, à Sónia, à Popi, à Caldi, à Andreia, à Ana Lu, à Martinha e à Cat. À Camila, pelos momentos de motivação, inspiração e paciência e por esta grande amizade no final do curso.

Ao Diogo que tanto me ajudou ao longo destes meses e pelos eficazes momentos de encorajamento!

Aos meus pais, irmã e cunhado por todo o amor, paciência e apoio demonstrado ao longo de toda a minha vida, e por me fazerem ver que a vida não é só estudar.

A todos aqueles que de alguma forma me ajudaram na realização deste trabalho.



# Resumo

**Introdução:** Os Sistemas de Saúde podem ser analisados de forma sistemática de modo a ser possível avaliar a sua performance e os seus resultados em saúde, bem como a serem passíveis de comparação. O Brasil é um país caracterizado por heterogeneidade cultural, territorial, racial e política, tendo cada Estado uma realidade distinta. Recorrendo ao estágio hospitalar e em cuidados de saúde primários na cidade de Natal e ao contacto com uma nova realidade em saúde, pretendeu-se estudar o sistema de saúde brasileiro, nomeadamente no Rio Grande do Norte.

**Objetivo:** (I) analisar a organização do sistema de saúde brasileiro e do SUS, em específico no Rio Grande do Norte; (II) analisar a performance do sistema de saúde e do SUS no Rio Grande do Norte; (III) compreender a gestão do sistema de saúde e do SUS no Rio Grande do Norte; (IV) analisar o estado de saúde da população do Rio grande do Norte; (V) refletir sobre os obstáculos a uma melhor saúde existentes no Rio Grande do Norte e sobre os meios de superação dos mesmos.

**Métodos:** uso de duas estruturas teóricas: I) o Modelo de Avedis Donabedian para análise da organização e performance do sistema de saúde, através da sua divisão em “estrutura”, “processo” e “resultado”; II) o Modelo de Kelley and Hurst (2006), para análise das atividades e qualidade dos cuidados de saúde bem como o seu impacto no estado de saúde da população fazendo recurso, entre outras ferramentas, aos indicadores em estudo comparados com os valores médios da OCDE explicitados no relatório “Health at a Glance 2015”. Para recolha de dados foram utilizados: i) Recolha documental física e virtualmente; ii) Recolha de entrevistas; III) Processo mini-etnográfico de experiência pessoal com o sistema de saúde durante cinco meses no Brasil.

**Resultados:** O SUS é um sistema de saúde “tendencialmente” universal, já que na prática não tem capacidade de abranger toda a população do Rio Grande do Norte. Existem muitos fatores intrínsecos que têm impacto negativo no alcance da equidade em saúde no RN tais como a dimensão do território, o grau de pobreza e situação política instável e seu caráter interventivo. A gestão do SUS no RN é frágil, existindo falhas na formação de gestores estaduais e municipais, o que pode tornar os cuidados de saúde menos efetivos e eficientes. A regionalização foi um processo que beneficiou o Rio Grande do Norte no que toca à distribuição mais equitativa dos cuidados de saúde e esforços continuam a ser feitos para melhorar esta estratégia. Existe subfinanciamento da saúde por, mais explicitamente pela União, o que propicia o “esgotamento” de recursos financeiros para investimento em saúde do RN e dos seus

Municípios. Os cuidados de saúde primários têm evoluído positivamente ao longo dos anos, apresentando ótimos resultados de cobertura da ESF, que se refletem em vários indicadores como os internamentos evitáveis por causas sensíveis aos cuidados de saúde, cobertura de imunizações e TMI. Os cuidados de saúde terciários e secundários encontram-se mais atrasados quanto à sua *performance* já que os indicadores hospitalares e integrados refletem precaridade nos seus resultados. O estado de saúde da população do RN apresentou melhoria ao longo dos anos nomeadamente na EMV e perceção do estado de saúde. No entanto, os indicadores de mortalidade geral e mortalidade por causas seleccionadas, apesar de apresentarem valores inferiores, acompanham a tendência crescente dos países da OCDE. A falta de médicos é uma realidade que o RN enfrenta historicamente, no entanto, mesmo com o aumento do seu número com o programa “Mais Médicos”, o rácio médico-doente continua a ser baixo e insuficiente. O RN tem-se empenhado na melhoria do acesso à saúde e no combate às iniquidades existentes na população. Para isso os gestores continuam a unir esforços, apostando na formação específica profissional, na implementação de políticas de saúde efetivas, no fortalecimento das redes de assistência e no fornecimento de meios para uma vida mais saudável da população.

**Conclusão:** O SUS é um sistema de saúde em evolução que enfrenta muitos obstáculos. O papel dos gestores de saúde é crucial para o atingimento das metas propostas. A saúde no Rio Grande do Norte apresenta resultados promissores e uma tendência positiva e as estratégias e políticas de saúde implementadas pelo SUS parecem ir de encontro à superação dos desafios que o Estado encara.

## Palavras-chave

Sistema de Saúde, Gestão em saúde, Financiamento, Planeamento, Rio Grande do Norte, Brasil.

# Abstract

**Introduction:** Health care systems should be systematized so as to be possible to assess their performance and their health outcomes, as well as to be comparable. Brazil is a country characterized by cultural, territorial, racial and political diversity, each State having a distinct reality. Resorting to hospital and primary health care training in Natal associated with contact with a new reality in health, we intend to study the Brazilian Health Care System, especially in Rio Grande do Norte.

**Aim:** (I) to analyze the organization of the Brazilian health care system and the SUS, specifically in Rio Grande do Norte; (II) to analyze the performance of the health care system and SUS in Rio Grande do Norte; (III) comprises the management of health care system and SUS in Rio Grande do Norte; (IV) to analyze the health state of Rio Grande do Norte population; (V) reflect on the obstacles existing to better health in Rio Grande do Norte and the means of overcoming them.

**Methods:** use of two theoretical frameworks: I) the Avedis Donabedian model for analysis of the organization and performance of the health system, through its division in "structure", "process" and "result"; II) the Kelley and Hurst model (2006) for analysis of activities and quality of health care and its impact on the health status of the population making use of, among other tools, the indicators under study compared with the average values of OECD explained in the "Health at a Glance 2015". For data collection were used: i) physical document collection and virtually; ii) interviews collection; III) mini-ethnographic process with personal experience in the health system for five months in Brazil.

**Results:** SUS is an health care system that "aims" be universal, since in practice is not able to cover all of Rio Grande do Norte population. There are many intrinsic factors that have a negative impact on health in achieving equity in RN such as the size of the territory, the degree of poverty and unstable political situation and its interventionist character. SUS management in RN is fragile and there are flaws in the formation of state and municipal managers, which can make health care less effective and efficient. Regionalization was a process that benefited the Rio Grande do Norte with regard to the more equitable distribution of health care and efforts continue to be made to improve this strategy. There is health underfunding, more explicitly by the Union, which provides the "depletion" of financial resources for investment in health care of RN and its municipalities. Primary health care has evolved positively over the years, presenting excellent results in the coverage of the ESF, which are reflected in various indicators such as avoidable hospitalizations for sensitive causes of health care, immunization

coverage and TMI. Tertiary and secondary health care are behind performance wise as hospital and integrated indicators reflect precariousness in their results. The health status of the RN population has improved over the years especially in EMV and perception of health status. However, overall mortality indicators and mortality from selected causes, despite having lower values, follow the growing trend of OECD countries. The lack of doctors is a reality that the RN faces historically, however, even with the increase in their number with the "Mais Médicos" program, the doctor-patient ratio remains low and insufficient. The RN has been engaged in improving access to health and to combat existing inequalities in the population. For that managers continue to work together, focusing on specific professional training, implementation of effective health policies, strengthening of support networks and providing means for a healthier life of the population.

**Conclusion:** SUS is an evolving health system facing many obstacles. The role of health managers is crucial to overcome them and to the achievement of the proposed targets. Health in Rio Grande do Norte shows promising results and a positive trend, and health policies implemented by the SUS, seem to have been instrumental in overcoming the healthcare challenges that the state faces.

## Keywords

Health Care System, Health Management, Finance, Planning, Rio Grande do Norte, Brazil.

# Índice

Agradecimentos .....	iii
Resumo .....	v
Palavras-chave .....	vi
Abstract.....	vii
Keywords .....	viii
Lista de Figuras.....	xiii
Lista de Tabelas.....	xv
Lista de Acrónimos.....	xvii
1. Introdução .....	1
1.1 Breve História e princípios do Sistema Único de Saúde .....	2
1.1.1 Antecedentes .....	2
1.1.2 A Reforma Sanitária .....	2
1.1.3 A Doutrina e os princípios do SUS .....	3
1.1.4 O processo de implementação do SUS .....	4
1.2 Como estudar um Sistema de Saúde? .....	5
.....	7
1.3. Modelos de Financiamento .....	7
1.4. Sistemas de Informação em Saúde .....	8
1.5. Caracterização demográfica e macroeconómica do Brasil e Rio Grande do Norte.....	8
1.6 Objetivos da dissertação .....	9
2. Metodologia .....	10
2.1 Pesquisa documental.....	10
2.2 Investigação <i>in loco</i> .....	11
2.3 Estágio Hospitalar e em Centro de Saúde .....	12
2.5 Considerações Éticas .....	12
3. Resultados .....	14
3.1.Estrutura .....	15
3.1.1 A organização do Sistema de Saúde .....	15
3.1.2 Cuidados de Saúde Primários .....	23

3.1.3 Cuidados de Saúde Secundários e Terciários.....	27
3.1.4 Cuidados de Emergência.....	29
3.1.5 Políticas e Programas de Saúde .....	30
3.1.6 Financiamento do Sistema de Saúde .....	33
3.1.8 Estabelecimentos dos Cuidados de Saúde .....	38
3.1.9. Recursos Humanos .....	40
3.2. Processo .....	42
3.2.1 Indicadores de Cuidados de Saúde Primários .....	42
3.2.2. Indicadores de Cuidados Hospitalares .....	45
3.2.3. Indicadores Integrados .....	48
3.3. Resultado.....	50
3.3.1. Esperança Média de Vida à nascença.....	50
3.3.2. Taxa de Mortalidade Infantil.....	51
3.3.3. Mortalidade .....	52
3.3.4. Mortalidade por causas selecionadas.....	52
3.3.5. Perceção do Estado de Saúde.....	54
3.4 Determinantes de saúde não-médicos .....	55
4. Discussão dos resultados .....	56
4.1. Considerações sobre a organização do sistema de saúde e do SUS no RN .....	56
4.1.1 Regionalização da saúde.....	56
4.1.2 O Financiamento da saúde .....	57
4.1.3 Considerações sobre os Recursos Humanos.....	58
4.2 Considerações sobre a gestão do sistema de saúde e do SUS e planeamento em saúde	59
4.2.1 Ferramentas de gestão.....	59
4.2.1 Gestão participativa.....	60
4.3. Considerações sobre a <i>performance</i> do sistema de saúde e do SUS.....	61
4.3.1 Cuidados de Saúde Primários .....	61
4.3.1 Cuidados de Saúde Secundários e Terciários.....	62
4.3.3 Considerações sobre a rede de Urgência .....	64
4.3.4 Indicadores da atividade e qualidade dos cuidados de saúde.....	65
4.4 Considerações sobre o estado de saúde da população do RN .....	67
4.4.1 Esperança de vida à nascença e Taxa de Mortalidade .....	67
4.4.2 Taxa de Mortalidade Infantil.....	68
4.4.3 Mortalidade por causas selecionadas.....	69
4.4.4 Perceção do Estado de Saúde.....	70
4.4.5 Indicadores de saúde não-médicos .....	70
4.5 Considerações sobre os obstáculos a uma melhor saúde existentes no RN e sobre os meios de superação dos mesmos .....	70
4.6 Breve comparação entre o SUS e o Sistema Nacional de Saúde Português.....	73

4.6.1 Algumas semelhanças entre o SUS e o SNS .....	73
4.6.2 Algumas diferenças entre o SUS e o SNS .....	74
4.6.3 O estado de saúde .....	74
4.6.4 O que Portugal pode aprender com o SUS .....	75
4.7 Limitações do Trabalho .....	76
5. Conclusão .....	78
6. Bibliografia .....	81
7. Anexos.....	90



# Lista de Figuras

Figura 1 - Cronograma de implementação do SUS .....	5
Figura 2 - Representação do Modelo de Avedis Donabedian .....	6
Figura 3 - Representação do Modelo de Kelley and Hurst (2006) .....	7
Figura 4 - Esquema representativo da organização dos Métodos.....	13
Figura 5 - Esquema de apresentação dos Resultados.....	14
Figura 6 - Competências dos Órgãos de Gestão do SUS segundo a LOS .....	15
Figura 7 - Organograma institucional da SESAP/RN.....	16
Figura 8 - Mapa das 8 Regiões de Saúde .....	18
Figura 9 - Diagrama da organização dos órgãos de gestão e deliberativos do SUS e suas inter-relações.....	19
Figura 10 - Fluxograma entre Comissões Intergestores .....	20
Figura 11 - Competências dos Conselhos de Saúde .....	22
Figura 12 - Representação do Fluxo Financeiro do SUS .....	34
Figura 13 - Fluxo de transferência de recursos financeiros, "Fundo-a-fundo" e por "Remuneração por prestação de serviços" .....	36
Figura 14 - Número de Hospitais no RN .....	39
Figura 15 - Número de unidades de saúde de Urgência no RN.....	39
Figura 16 - Número de unidades de saúde dos CSS no RN .....	40
Figura 17 - Número de unidades de saúde dos CSP no RN .....	40
Figura 18 - Indicadores de Processo, Qualidade e Atividade dos Cuidados de Saúde.....	42
Figura 19 - Diagrama de indicadores do Resultado .....	50
Figura 20 - Conclusões finais.....	80



# Lista de Tabelas

Tabela 1 - População e número de Municípios de cada Região de Saúde em 2010 .....	18
Tabela 2 - Cobertura da ESF e AB no RN, Número de Municípios cobertos e % de cobertura .	24
Tabela 3 - Número de Equipas de Saúde da Família no RN inscritas no CNES .....	25
Tabela 4 - Número de Equipas NASF no RN inscritas no CNES .....	27
Tabela 5 - Cobertura do SAMU no RN, em % .....	30
Tabela 6 - Despesa em saúde total, Federal, Estadual e Municipal, em milhões de reais (Br) e em percentual do PIB estadual .....	35
Tabela 7 - Despesa em saúde per capita Total, Federal, Estadual e Municipal, reais correntes .....	35
Tabela 8 - Beneficiários de planos de saúde privados de assistência médica, número absoluto e % de cobertura, RN e 7ª Região de saúde .....	37
Tabela 9 - Número de médicos, enfermeiros, nutricionistas, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, número absoluto e por 1000 habitantes .....	41
Tabela 10 - Distribuição dos médicos pelas regiões de saúde do RN, número absoluto e por 1000 habitantes .....	41
Tabela 11 - Cobertura de vacinação de crianças na faixa etária recomendada, Vacina tetravalente e Vacina contra Hepatite B, em % .....	43
Tabela 12 - Exames de rastreio do cancro do colo do útero e cancro da mama, número absoluto e proporção de mulheres rastreadas, em % .....	44
Tabela 13 - Internamentos evitáveis por causas sensíveis aos Cuidados de Saúde, em % .....	45
Tabela 14 - Camas públicas e privadas totais, número absoluto e por 1000 habitantes .....	45
Tabela 15 - Camas-SUS públicas e privadas, número absoluto e por 1000 habitantes .....	46
Tabela 16 - Tempo médio de internamento, em dias .....	47
Tabela 17 - Partos executado por cesariana, em % .....	47
Tabela 18 - Consultas médicas per capita, por ano .....	48
Tabela 19 - Unidades de IRM e TC disponíveis no RN distribuídas por prestador público e privado, número absoluto e por milhão de habitantes .....	49
Tabela 20 - Esperança de vida à nascença, em anos e por sexo .....	50
Tabela 21 - Número de óbitos de crianças com menos de 1 ano por 1000 nados vivos .....	51
Tabela 22 - Número de óbitos por todas as causas, por 100 000 habitantes .....	52
Tabela 23 - Número de óbitos por causas selecionadas, valor absoluto e por 100 000 habitantes .....	53
Tabela 24 - Comparação de indicadores de atividade entre o RN e os países da OCDE .....	65
Tabela 25 - Resumo da comparação entre os indicadores no RN e nos países da OCDE .....	67



# Lista de Acrónimos

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitário de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
AV	Acidentes de Viação
CAPS	Centro(s) de Atenção Psicossocial
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNE	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRAC	Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
CS	Conselho(s) de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CSS	Cuidados de Saúde Secundários
CST	Cuidados de Saúde Terciários
DAB	Departamento de Atenção Básica
DCI	Doença Cardíaca Isquêmica
DCV	Doença Cerebrovascular
DM	Diabetes <i>mellitus</i>
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
VIH/SIDA	Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IECSCS	Internamentos Evitáveis por Causas Sensíveis aos Cuidados de Saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IRM	Imagem por Ressonância Magnética
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transsexuais
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MAC	Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde

NASF	Núcleo(s) de Apoio à Saúde da Família
NM	Neoplasia Maligna
OCDE	Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PS	Pronto Socorro
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede(s) de Atenção à Saúde
RN	Rio Grande do Norte
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel às Urgências
SES	Secretaria(s) Estadual(ais) de Saúde
SESAP/RN	Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
SI	Sistema(s) de Informação
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SIS-PPI	Sistema de Informação de Programação Pactuada e Integrada
SMS	Secretaria(s) Municipal(ais) de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tomografia Computorizada
TM	Taxa de Mortalidade
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URSAP	Unidade Regional de Saúde Pública
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

# 1. Introdução

A saúde, direito fundamental estabelecido na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), e é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como sendo “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a inexistência de doenças ou enfermidades”(1). No entanto, consoante a realidade social, política e económica de um país, será mais fácil ou mais complexo garantir este estado para toda a sua população.

Com a Declaração Alma-Ata, admitiu-se que “A promoção e proteção da saúde são essenciais para o bem-estar do homem e para o desenvolvimento económico e social sustentável”. Para além disto todos sabemos que a saúde é uma das grandes prioridades na vida de cada indivíduo (2).

Um Sistema de Saúde, definido pela OMS como “o total de todas as organizações, instituições e recursos em que o principal propósito é melhorar a saúde” assume o papel crucial na abordagem à saúde de um país. “ Um bom sistema de saúde fornece serviços de qualidade a todos os indivíduos, onde e quando estes precisem desses serviços” (3). Dentro do Sistema de Saúde estão todos os serviços de saúde, que incluem todos aqueles que lidam com o diagnóstico, prevenção, promoção e tratamento, e que manejam todas as fontes de “fazer saúde” como dinheiro, recursos humanos, equipamentos, ou medicamentos. Melhorar o acesso, qualidade e cobertura dos serviços de saúde implica “balancear” todos estes fatores de modo a obter os melhores resultados para a população que servem (4).

Os determinantes de saúde são elementos que influenciam invariavelmente de modo positivo ou negativo a saúde, e no geral estão fora do controlo do setor da saúde. São exemplos: fatores económicos como o comércio, sociais como a pobreza, ambientais como as alterações climáticas e ainda tecnológicos como a tecnologia de informação(1). Os fatores sociais representam a maior fonte de desigualdades em saúde e são relevantes para o estudo das prevalências de doenças numa comunidade. Fatores como classe social, *stress*, exclusão social, trabalho, desemprego, assistência social, vícios, alimentação ou transportes, foram identificados em 2008 (5).

A equidade pode ser vista numa perspetiva igualitária, em que é definida horizontalmente como “tratamento igual para igual necessidade” ou verticalmente como “diferente tratamento para necessidades diferentes”. Em estudos sobre serviços de saúde equidade refere-se na noção horizontal. Portanto esta está presente quando o acesso é dependente da necessidade e não de outros fatores socioeconómicos ou demográficos (6).

O Brasil é um exemplo em que, a heterogeneidade social e situações frágeis de caráter político e econômico contribuem para desigualdades em saúde, não só entre os Estados como dentro de cada Estado (6).

## 1.1 Breve História e princípios do Sistema Único de Saúde

### 1.1.1 Antecedentes

Antes da criação do Sistema única de Saúde (SUS) em 1990 na sequência da aprovação da Lei Orgânica da Saúde (LOS), o Ministério da Saúde (MS) desenvolvia de modo gratuito a toda a população, juntamente com os Estados e Municípios, ações de promoção da saúde, vacinação e campanhas de controle de endemias. No que se referia a assistência médico-hospitalar resumia-se a poucos hospitais especializados em psiquiatria e tuberculose e à ação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública em áreas do interior do Norte e Nordeste do país. Estes serviços eram prestados em forma de caridade aos “indigentes”, a parte da população sem qualquer direito à assistência à saúde (7).

O INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) departamento do Ministério da Previdência Social, tinha como função assistir os trabalhadores e seus dependentes de um determinado grupo de associados do segundo e terceiro setores econômicos. Deste modo, o INAMPS encarregou-se de construir unidades de atendimento hospitalar e contratação de serviços privados em todo o território para a prestação de cuidados de saúde destes beneficiários. No entanto, o INAMPS aplicava mais dinheiro comparativamente com a percentagem representativa da população total nos estados mais ricos do Sul e Sudeste, e em específico em cidades maiores, onde estavam mais trabalhadores dos setores em causa. Concluindo, existiam 3 grupos distintos no que toca ao acesso à saúde: aqueles sem qualquer direito, os que podiam pagar os serviços e os contemplados pelo INAMPS (7).

A partir dos anos 70 notou-se uma crise no financiamento do INAMPS. No entanto, no fim da década de 80 este já cobria também trabalhadores rurais e extinguiu a exigência da “carteira de segurado do INAMPS” para atendimento nos hospitais próprios e públicos contratados. Assistia-se a uma tentativa de aproximação à cobertura universal da saúde (7).

### 1.1.2 A Reforma Sanitária

A reforma sanitária, nome dado ao movimento de reestruturação do Sistema de Saúde no Brasil, iniciou-se formalmente em 1976 pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, no entanto nasceu de um movimento social iniciado em meados de 1970 concomitante com a luta pela redemocratização do país (8).

A aprovação da saúde como direito do cidadão vem da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 onde também se planejaram os fundamentos do SUS e se construíram os alicerces para a sua

implementação. As propostas foram levadas à Assembleia Nacional Constituinte e em 1988 a reforma foi aprovada na nova Constituição (8).

### 1.1.3 A Doutrina e os princípios do SUS

Tendo por base o texto da constituição, fica claro que o SUS assenta sobre a universalidade, equidade e integralidade como doutrinas. Os princípios e diretrizes organizativos do SUS são: regionalização, hierarquização, resolubilidade, descentralização, participação social e complementaridade do setor privado.

Quando se fala em universalidade pretende-se garantir a assistência à saúde a todos os cidadãos brasileiros, por parte do Governo nas três esferas, federal, estadual e municipal. A equidade consiste em assegurar ações de saúde a todos os níveis e de acordo com a complexidade requerida a todos os cidadãos independentemente do local onde reside (9). No Artigo 196 “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que (...) assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação de saúde”(10). A integralidade representa a pessoa como um todo e a necessidade de uma abordagem não fragmentada no que diz respeito à prestação de cuidados de saúde(9).

A regionalização refere-se à delimitação geográfica onde uma parte da população é atendida, sendo feita com base em características demográficas, epidemiológicas e do território. Tem como objetivo diminuir as desigualdades de acesso e disponibilidade de serviços de saúde numa região, já que a equidade e integralidade da assistência têm que ser garantidas pela parte dos gestores dessa mesma região. A hierarquização consiste na organização dos serviços em níveis de complexidade crescente, sendo que serve para servir a população de uma determinada região. O acesso deve ser feito inicialmente através do nível primário que deve estar preparado para resolver os principais problemas de saúde. A combinação destes dois princípios privilegia o conhecimento da população e sua realidade, de modo a facilitar as ações de saúde (9,11). A resolubilidade é a capacidade de um serviço resolver determinado problema aquando solicitado pelo indivíduo.

A descentralização no Brasil consistiu na distribuição de responsabilidades pelas três esferas do governo (municipal, estadual e federal) tais como: financiamento e transferência de recursos, decisões, planeamento de programas de saúde, ações em saúde, autonomia na gestão etc. Assim, cada nível de governo tem competências específicas na sua área de atuação, o governo municipal encarrega-se do Município, o governo estadual do estado e regiões de saúde e o governo federal do correspondente nacional. Este processo envolveu assim legislação complementar e reformas administrativas, fiscais, institucionais e políticas em todos os níveis do governo. O que motiva a descentralização é a necessidade de participação de um maior número de pessoas nas tomadas de decisão, as mesmas que dependendo da esfera governamental a que pertençam estão mais perto da realidade que enfrentam *in loco* e os problemas e obstáculos da mesma. Há então o reforço do poder municipal na saúde nomeadamente na promoção da saúde da sua comunidade, ao que se chama de

municipalização da saúde e que se torna o eixo condutor da descentralização do sistema (8,9,12,13). Os Municípios passam a ser os “gestores estratégicos do SUS, dada a sua competência constitucional para prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços e atendimento à saúde da população”(10) .

Em teoria o sistema federativo descentralizado é o ideal para este país que prima pela diversidade e heterogeneidade já que beneficia o respeito democrático em situações de diferenças políticas, sociais, culturais, económicas e até religiosas. No entanto, torna mais difícil a implementação de políticas sociais, nomeadamente na área da saúde, de abrangência nacional, já que a realidade brasileira é caracterizada por desigualdades marcantes e exclusão social (7,14).

A participação dos cidadãos é outro princípio do SUS que complementa a descentralização. Este garante à população ser incluído nas tomadas de decisão, criação e aprovação de leis e programas de saúde e ainda controlo da execução dos mesmos. Tanto os utilizadores como os profissionais de saúde podem-se fazer representar nos Conselhos de Saúde (CS) bem como participar nas Conferências de Saúde. Cabe aos governos informar a população dos conhecimentos necessários para esta ter as ferramentas para tomadas de posição e participação ativa na sua saúde (9).

Artigo 199 “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do SUS, segundo diretrizes deste (...)”(10). A complementaridade do setor privado definiu-se para as situações em que haja insuficiência do SUS, mas sob três condições: contrato de direito público, a instituição privada deve se reger pelos princípios e doutrinas do SUS, estabelecimento de regionalização e hierarquização também para os serviços privados contratados (9).

#### 1.1.4 O processo de implementação do SUS

A implementação do SUS foi um processo gradual e vem descrita esquematicamente na figura 1. A LOS sofreu atualizações onde vieram descritos os princípios referidos anteriormente, bem como a definição de tipologias de financiamento a Municípios e estados por parte da união federal (13). O INAMPS foi inicialmente preservado e assegurou a continuidade do processo, no entanto, foi extinto em 1993, sendo “as funções (...) absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do SUS (...)” (7).

As Normas operacionais básicas (NOB) e as Normas Operacionais de Assistência à saúde (NOAS) sucederam-se, tentando melhor definir os fundamentos jurídico-institucionais que orientavam a operacionalização e financiamento do SUS (15). A NOB/96 introduziu novos modelos de financiamento dos cuidados de saúde primários (CSP) criando-se uma parcela específica federal para os CSP a cargo da gestão municipal - Piso de Atenção Básica (PAB) (13).

Posteriormente é implantado o Programa Saúde da Família (PSF) em 1998 e desde então tem-se expandido em grande escala no país. O PSF foi criado com o objetivo de reestruturar e organizar as Unidades Básicas de Saúde UBS (UBS) para que estas, gradualmente, se concentrassem na família e comunidade (8).

O documento “Diretrizes do Pacto pela Saúde - Consolidação do SUS”, aprovado em 2006 resulta do trabalho e discussão durante dois anos pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Este acordo entre os vários gestores do SUS apresenta três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. O Pacto apresenta uma série de alterações para a execução do SUS nomeadamente nos campos da regionalização, descentralização, regulação, formas de financiamento federal, participação social entre outros. Seguiram-se mais cinco volumes onde foram detalhadas as dimensões do Pacto, bem como metas e indicadores a atingir, os regulamentos para implementação regional e responsabilidades de cada gestor (11).

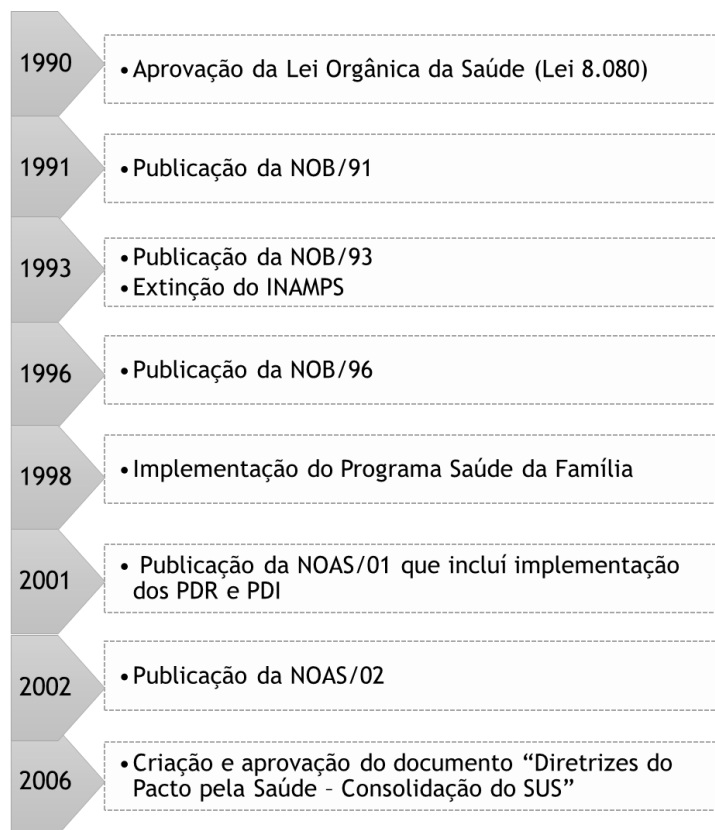


Figura 1 - Cronograma de implementação do SUS

## 1.2 Como estudar um Sistema de Saúde?

Torna-se importante sistematizar o estudo dos diferentes sistemas de saúde dos vários países. Por outro lado, a avaliação dos sistemas de saúde torna possível a melhoria de qualidade dos mesmos.

Um dos modelos utilizado é o de Avedis Donabedian, profissional que definiu o conceito de qualidade dos cuidados de saúde. Este *framework* é útil pois é flexível o suficiente para aplicar em diversos sistemas de saúde, sendo utilizado em diversos trabalhos realizados por investigadores na área. Donabedian criou então um modelo para medir a qualidade, através da análise de três dimensões: estrutura, processo e resultados (figura 2) (16).

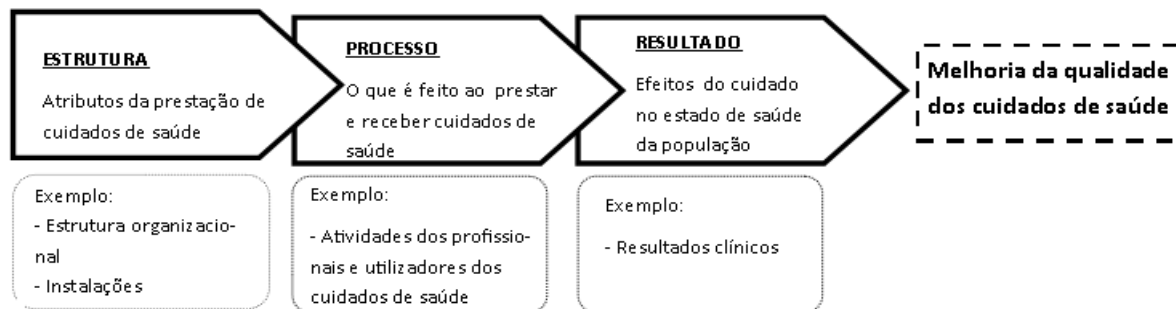


Figura 2 - Representação do Modelo de Avedis Donabedian (desenvolvido pelo autor com informação presente in *The Quality of Care. How can it be assessed by Avedis Donabedian* ) (17)

A “estrutura” engloba o contexto e características estáticas do sistema que garante assistência em saúde. Isto inclui “(...)os atributos dos recursos materiais (como serviços e dinheiro) dos recursos humanos (número e qualificações) e da estrutura organizacional...” (16,17).

O “processo” refere-se a todas as atividades que acontecem quando da procura pelos cuidados de saúde e a própria assistência aos pacientes nos cuidados de saúde. Do processo fazem parte dois aspetos do modo como a saúde é prestada: o aspeto técnico, que diz respeito à tecnologia e ciência na procura de maximização do balanço entre riscos e benefícios no diagnóstico e à terapêutica, e o aspeto “interpessoal” que aborda a relação médico-doente e todas as suas regulações e parâmetros éticos (16).

Os “resultados” são os efeitos da prestação de cuidados de saúde no estado de saúde dos pacientes e da população, e são auscultados indicadores de saúde, que permitem perceber se as metas propostas foram alcançadas. São divididos em “indicadores de resultados intermédios (qualidade das etapas do processo) e “indicadores de resultados finais” (16).

Outro modelo, de Kelley and Hurst (2006), esquematizado na figura 2, é utilizado para estudar o desempenho de um Sistema de saúde no contexto mais abrangente da saúde pública, e foi elaborado com vista ao Projeto de Indicadores de qualidade dos cuidados de saúde da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). Este modelo admite que o objetivo final de um sistema de saúde é melhorar o estado de saúde de uma população, sabendo que há uma grande

variedade de fatores que influenciam essa meta. Por um lado, os determinantes não-médicos e o próprio desempenho do sistema de saúde têm um grande impacto no estado de saúde. Por outro lado, outras variáveis afetam o desempenho do sistema de saúde, como os recursos humanos e a formação dos mesmos. Finalmente, o contexto demográfico e económico é outro determinante do estado de saúde (18).

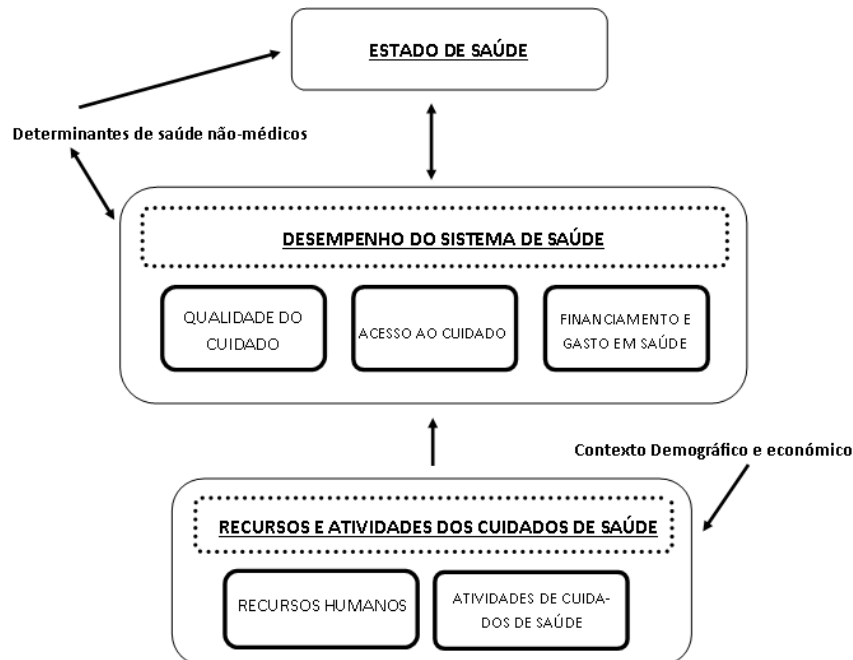


Figura 3 - Representação do Modelo de Kelley and Hurst (2006) in Health at a Glance 2015 (18)

### 1.3. Modelos de Financiamento

Há dois grandes modelos de financiamento da saúde baseados nas suas fontes de recursos. O modelo de Beveridge, anglo-saxão, sustenta-se no pagamento de impostos gerais e é constituído por vários prestadores públicos. O segundo modelo é o de Bismarck que assenta no financiamento por contribuições obrigatórias/cotas patronais ou dos trabalhadores ou seguros de saúde (19), é um modelo misto de prestadores públicos e privados. Em sistemas de saúde públicos o acesso à saúde é virtualmente 100%, já nos países com modelos mistos o acesso é dependente dos seguros de saúde suplementares (20).

O modelo de Beveridge tem algumas vantagens como fortes políticas nacionais de saúde com grande ênfase nos cuidados de saúde primários, mas no entanto o seu financiamento é instável já que há alterações anuais nos orçamentos nacionais e há poucos incentivos ao setor público. O modelo de Bismarck tem as vantagens de não ter relação ou depender do governo e o acesso direto a unidades de saúde privadas pelo sistema público. Já as desvantagens prendem-se com o facto dos mais pobres terem um pior acesso à saúde e terem que ser subsidiados (21)

Na América Latina a opção predominante foi a combinação dos dois modelos, no entanto no Brasil a escolha foi pelo modelo de Beveridge (19).

#### **1.4. Sistemas de Informação em Saúde**

Os Sistemas de Informação (SI) são um elemento crucial na organização e estrutura do sistema de saúde, considerados uma ferramenta de extrema importância para o processo de decisão e planejamento na saúde. Os SI aplicados à saúde evoluem rapidamente, já que existem permanentes alterações tecnológicas tanto em métodos de armazenamento, como de tratamento e disseminação de informação, aliando ao facto de que consoante a realidade para que são concebidos apresentam características distintas (22). Deste modo é importante estudar as experiências dos diferentes países nos SI.

#### **1.5. Caracterização demográfica e macroeconómica do Brasil e Rio Grande do Norte**

O Brasil é uma república federativa, com território de cerca de 8,5 milhões km<sup>2</sup> o que equivale a 47% do território da América do Sul. De fato, é o país mais populoso deste continente e o quinto do planeta, com um total estimado de 2003621000 habitantes a 1 de Janeiro de 2015 (23).

O sistema político apresenta três níveis autónomos de governação: federal, estadual e municipal. Ao todo existem 26 estados e 5 563 Municípios (incluindo o distrito federal) (8). O Rio Grande do Norte (RN) é um dos estados do Nordeste brasileiro, com 3 168 027 habitantes distribuídos por 167 Municípios numa área de 52 810,699 km<sup>2</sup>, representando 1,7% da população brasileira e 6% da população nordestina de acordo com o Censo Demográfico em 2010 (24).

A população brasileira é miscigenada, sendo 48,3% brancos, 43,8% pardos, 6,8% negros e 0,6% indígenas (8). Em específico no RN, o predomínio é da raça parda, e ressaltar a existência de três grupos indígenas e 68 comunidades quilombola (designação para descendentes de escravos negros que vivem em quilombos) (24).

A taxa de fertilidade no Brasil tem vindo a decrescer sendo em 2005 2,24 segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), passando em 2013 para o valor de 1,8 (25). O panorama reflete-se também no RN, em que a taxa de fecundidade desceu de 2,54 em 2000 para 1,95 em 2010 (24). A análise da pirâmide etária do RN revela ainda o envelhecimento geral da população ao longo dos anos, registando um índice de envelhecimento de 43,5 em 2012 comparando com 28,6 em 2000. O Estado está acima da média da Região Nordeste que apresentava um índice de envelhecimento de 38,6 em 2012 (26).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) procura averiguar as realizações de um país nas dimensões: vida longa e saudável, conhecimento e padrão de vida digno (27). No Brasil o IDH tem

vindo a sofrer alterações, em 1990 era de 0,71, em 2003 tinha o valor de 0,79 ano em que ocupava o 63º lugar no ranking do IDH das Nações Unidas (28). Em 2005 o RN apresentava um IDH de 0,738, estando em 21º lugar na média nacional (24). Em 2012 o país encontrava-se em 85º lugar numa lista de 186 países segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano de 2013 desenvolvido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (29).

O Coeficiente de Gini é um “IDH alternativo”, que permite comparar de um modo mais correto países entre si, apesar de criticado por alguns autores devido a limitações de dados e conceituais. Ele mede a desigualdade, em que 0 corresponde a igualdade e 1 a completa desigualdade (30). Este coeficiente melhorou de 2001 para 2010 com valores 0,59 e 0,55 respectivamente (7,28).

O Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* no Brasil tem vindo a aumentar ao longo dos anos, atingindo os 14750 (PPP US\$) ou 11690 (US\$) em 2013. A taxa de crescimento anual do PIB em 2013 foi de 2,5 (25).

A percentagem de população abaixo da linha de pobreza decresceu drasticamente no país sendo que em 1970 era de 67,9% e em 2010 de 30,7% (7). A região Nordeste, em comparação com a Região Sudeste do país, uma proporção maior.

A percentagem de população urbana no Brasil em 2013 era de 85% (29), passando para 85,7% em 2015 (25). Já no RN, taxa de urbanização apurada pelo Censo 2010 era de 77,8% sendo que pelo estudo do IBGE “Síntese de Indicadores Sociais 2015 - Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira” o valor foi estimado para 76,5% em 2014 (31).

## 1.6 Objetivos da dissertação

Os objetivos deste trabalho baseiam-se na abordagem e estudo das várias vertentes do sistema de saúde brasileiro, mais concretamente no RN, nomeadamente:

- (I) analisar a organização do sistema de saúde brasileiro e do SUS;
- (II) analisar a performance do sistema de saúde e do SUS;
- (III) compreender a gestão do sistema de saúde e do SUS;
- (IV) analisar o estado de saúde da população do RN;
- (V) refletir sobre os obstáculos a uma melhor saúde existentes no RN e sobre os meios de superação dos mesmos.

## 2. Metodologia

A metodologia utilizada fez uso das estruturas teóricas já mencionadas:

- i) O Modelo de Avedis Donabedian - para apoio na análise da organização e performance do sistema de saúde, através da sua tipologia em “estrutura”, “processo” e “resultado”.
- ii) De modo a analisar as atividades e qualidade dos cuidados de saúde bem como o seu impacto no estado de saúde da população, foi utilizado o Modelo de Kelley and Hurst (2006), fazendo recurso, entre outras ferramentas, aos indicadores em estudo comparados com os valores médios da OCDE explicitados no relatório “Health at a Glance 2015”.

Os materiais alvo de análise foram obtidos através de três tipos de pesquisa:

- i) Recolha documental física e virtualmente;
- ii) Recolha de entrevistas;
- iii) Processo mini-etnográfico de experiência pessoal com o sistema de saúde durante cinco meses no Brasil.

### 2.1 Pesquisa documental

As Bases de Dados utilizadas para a pesquisa foram:

- Internacionais: OCDE, OMS e Organização Pan-americana de Saúde;
- Nacionais: IBGE e DATASUS.

O DATASUS é uma ferramenta *online* que funciona como a base de dados que compila todas as base de dados com informação recolhida pelos SI do país. Do DATASUS é possível retirar qualquer dos indicadores desejados e agrupa-los em tabelas que o sistema automaticamente cria no momento da pesquisa. Este *site* está dividido em várias secções:

- Indicadores de Saúde e Pactuações
- Assistência à Saúde
- Epidemiologia e Morbidade
- Rede Assistencial
- Estatísticas Vitais
- Informações demográficas e Socioeconómicas
- Inquéritos e Pesquisas
- Saúde Suplementar

Foram usadas para a pesquisa *on-line* no PubMed e Google Acadêmico, as seguintes palavras-chave: SUS, sistema de saúde, Brasil, RN, Natal, Secretaria de Saúde, indicadores de saúde, cuidados de saúde primários, promoção de saúde, financiamento, programa de saúde.

Outros documentos utilizados para a pesquisa foram:

- Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte: 2012-2015;
- Planos de saúde Municipais de Natal;
- Documentos oficiais do Ministério da Saúde Brasileiro;
- Documentos oficiais da Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte;
- Documentos oficiais da Secretaria Municipal de Saúde de Natal;
- “Health at a Glance 2015 - OCDE Indicators”

Muitos dos documentos oficiais foram fornecidos pelos entrevistados aquando da visita aos departamentos, por esse facto alguns dos documentos poderão não estar disponíveis *on-line* para consulta.

## 2.2 Investigação *in loco*

No que concerne as entrevistas, foi elaborado um rol de perguntas generalistas em relação ao sistema de saúde brasileiro, as quais foram colocadas pessoalmente a intervenientes específicos na saúde do estado em questão. Estas entrevistas foram feitas entre Março e Junho de 2015 (anexo 1). O primeiro contacto com os entrevistados foi feito via *e-mail* ou contacto telefónico a partir de Janeiro de 2015. Devido à ausência de algumas respostas e endereços de *e-mail* errados, não foi possível chegar a todos os departamentos e responsáveis inicialmente pretendidos.

Os locais onde as entrevistas aconteceram foram divididos em três grandes setores físicos: i) Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte (SESAP/RN); ii) Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Natal e iii) Hospital Universitário Onofre Lopes. À parte destes locais, entrevistas foram feitas a personalidades relevantes na saúde do estado como o Ex-Secretário Municipal de Saúde de Natal, à Superintendente Técnica de um dos maiores operadores de seguros de saúde do Estado e alguns médicos especialistas em Saúde da Família.

Na SESAP/RN os departamentos visitados foram:

- Coordenadoria de Planeamento e Controlo de Serviços de Saúde
- Coordenadoria de Promoção à Saúde
- Coordenadoria de Operações de Hospitais e Unidades de Referência
- Central de Regulação Metropolitana

Na SMS Natal os departamentos visitados foram:

- Departamento de Atenção Básica
- Departamento de Vigilância em Saúde
- Departamento de Regulação, Avaliação e Controlo de Sistemas
- Departamento de Orçamento e Finanças, Assessoria de Planeamento Estratégico e da Gestão do SUS

## 2.3 Estágio Hospitalar e em Centro de Saúde

A estadia de cinco meses no Brasil através do protocolo com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte, permitiu ter mais uma base de pesquisa através da experiência pessoal nos serviços de saúde do RN, nomeadamente pelo estágio como estudante de medicina no Hospital Universitário Onofre Lopes (UFRN), na Unidade Básica de Saúde ligada à UFRN e na Maternidade referência do estado.

A convivência diária com profissionais de saúde, estudantes de medicina e com os utilizadores dos serviços de saúde, forneceu uma estrutura sólida para a execução desta pesquisa. A convivência com os hábitos, cultura e “língua” foram cruciais para a “absorção” de conceitos e ideias específicas do país e do Estado.

Este estudo classifica-se como “ Estudo Qualitativo de Orientação Etnográfica - Mini Etnografia”, e a abordagem seguida apossa-se no facto deste estudo ter por base o contacto direto “subjeto” com o objeto, ou seja, a vivência com este permite assimilar e caracterizar as suas especificidades físicas, culturais, sociais e ambientais (32).

## 2.5 Considerações Éticas

As entrevistas foram autorizadas tacitamente pelos próprios intervenientes que aceitaram a marcação de entrevista via *e-mail* em que foram explicitados os objetivos e parâmetros da pesquisa. A gravação via áudio do conteúdo da entrevista teve o consentimento dos intervenientes.

Para visitar a SMS Natal foi necessário preencher um Requerimento escrito endereçado ao Secretário Municipal de Saúde, a fim de validar a visita aos departamentos pedidos como “visita técnica” (anexo 2). Foi anexado o resumo do trabalho e uma declaração assinada pelo Diretor do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior (anexo 3).

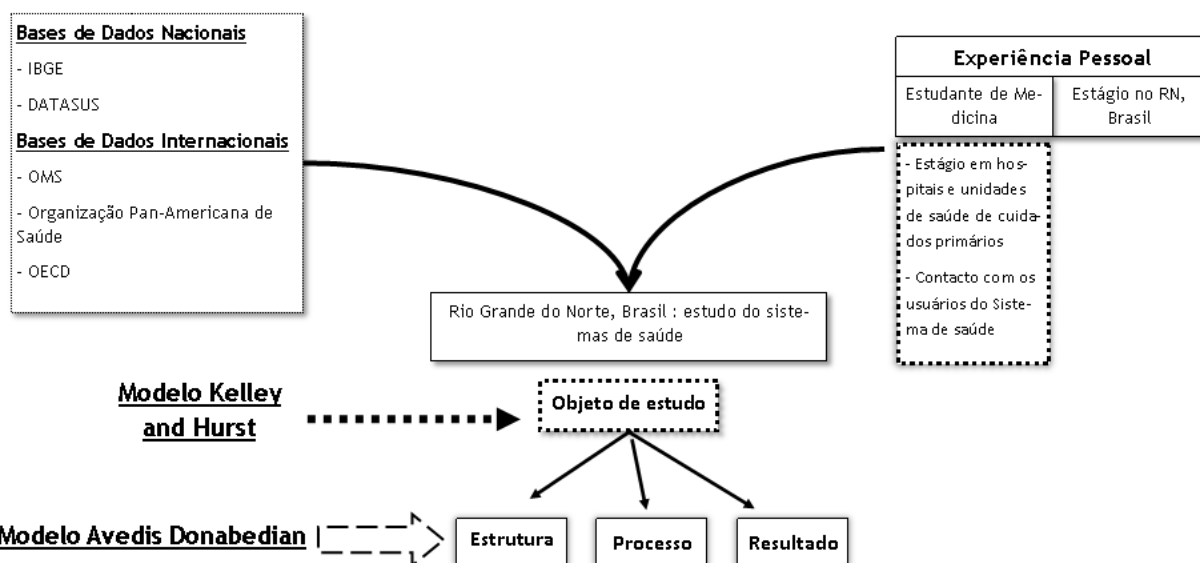


Figura 4 - Esquema representativo da organização dos Métodos

### 3. Resultados

A figura 5 é representativa de como os resultados podem ser apresentados segundo o Modelo de Avedis Donabedian com contribuição do Modelo de Kelley and Hurst. Na primeira secção (Estrutura) é dada uma visão geral da organização, gestão e funcionamento do Sistema de Saúde, neste caso o SUS, dos níveis de cuidado de saúde, financiamento, das políticas de saúde e alguns indicadores estruturais. Na segunda secção (Processo) serão apresentados alguns indicadores: vacinação infantil, rastreios do cancro do colo do útero e cancro da mama, internamentos por causas sensíveis aos CSP, camas hospitalares, tempo médio de internamento, partos por cesariana, número de consultas médicas e tecnologias médicas. Na secção do Resultado serão explorados os indicadores: a Esperança de Vida à nascença, Taxa de Mortalidade Infantil, Taxa de Mortalidade geral e por causas escolhidas e Perceção do Estado de Saúde. A quarta secção debruça-se sobre os determinantes de saúde não-médicos, parte integrante do modelo de Kelley and Hurst.

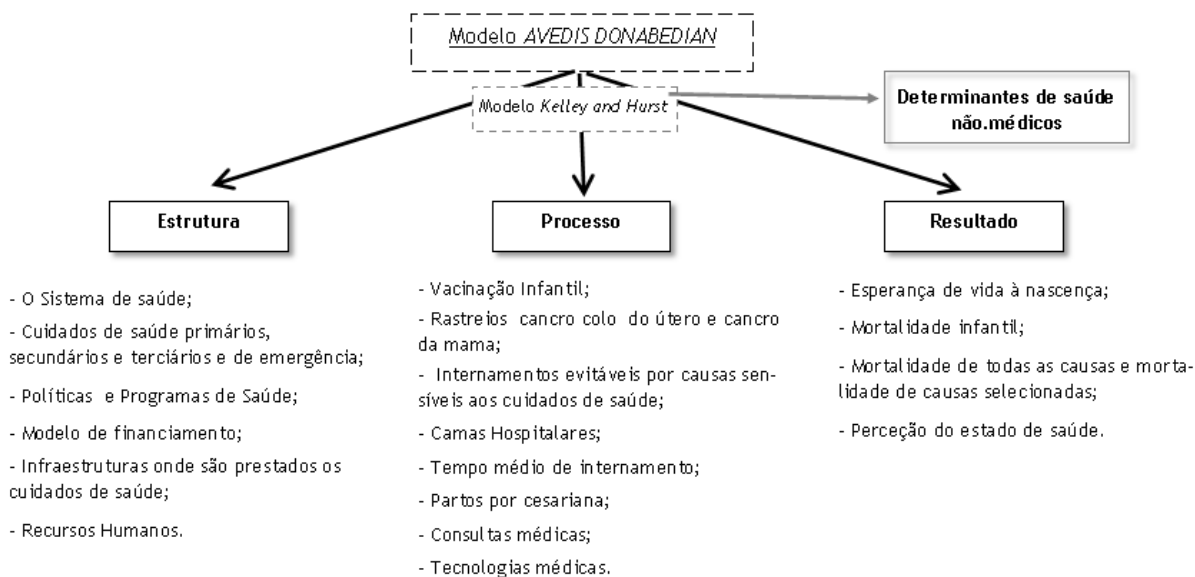


Figura 5 - Esquema de apresentação dos Resultados

### 3.1. Estrutura

#### 3.1.1 A organização do Sistema de Saúde

##### As esferas de gestão e ferramentas de gestão da saúde

Tal como o poder político, a saúde também ela é descentralizada. O MS tem sede em Brasília (Distrito Federal) com representante máximo o Ministro da Saúde, cada Estado possui uma Secretaria Estadual de Saúde (SES) e um Secretário Estadual de Saúde, e cada Município tem uma SMS e um Secretário Municipal de Saúde.

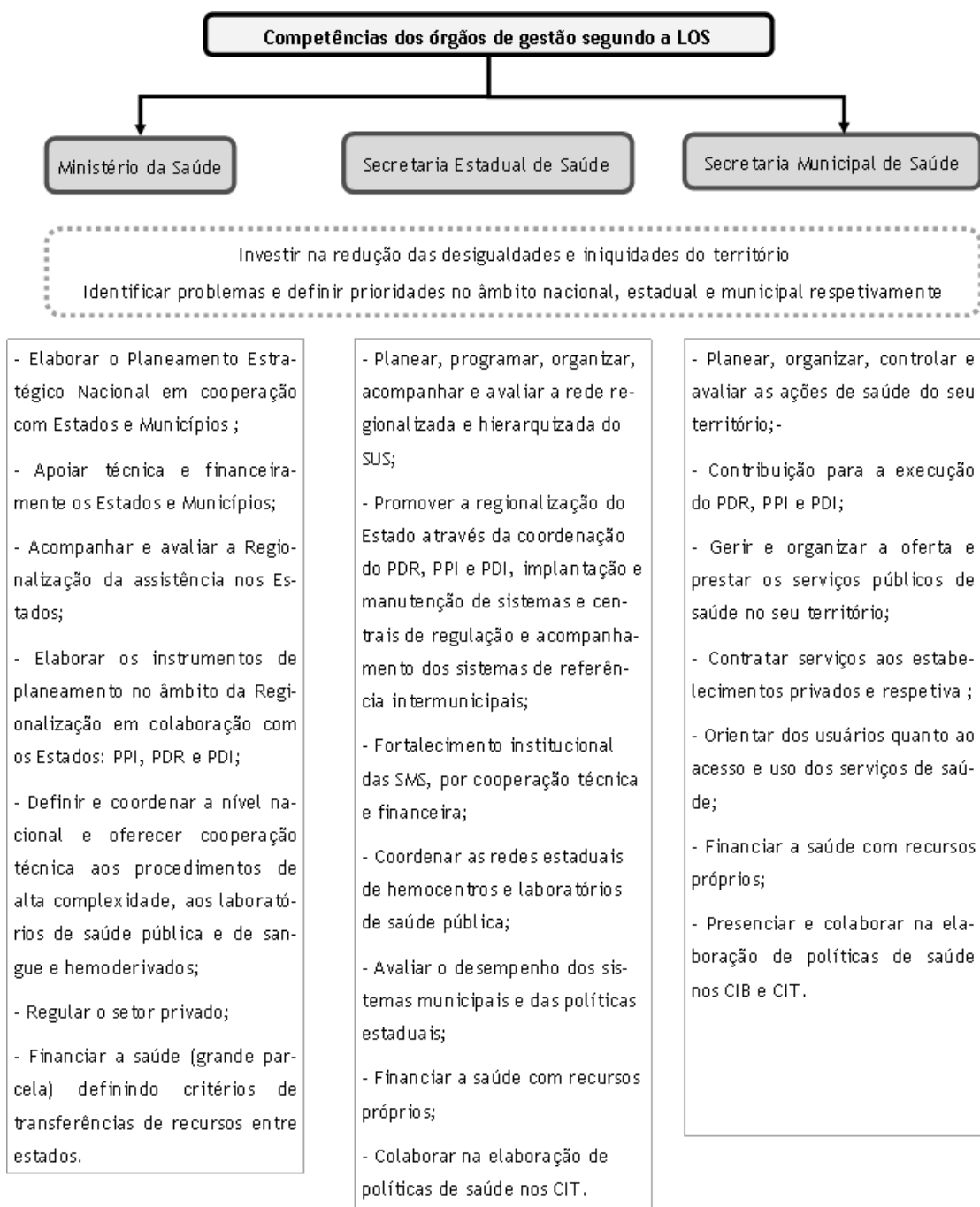


Figura 6 - Competências dos Órgãos de Gestão do SUS segundo a LOS(14)

As competências e atribuições de cada esfera são especificadas na LOS (figura 6), sendo algumas delas comuns a todas as esferas e outras específicas para União, Estados e Municípios. No entanto as responsabilidades podem ser agrupadas genericamente em: criação de políticas e planejamento; financiamento; coordenação, regulação, monitorização e avaliação; prestação direta de serviços de saúde(7).

A SESAP/RN tem sede na cidade de Natal e a organização interna deste órgão é estabelecida no seguinte organograma (figura 7).

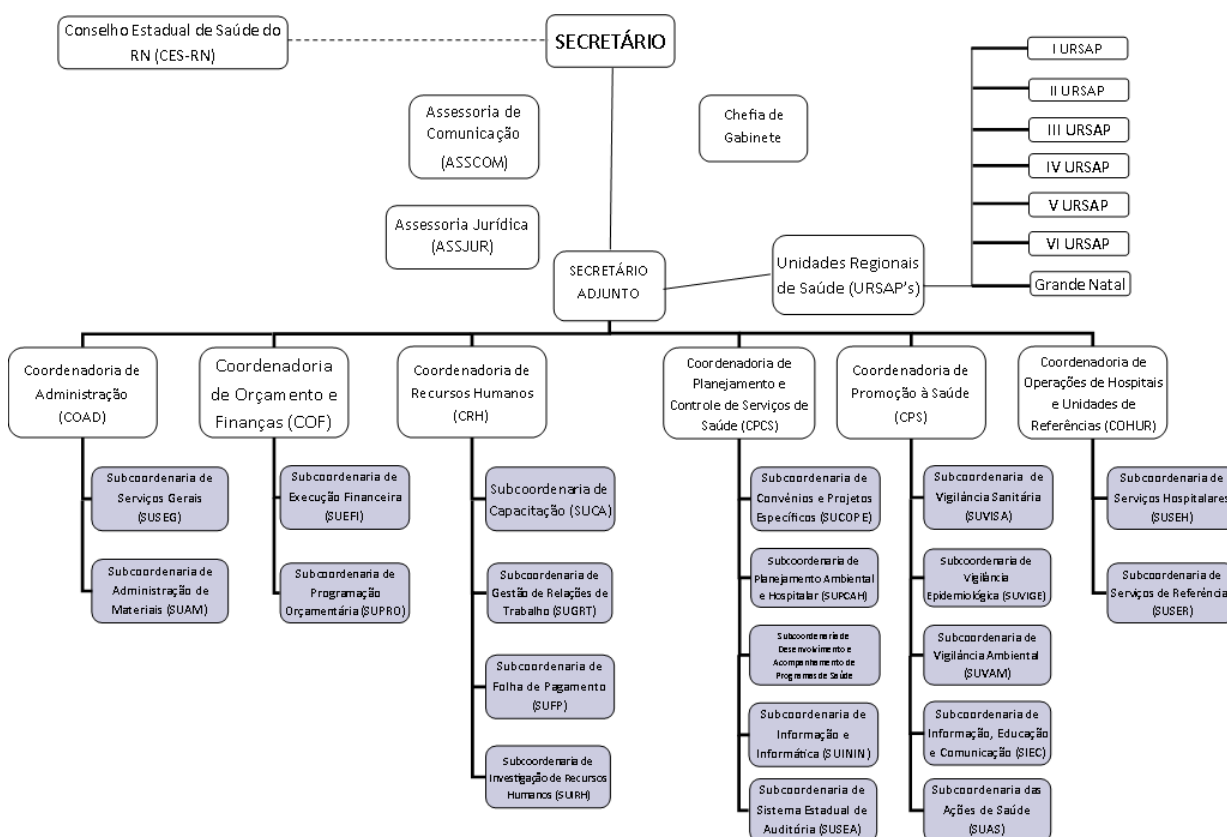


Figura 7 - Organograma institucional da SESAP/RN (adaptado de documento oferecido por entrevistado)

Torna-se necessário diferenciar gestão de administração no contexto SUS. A primeira diz respeito à responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) exercendo funções de coordenação, articulação, planejamento, negociação, acompanhamento e avaliação, que por vezes pode ser dupla quando um Município não tem capacidades e/ou recursos para tal. Já a administração ou gerência refere-se a uma unidade ou órgão de saúde prestador de saúde, que pode ser pública, privada ou filantrópica (14).

Os SI são ferramentas de gestão e instrumentos de planejamento em saúde. No contexto brasileiro, os SI foram e são criados pelo MS e disponibilizados a todos os estados do país. O RN também possui SI

próprios idealizados para colmatar necessidades específicas do Estado que serão mencionadas adiante.

O DATASUS é um SI que administra e compila toda a base de dados nacional referente aos outros SI de saúde existentes, e disponibiliza a informação *online* no site próprio podendo ser alcançada por qualquer utilizador. Essas bases de dados são alimentadas mensalmente pelas SMS e SES que recolhem e consolidam as informações necessárias das unidades de saúde. Os gestores das três esferas governamentais devem analisar e monitorizar os dados consolidados pelos SI e daí partir para o estudo os indicadores de saúde.

A lista dos SI é a seguinte:

- Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)
- Sistema de Informação de Nascidos Vivos
- Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- Sistema de Informação da Atenção Básica
- Sistema de Acompanhamento Pré-Natal
- Programa Nacional de Controlo do Câncer do Colo do Útero
- Sistema de Informação do Câncer de Mama
- Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes *mellitus*
- Sistema de Informação para o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Com fim de acompanhar a produção e o pagamento dos procedimentos realizados pelos prestadores de serviços de saúde do SUS são utilizados os seguintes SI:

- Sistema de Informações Ambulatoriais
- Sistema de Informações Hospitalares

Ainda, o mais recente, o Sistema de Informações da Programação Pactuada e Integrada (SIS-PPI) foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde para apoiar o processo de programação da assistência para a Programação Pactuada e Integrada (PPI), refletindo a formalização dos contratos estabelecidos entre Municípios. Esta ferramenta é útil no cruzamento de dados com a informação dos SI recolhida pelos prestadores de serviços de saúde para assim se verificar se os contratos foram cumpridos ou desrespeitados pelos Municípios.

## Regionalização - As Regiões de Saúde do RN

O RN divide o seu território composto por 167 Municípios, em oito regiões de saúde segundo a figura 8 (1ª - São José de Mapibu; 2ª - Mossoró; 3ª - João Câmara; 4ª - Caicó; 5ª - Santa Cruz; 6ª - Pau dos Ferros; 7ª - Grande Natal ou Metropolitana; 8ª - Assú).

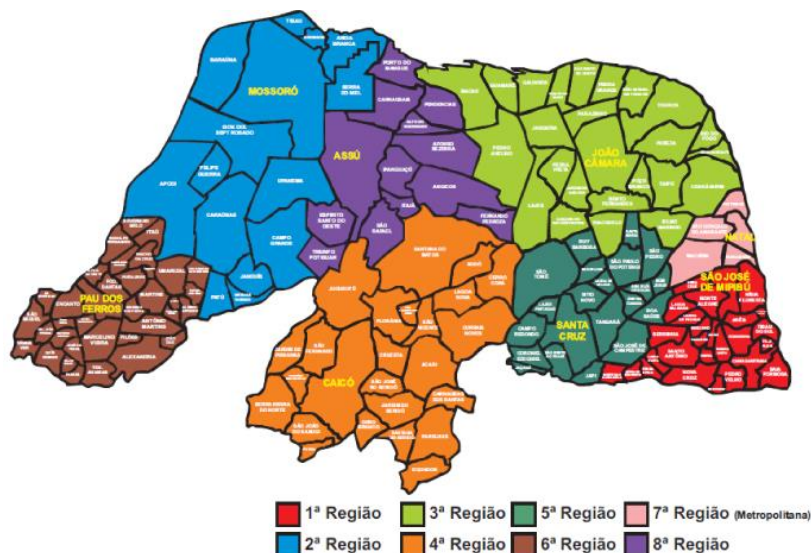


Figura 8 - Mapa das 8 Regiões de Saúde (retirado do site institucional do Governo do RN)(33)

A tabela 1 contém o número de Municípios de cada Região e a respectiva população segundo o Censo Demográfico de 2010 do IBGE. A 7ª Região apenas possui cinco Municípios, mas no entanto em contabilização de população representa quase metade do RN.

Tabela 1 - População e número de Municípios de cada Região de Saúde em 2010 (24)

	População	Nº Municípios
Região 1	351502	27
Região 2	448904	15
Região 3	312919	25
Região 4	295726	25
Região 5	185719	21
Região 6	230042	36
Região 7	1187899	5
Região 8	155316	13

Fonte: Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte 2010-2015

Esta divisão provém do processo de regionalização previsto na implementação do SUS, efetivada com o Plano Diretor de Regionalização (PDR). Este deve ser coordenado pelo gestor estadual com a

participação do conjunto dos Municípios, e contém o Plano Diretor de Investimentos (PDI) que visa identificar prioridades e desenvolver estratégias de investimento de forma a promover a equalização da oferta de recursos assistenciais em todos os níveis de complexidade (14).

Os objetivos desta regionalização estão relacionados com: a necessidade de delimitar geograficamente os principais problemas de saúde e elaborar estratégias específicas para os mesmos; priorizar intervenções coerentes com as necessidades de saúde da população em causa; a criação de modelos assistências eficientes para chegar a todos os indivíduos; garantir que estes têm acesso a todos os níveis de assistência e ainda com a urgência em existirem fluxos de referência nesses mesmos níveis de assistência dentro do estado (7) (34). Assim, o PDR engloba a conformação das redes de cuidado atuais do Estado (14).

Existe uma Unidade Regional de Saúde Pública (URSAP) em cada Região de Saúde, fazendo parte do organograma institucional da SESAP/RN, como mostrado na figura 7.

### Entidades de representação dos gestores e os Fóruns de negociação e deliberação de decisão

Os gestores das várias secretarias de saúde são representados no CONASEMS e no CONASS, de âmbito nacional e que contam com a participação do MS e outras instâncias governamentais. O COSEMS de âmbito Estadual, reúne a SESAP/RN e os vários Secretários de saúde municipais. Nestes Conselhos são discutidas ideias e sugeridas propostas que devem ser levadas às instâncias deliberativas (7). Ao longo das entrevistas realizadas é salientada a importância do intercâmbio de experiências e estratégias operativas entre os gestores dos vários Municípios e estados

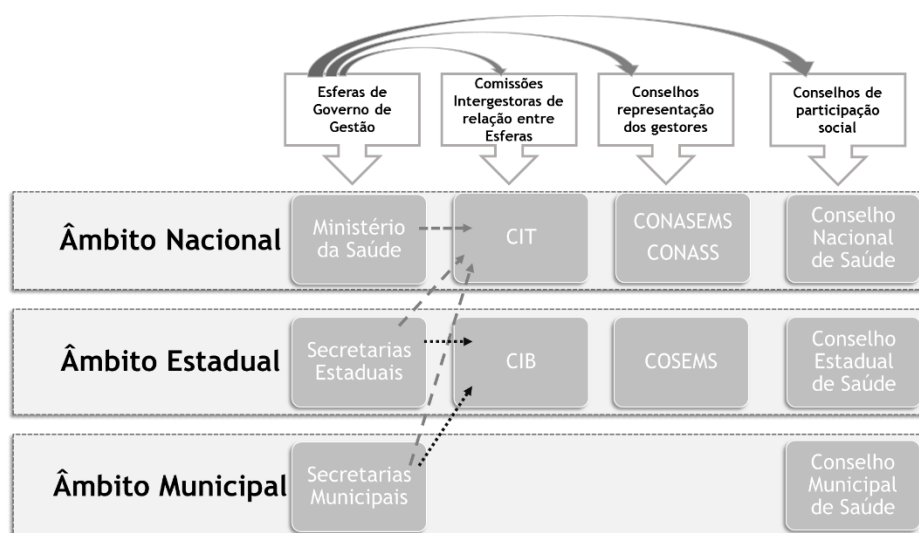


Figura 9 - Diagrama da organização dos órgãos de gestão e deliberativos do SUS e suas inter-relações (adaptado) (7)

Com o intuito de negociar e aprovar as propostas provenientes dos Conselhos acima referidos e assim gerar as Leis e Portarias, foram criados dois órgãos institucionais de relação entre esferas de governo: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), comissão nacional, e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), comissão de âmbito estadual. A CIT junta as três esferas - união, estados e Municípios - e reúne mensalmente em Brasília, no entanto segundo o apurado nas entrevistas, o ideal seria que todos secretários de saúde do país se reunissem, o que na verdade não acontece devido a uma assiduidade deficitária. A CIB reúne o Estado representado pelo Secretário Estadual e alguns Secretários Municipais escolhidos (entre 6 a 8 dos 167 no RN), reunindo com uma periodicidade mensal com propósito de discutir e aprovar as propostas a serem apresentadas para deliberação na CIT.

A Comissão Intergestores Regional (CIR) é um terceiro órgão existente em cada Região de Saúde do RN, composta por todos os secretários municipais de saúde de uma dada Região de saúde e por três membros da SESAP/RN. A CIR reúne mensalmente com o objetivo de estudar a PPI dos diferentes Municípios, cruzar os dados destas com os registos nos SI alimentados pelos Municípios individualmente, e por fim verificar se a transferência de recursos está a ser feita corretamente entre Municípios. O termo em uso corrente é o “Repasse” e corresponde a uma situação em que um Município envia dinheiro para outro Município para pagar certo serviço que não está disponível no seu, e que este segundo presta à população do primeiro. No entanto o que se verifica, é que mais uma vez, a assiduidade dos secretários nas reuniões mensais não é a desejada. Por fim, as decisões que saem da CIR são levadas à CIB para aprovação.

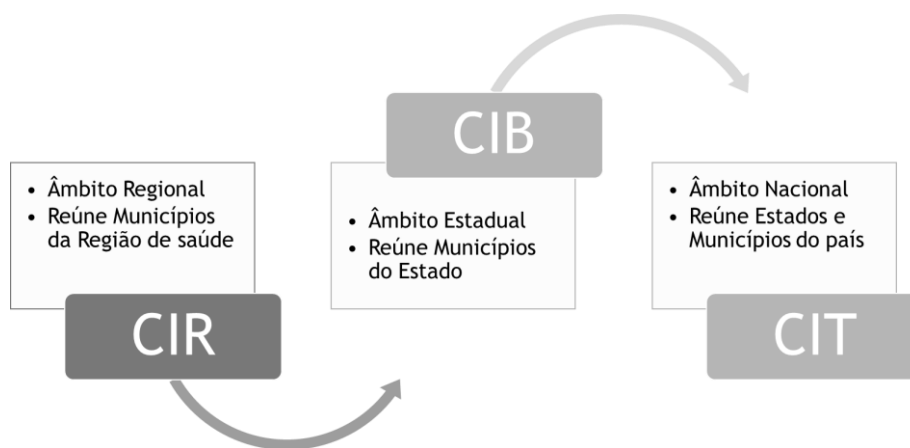


Figura 10 - Fluxograma entre Comissões Intergestores

### Planeamento em saúde: A Programação Pactuada e Integrada

A PPI está relacionada com o processo geral de planeamento anual em saúde do Estado e Municípios coerente com os respetivos Planos Estadual e Municipais de Saúde, em que existe um entendimento e negociação entre Municípios quanto à transferência de recursos financeiros. A PPI tenta também definir de forma transparente os fluxos assistenciais no interior das redes regionalizadas e

hierarquizadas de serviços e ainda explicitar os recursos federais, estaduais e municipais, que compõem os recursos do SUS destinados às ações e serviços de saúde. Estabelece os limites financeiros para cada Município do estado sendo que esses limites são compostos por duas parcelas: recursos destinados ao atendimento da população própria e recursos destinados ao atendimento da população referenciada vinda de outros Municípios, de acordo com as negociações expressas na PPI (14).

Esta programação acontece na tentativa de diminuir as iniquidades de acesso na saúde, pelo facto de existir discrepância nas realidades de capacidade de assistência à saúde nos diferentes Municípios devido a vários fatores como: a falta de recursos financeiros, de recursos humanos e de unidades físicas de atendimento. Assim, um Município sem capacidade de oferecer um determinado exame, consulta ou serviço hospitalar ao total da sua população, contrata um número específico desses serviços a outro Município que os tenha, e “transfere” o dinheiro referente à quantidade de serviços “comprados” para o Município final. Estes recursos são transferidos mensalmente automaticamente pela União, de acordo com a PPI já acordada entre os Municípios (14).

As PPI são aprovadas pela CIB após discussão e acordo entre Municípios, cada um revê o que “falta” e do que “necessita”, sendo quase uma “feira de compra e venda de serviços” segundo um dos entrevistados.

O Estado tem o papel de regulador e processador dos dados da PPI referentes aos Municípios do seu território, sendo que também coordena e formaliza os pactos de referência e contra-referência entre os gestores municipais, para assim garantir a equidade no financiamento e no acesso de toda a população do Estado aos serviços de saúde (14).

### Gestão participativa

A participação da comunidade é um dos princípios do SUS, que está garantida no direito de participar nas Conferências de Saúde e nos CS.

As primeiras, Conferências de Saúde, são instâncias de caráter consultivo com periodicidade quadrienal, com representantes de vários estratos sociais, têm como objetivos a discussão e avaliação da saúde bem como elaboração de propostas programáticas a todos os níveis do governo. Estas conferências são de extrema importância para o envolvimento, participação e controle da sociedade na discussão e execução da saúde (14).

Já os CS são um órgão com uma ação independente do governo mas que tem como objetivo máximo discutir políticas de saúde com base em opiniões e posições dos diferentes membros do Conselho. Contam com a participação de representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e utilizadores (estes têm que perfazer 50% do total dos membros do CS). Nestes Conselhos manifestam-se os interesses dos vários estratos sociais possibilitando o diálogo e alcance de propostas e financiamentos para as diversas prioridades, contando sempre com a opinião dos representantes dos utilizadores (14). Algumas das competências dos CS são explicitadas na figura 11.

<b>Competências dos Conselhos de Saúde</b>	Analisar os Programas de Saúde e aprovar projetos a serem encaminhados como proposta aos órgãos superiores
	Estabelecer diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS
	Propor critérios para a programação e para a execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde
	Fiscalizar e controlar gastos
	Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão com a prestação de contas
	Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as competências do Conselho, os seus trabalhos e decisões através de meios de comunicação
Apoiar e promover a educação para o controle social	

Figura 11 - Competências dos Conselhos de Saúde (14)

Há Conselhos Municipais de Saúde, um Conselho Estadual de saúde em cada estado e um CNS como esquematizado na figura 7. Estes Conselhos são compostos por 25% profissionais de saúde, 25% membros do governo e entidades prestadoras de serviços saúde e 50% de representantes dos utilizadores, sendo os últimos nomeados nas diversas unidades de saúde. Cada Conselho tem a liberdade de se organizar de acordo com a realidade de seu Estado ou Município, e a sua composição deve respeitar a correlação de forças sociais da área de atuação de cada Conselho (anexo 4) (14).

A experiência do RN quanto aos CS é positiva com bastante afluência e participação profícua dos utilizadores. Os temas das reuniões mensais são variadas e vão desde a gestão das Secretarias de Saúde, programas e políticas de saúde, instrumentos de planejamento da saúde, prestação de contas etc. No entanto, há várias lacunas no que toca ao controle social que devem ser abordadas e fortalecidas.

Apesar de ainda estar em processo de implantação no Município de Natal, o Conselho Local Gestor é um órgão de ligação entre o Conselho Municipal e as diferentes Unidades de Saúde do Município, que têm como funções acompanhar as ações de saúde que estão a ser aplicadas no seu território. Cada UBS possui este Conselho com representatividade na mesma proporção dos CS, e juntamente com os seus utilizadores, elegem um representante para fazer parte do Conselho Municipal de Saúde.

### 3.1.2 Cuidados de Saúde Primários

No Brasil o termo utilizado para os Cuidados de Saúde Primários (CSP) é “Atenção Primária de Saúde” no entanto confunde-se com um termo sinónimo utilizado historicamente - “Atenção Básica” (AB), que caiu em desuso teórico, continuando no entanto no vocabulário em saúde.

A evolução dos CSP no Brasil recebeu bastante ênfase em todo o processo de implementação e desenvolvimento do SUS, reiterada pela descentralização e programas inovadores como o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) criados com fim a reestruturar o sistema e o modelo assistencial do SUS (8).

Na portaria 648/2006 os CSP são caracterizados como “Conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de patologias, o diagnóstico, o tratamento e a manutenção de saúde. São desenvolvidos por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipa, dirigidas às populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinâmica existente no território em que vivem essas populações” (35). Os CSP devem ser o contato preferencial dos utentes e a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Cuidados de Saúde (36). Devem ainda garantir os fluxos de referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar (36).

Os CSP regem-se pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que tem vindo a sofrer aperfeiçoamentos de modo a orientar a organização e execução desses mesmos programas, nomeadamente em 2011 (37).

As competências de cada esfera de gestão no funcionamento dos CSP são diferentes, sendo no entanto, da responsabilidade exclusiva das SMS executar as políticas e ações de saúde dos CSP. Para isso têm o apoio das SES em várias vertentes como financiamento, análise de indicadores de saúde recolhidos pelos SI e envio para MS, acompanhamento e fiscalização dos recursos federais, disponibilização de meios técnicos para formação dos gestores municipais, entre outros. No entanto as SES não têm papel primordial no que realmente é feito nos Municípios (35).

O DAB (Departamento de Atenção Básica) do MS é o responsável pelos CSP a nível nacional, tendo como funções gerais definir as estratégias da política nacional dos CSP juntamente com a CONASS e CONASEMS, garantir o financiamento dos CSP como parte da parcela federal e prestar colaboração técnica com os Estados e Municípios (38).

### Modelo de Cuidado - Estratégia Saúde da Família

A estratégia saúde da família (ESF) é atualmente a principal estratégia organizativa dos CSP no SUS e historicamente advém da evolução do antigo PACS. Alguns dos objetivos da ESF são: abordagem holística, integral e contínua à população; integração interdisciplinar e intersectorial; método clínico centrado no paciente que leva à autonomia do mesmo; ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças; cuidado continuado das patologias crônicas; prevenção oportuna entre outros (37).

O método de trabalho da ESF tem algumas prioridades, tais como (37):

- Desenvolver ações educativas na população e ações focadas nos grupos de risco;
- Estimular a participação da comunidade no controlo social, no planeamento, na execução e na avaliação de ações de saúde;
- Realizar ações de vigilância de saúde;
- Procurar parcerias e integração de projetos sociais;
- Articular com os outros níveis de cuidados de saúde através do PDR, PDI e Centrais de Regulação.

A ESF é executada por equipas específicas multiprofissionais, que representam o primeiro contacto do utente com o sistema de saúde local e serão explicitadas na seção abaixo (8). A população não coberta pela ESF, é assistida pela “AB tradicional”. A cobertura da ESF e da AB no RN vêm explicitadas na tabela 2, verificando-se em ambas um aumento entre 2010 e 2015.

Tabela 2 - Cobertura da ESF e AB no RN, Número de Municípios cobertos e % de cobertura (39,40)

	Cobertura ESF <sup>1</sup>		Cobertura AB <sup>2</sup>
	Nº Municípios	%	
2010	167	76,7	81,4
2011	164	75,5	79,8
2012	166	74,2	80,1
2013	166	81	84,9
2014	167	83,2	86,2
2015	167	82,3	83,5
Δ	0 (0%)	+5,7 (7,4%)	+2,17 (2,7%)

<sup>1</sup> Fonte: DAB/MS (competência de dezembro de cada ano);

<sup>2</sup> Fonte: DATASUS -Indicadores regionais, estaduais e nacionais do rol de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2015 - Rio Grande do Norte (competência de dezembro de cada ano)

Legenda: Δ - variação entre o primeiro e último valor disponível;

## Tipos de Unidades e Equipas prestadoras de serviços nos Cuidados de Saúde Primários

Existem várias modalidades de assistência nos CSP, sendo que variam em número e importância entre Municípios dentro de um Estado, de acordo com a sua realidade social, demográfica e económica. Os

CSP são da inteira responsabilidade do Município, sendo este o gestor pleno da mesma, no entanto em alguns casos a gestão pode ser dupla com o Estado. No entanto a prestação dos serviços pode ser pública, privada ou filantrópica.

No RN a nomenclatura sofre ligeiras diferenças nos vários Municípios segundo a responsável pelo DAB da SMS de Natal, sendo que a utilizada nesta secção, a definição do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), representativa da realidade existente no Município de Natal, por ter sido nesse Município realizada a pesquisa (41). É da responsabilidade de cada Município cadastrar no CNES as suas unidades de saúde (35).

As UBS podem funcionar com ou sem ESF. Se não existir ESF o atendimento é feito por procura espontânea ou programada, sendo os profissionais de saúde: médicos de clínica geral, pediatria e ginecologia-obstetrícia, enfermeiros, dentistas e assistentes sociais (41). Esta é a modalidade tradicional dos CSP, e no RN presta cuidados de saúde a cerca de 18 000 pessoas num território, segundo a coordenadora do DAB em Natal.

Já na UBS com ESF, chamada de Unidade Saúde da Família (USF), a prestação de cuidados de saúde é feita pela(s) equipa(s) de saúde da família composta no mínimo por: médico de clínica geral ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro, dois auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Nelas existe também uma equipa de medicina dentária (36,41).

Cada USF pode ter várias Equipas de Saúde da Família, sendo estas responsáveis por 600 a 1000 famílias num território delimitado de atuação, não excedendo os 4 000 moradores e sendo a média recomendada de 3000 (2011). O número de ACS é muito importante e está regulamentado no PNAB como um máximo de 12 por Equipa, em que cada um pode seguir até 750 pessoas para uma cobertura de 100% da população inscrita (36). No RN cada equipa acompanha cerca de 3500 pessoas, deslocando-se inclusive às habitações das mesmas para conseguir o seguimento adequado segundo a coordenadora da AB da SMS Natal. Na tabela 3 constata-se o aumento do número de equipas de saúde da família nas três modalidades entre 2010 e 2015.

Tabela 3 - Número de Equipas de Saúde da Família no RN inscritas no CNES (42)

	EqSF	EqSF c/ MD I	EqSF c/ MD II	Total
2010	47	826	8	881
2011	47	832	7	886
2012	51	834	9	894
2013	53	910	8	971
2014	75	955	7	1037
2015	78	973	7	1058
$\Delta$	+31 (66%)	+147 (17,8%)	-1 (12,5%)	+177 (20,1%)

Fonte: DATASUS (CNES - equipas de saúde - Rio Grande do Norte)  
Legenda:  $\Delta$  - variação entre o primeiro e último valor disponível; EqSF - Equipa Saúde da Família; MD - Medicina Dentária

A Unidade Básica Ampliada presta serviços de procura espontânea ou programada, nas especialidades básicas, sendo a assistência permanente e prestada por médicos de clínica geral ou especialistas, podendo ainda dispor de urgência (41). Possui ainda nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais, no entanto é uma modalidade ainda um pouco indefinida.

A Unidade Mista, pode ter alguns médicos especialistas, medicina dentária e até unidade de internamento e urgência, sendo desse modo uma mistura de CSP e outros níveis de cuidado. Esta modalidade existe em pequeno número em Natal, mas em Municípios pequenos do Estado são frequentes, no entanto são uma modalidade em extinção segundo a coordenadora da SUAS.

As Academias de Saúde são espaços físicos ao ar livre com equipamentos, estrutura e profissionais qualificados, que visam contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis pela população (43).

Equipa de Consultório de Rua é direcionada para populações especiais, com o objetivo de alargar o acesso da população de rua aos CSP, de forma oportuna, por busca ativa, procura espontânea ou por encaminhamento (44).

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados pelo MS em 2008, são equipas de profissionais multidisciplinares que apoiam e fortalecem as Equipas de Saúde da Família, estando na retaguarda da assistência integral dos CSP. O objetivo principal é aumentar a abrangência e resolubilidade das ações dos CSP desenvolvidas pelas Equipas de Saúde da Família, equipas de CSP para populações específicas e pelas Academias de Saúde. Os NASF procuram contribuir para a integralidade do cuidado dos utilizadores do SUS através do auxílio na abordagem clínica, discussão de casos concretos com as equipas, partilha de experiências, construção de soluções terapêuticas direcionadas, intervenções na saúde e no território de grupos populacionais, ações de promoção de saúde. Os NASF fazem parte dos CSP mas não são unidades físicas assistenciais, sendo a equipa definida pelos gestores municipais mediante as necessidades e prioridades locais (anexo 5).

Até 2013 houve duas modalidades de NASF, a NASF 1 vinculada à atividade de entre 8 a 15 Equipas e NASF 2 entre 3 a 7 equipas. No entanto a partir desse ano a organização foi alterada e criou-se mais uma modalidade, ficando a NASF 1 encarregue de entre 5 a 9 equipas, a NASF 2 de 3 a 4 equipas e finalmente a NASF 3 responsável de 1 a 2 equipas. Cada NASF apenas pode estar vinculado a no máximo 2 Academias da Saúde. A tabela 4 tem a evolução no número de NASF dentro das três modalidades, verificando-se um aumento palpável nas três modalidades.

Tabela 4 - Número de Equipas NASF no RN inscritas no CNES (39)

	NASF 1	NASF 2	NASF 3	Total
2010	34	3	0	37
2011	45	3	0	48
2012	43	16	0	59
2013	66	32	40	138
2014	73	35	52	160
2015	76	35	55	166
$\Delta$	+42 (123,5%)	+32 (1066,7%)	+55	+129 (348,7%)

Fonte: DAB/MS (competência de dezembro de cada ano)

Legenda:  $\Delta$  - variação entre o primeiro e último valor disponível

Dentro da SESAP/RN o Núcleo Estadual da Estratégia Saúde da Família apoia, acompanha e monitoriza as políticas de saúde relacionadas com a ESF.

### 3.1.3 Cuidados de Saúde Secundários e Terciários

Os Cuidados de Saúde Secundários (CSS) e os Cuidados de Saúde Terciários (CST), ramos complexos do SUS, são denominados globalmente de “Atenção Especializada”, que está dividida em várias áreas:

- Cuidados Especializados de Ambulatório (no Brasil chamados de “Atenção Especializada Ambulatorial de Média ou de Alta Complexidade”)
- Cuidados Especializados Hospitalares (No Brasil chamada de “Atenção Especializada Hospitalar”)
- Unidades de Tratamento Intensivo (UTI)
- Transplantes
- Programa de Internamento Domiciliar
- Tratamento Fora de Domicílio

Dois conceitos essenciais para complementar a compreensão destes níveis de cuidado e posteriormente o seu financiamento, são os “Procedimentos de Média Complexidade” e os “Procedimentos de Alta Complexidade” listados no anexo 6 (45). A Média Complexidade é composta por ações e serviços que abarcam profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico. Já a Alta Complexidade é formada por um conjunto de procedimentos que envolve alta tecnologia e custo elevado (15).

Assim, dos CSS fazem parte todos os serviços ambulatoriais [Policlínicas, Clínicas especializadas, Unidades Mistas, Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU)], e hospitalares (Hospital Geral, e de urgência/emergência as Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Já nos CST estão incluídos os serviços hospitalares especializados com procedimentos de custo elevado, hospitais públicos universitários e prestadores privados contratados (8).

As clínicas especializadas dos CSS incluem os centros de atenção psicossocial (CAPS), centros de medicina dentária, serviços de aconselhamento para VIH/SIDA, centros de referência em saúde do trabalhador e de cuidado ao idoso e ainda serviços de reabilitação. As UPA funcionam 24h, foram criadas em 2008 e são um apoio aos serviços de Emergência de modo a aliviar a procura hospitalar (8).

Em relação às UTI, todos os hospitais de nível terciário com mais de 100 camas devem dispor de camas de tratamento intensivo correspondentes a, pelo menos, 6% dos camas totais.

A área dos transplantes é exclusivamente da responsabilidade do setor público e financiada unicamente pelos recursos do SUS. A SESAP/RN possui a Central de Transplantes, e tem o dever de regular e gerir a lista nacional única de recetores de órgãos e tecidos (45). Atualmente no RN são realizados transplantes de rins, fígado, córnea, medula óssea e coração (46).

O Programa de Internamento Domiciliar é uma iniciativa que tem como objetivo diminuir as complicações decorrentes dos internamentos prolongados e re-internamentos frequentes. Esta modalidade de assistência em regime domiciliar está sob orientação de uma equipa multiprofissional, e procura reintegrar o paciente ao convívio social e familiar. Há articulação com os CSP, com o SAMU e outros serviços especializados (45).

O Tratamento fora do domicílio é um instrumento que possibilita o encaminhamento de pacientes para assistência médica em unidades de saúde fora da sua área de residência, caso não haja opções de tratamento na mesma. As despesas estão cobertas totalmente pelo SUS, sendo necessários apenas alguns documentos para prosseguir com o processo (45).

### O papel das Centrais de Regulação na assistência à saúde

A rede hospitalar credenciada ao SUS é bastante heterogénea, principalmente no que diz respeito à localização, à característica da oferta de serviços, à forma de organização e à gestão (45). No RN há grandes discrepâncias de oferta de serviços de saúde de média e alta complexidade especialmente entre o interior e Região e a metropolitana, pelo que é de extrema importância encontrar um balanço de distribuição que permita à população do interior ter acesso aos meios de assistência a que tem direito. Devido a este facto, são necessárias estratégias para garantir a coerência do sistema, a viabilidade do cuidado integral e a equidade do acesso a toda a população do Estado independentemente da Região de saúde em que reside.

As Centrais de Regulação foram concebidas para atingir estes objetivos, operando como um “distribuidor”, “triador” e “referenciador” de serviços de saúde nomeadamente de consultas de ambulatório, camas de internamento, urgência/emergência e exames complementares de diagnóstico.

A Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) foi criada para colmatar a falta de serviços em determinados Estados, sendo possível fazer referência inter-estadual para Estados vizinhos ou mais distantes que tenham disponíveis esses serviços de assistência. Algumas áreas são: cardiologia, neurocirurgia, ortopedia, oncologia, procedimentos de hemodinâmica. Além de organizar a porta de entrada do sistema de saúde, a CNRAC tem contribuído para estabelecer mecanismos de ampliação da oferta de serviços e identificação dos problemas de acesso do utente ao sistema (14).

Cada Estado organiza as centrais de regulação de acordo com a melhor alternativa que responde à realidade existente no seu território. No RN, os complexos reguladores estaduais compõe-se de centrais regionais de regulação, central de transplantes, regulação de tratamento fora do domicílio e central de regulação do SAMU. Existem sete centrais regionais, uma em cada Região de saúde, sendo que a referente à 7ª Região apresenta-se como gestão conjunta com a central estadual - Central Metropolitana - com abrangência para todo o estado. Esta junção na Região metropolitana deve-se ao facto de ser na capital do Estado que se encontra a maior oferta de recursos humanos, de infraestruturas e de meios de diagnóstico, sendo deste modo para onde grande parte da população do Estado é referenciada no que toca à assistência à saúde. Apesar de operarem num mesmo espaço físico, na central de regulação metropolitana sediada na SESAP/RN, os funcionários do estado encarregam-se dos internamentos e o Município-sede regula os exames de diagnóstico e as consultas de especialidade, segundo a responsável por esta central de regulação.

A dinâmica de referência é baseada em SI programados especialmente para este tipo de ações. O SISREG é um sistema vinculado ao MS, utilizado por todos os Estados, de regulação de internamentos hospitalares e exames de diagnóstico de alta complexidade, em que as taxas de ocupação e camas vagos são constantemente atualizadas pelos Hospitais de todo o estado de modo a ser possível para a central verificar onde há vagas para os pedidos das unidades de saúde. É complementado com o acompanhamento de médicos e enfermeiros, que analisam e priorizam ao segundo os pedidos enviados de todos os Municípios do Estado. A verificação dos limites de envio de pacientes acordados pelos Municípios na PPI vigente é de extrema importância e é feita através do SIS-PPI.

### 3.1.4 Cuidados de Emergência

A Urgência e Emergência é uma das redes de cuidado de prioridade no Brasil, existindo bastante empenho e investimento pela parte da SESAP/RN na estratégia, especialmente no SAMU e na reabilitação das unidades e fluxos de referência intra e inter Regiões de Saúde.

Nesta rede articulam-se várias unidades especializadas de assistência em Urgência/Emergência: UPA 24h, Pronto Socorro (PS) Geral, PS Especializado e ainda o SAMU e suas Centrais de Regulação (24).

O SAMU foi implantado em 2006 no RN, e neste momento conta com 24 bases descentralizadas que atendem 52 cidades, o que representa aproximadamente dois milhões de habitantes, sendo a cobertura do serviço representada na tabela 5. Consta-se que houve um aumento de 17,9% entre 2008 e 2014, ficando nesse ano nos 65,9%. A meta a alcançar é de 85% com fim a atingir os valores dos Estados do Centro- Sul do país (47).

Tabela 5 - Cobertura do SAMU no RN, em % (40)

	Cobertura (%)
2008	55,9
2009	56
2010	56,9
2011	57,1
2012	57,2
2013	60,2
2014	65,9
$\Delta$	+10 (17,9%)

Fonte: DATASUS - Indicadores regionais, estaduais e nacionais do rol de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2015 - Rio Grande do Norte

Legenda:  $\Delta$  - variação entre o primeiro e último valor disponível

### 3.1.5 Políticas e Programas de Saúde

É importante criar documentos que ditem as estratégias, metas e recomendações em saúde num determinado território. O Brasil, dividido nas três esferas governamentais as quais também regem a gestão na saúde, tem abordagens distintas no que toca aos programas e políticas de saúde.

A nível nacional, o governo federal elabora planos e programas para serem executados nas esferas estadual e municipal, os intervenientes diretos na saúde da respetiva população. No entanto, cabe ao Estado e Municípios autónomos, decidir quanto à necessidade de implementar essas políticas, quais deve tornar mais relevantes de acordo com a realidade da sua população, em quais deve aplicar mais recursos e ainda como as deve implementar e gerir, segundo alguns dos entrevistados.

### Políticas e Programas criados pelo MS de âmbito Nacional

Da série “Pactos pela Saúde”, o “Pacto pela Vida” salienta a necessidade de apostar em determinadas prioridades, sendo criadas metas a nível nacional, estadual, regional e municipal, para as quais os governos deveriam criar ações e orientar a sua atuação (11): Saúde do Idoso; Controlo do cancro do colo do útero e da mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento das capacidades

de resposta às doenças emergentes e endemias (dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza); Promoção da Saúde; Fortalecimento dos CSP.

Desde esse ano que têm sido feitos esforços para a criação de várias políticas e programas com o objetivo de atingir as metas propostas nesse documento. Alguns exemplos são (48):

- Programa “Melhor em casa” para ampliação do atendimento domiciliar;
- Programa Nacional de Controlo do Cancro do Colo do Útero;
- Programa Nacional de Controlo do Cancro da Mama;
- Bancos de Leite Materno;
- Programa “Amamenta e Alimenta Brasil” - Estratégia nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no SUS (49);
- Política Nacional de Promoção da Saúde;
- PNAB inclui programas inovadores como “Academia da Saúde” lançado em 2011, “Consultório na Rua”, “Brasil Sorridente”, “Programa Saúde na Escola”;
- Política Nacional de Alimentação e Nutrição que inclui estratégias como a “NutriSUS” lançada em 2015 para fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó (adição direta de nutrientes à alimentação oferecida às crianças de 6 meses a 3 anos e 11 meses em creches) (50);
- “Programa Bolsa Família”, para famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, garantindo a oferta de cuidados básicos de saúde, nomeadamente pré-natal, puerpério e imunizações;
- Farmácia Popular.

Por outro lado, pelo facto de existir uma enorme heterogeneidade populacional e um elevado grau de pobreza no país, surgiu a necessidade de criação de políticas específicas para determinadas minoria. São exemplo delas a “Política Nacional de Saúde Integral da População Negra” (criada em 2010), “Política de Saúde de População em Situação de Rua” e “Política de Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transsexuais (LGBT)” (criado em 2008).

O Programa “Mais Médicos”, estratégia implementada pelo MS em 2013, visa combater a falta de médicos, especialmente nos CSP e em áreas desfavorecidas, em todo o território brasileiro. A iniciativa tem como objetivos: i) melhorar a infraestrutura e equipamentos para a saúde; ii) expansão do número de vagas em medicina e de especialização médica; iii) aprimoramento da formação médica; iv) contratação imediata de médicos para regiões prioritárias do país (51).

## Planos Estaduais de Saúde e Redes de Cuidados de Saúde

O RN tal como todos os outros Estados possui um programa de planeamento em saúde elaborado para quatro anos de gestão em que, tendo em conta as estratégias e objetivos dos programas nacionais e

adicionando as suas próprias considerações, constrói o seu próprio programa de saúde, com aplicabilidade e coerência para o seu território - o “Plano Estadual de Saúde” (24).

Em 2006, a partir de uma estratégia conjunta entre o Estado, Municípios e o MS, foi criado o “Plano da Rede Estadual de Atenção Oncológica”, com objetivos específicos de amplificação dos cuidados e criação de um fluxo consistente e abordagem integral, envolvendo os três níveis de cuidado (52). Também nesse ano a “Rede de Deficiência Física” foi planeada para o RN com fluxos definidos, ações educativas voltadas para a promoção da saúde, serviços de reabilitação e capacitação de profissionais (53).

O RN segue as diretrizes nacionais das cinco redes - “Redes De Atenção à Saúde” (RAS) - priorizadas pelo governo federal em 2011 (24):

- “Rede Cegonha” (Cuidado Materno e Infantil)
- “Rede de Atenção Psicossocial”
- “Rede de Atenção às Urgências e Emergências”
- “Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas”
- “Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência”

A OMS caracteriza Redes como “a organização e a gestão de serviços de saúde de forma a oferecer às pessoas o cuidado de que necessitam, quando necessário, de forma acessível, que permite o alcance dos resultados esperados com o custo adequado” (37).

As RAS facilitam a reorganização da oferta fragmentada de serviços, possibilitando a existência de investimentos de forma racional e de *accountability* compartilhada para melhorar a saúde da população. O MS implantou redes assistenciais de saúde prioritárias, tentando assim organizar e hierarquizar o Sistema de Saúde, através de uma classificação em ordem crescente de complexidade e agregação tecnológicas. A conformação das RAS em cada Estado deve estar de acordo com o PDR e é de extrema importância o planejamento e aperfeiçoamento destas redes. Por esse motivo a SESAP/RN prioriza-as no seu Plano estadual de Saúde: definiu o território de atuação, fez o diagnóstico situacional em relação ao território, criou sistemas logísticos de suporte e ainda sistemas de regulação. Estas redes foram estruturadas para garantir a integralidade da assistência e a ampliação do acesso, no entanto assume-se que ainda existem muitos desafios a superar no RN (24).

### Planos Municipais de Saúde e execução municipal

Todos os Municípios do estado elaboram anualmente um Plano Anual de Saúde e a cada quatro anos um Plano Municipal de Saúde.

Tal como acontece no Estado, os Municípios adotam os programas nacionais, no entanto adaptam-nos, aplicam-nos e gerem-nos autonomamente para o território do seu Município. Enfatiza-se que, as

estratégias adotadas estão em íntima relação com aquelas adotadas pelo Estado, no entanto dependendo do Município e do seu plano anual, são delimitadas as áreas de maior necessidade e onde é fundamental investir mais, de acordo com a realidade local.

No caso do Município de Natal, de acordo com o documento “(Re)desenhando a Rede de Saúde na cidade de Natal” de 2007, são seguidas as redes estratégicas de saúde mental, saúde do trabalhador, cuidado à saúde da pessoa idosa, cuidados de saúde ao portador de deficiência ou limitação, urgência e emergência, cuidados de saúde cardiovascular, cuidados de saúde em nefrologia, cuidados de saúde em oncologia, cuidados de saúde em trauma e ortopedia, cuidados de saúde em obstetrícia e cuidados em neurologia (45).

O “Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da atenção básica” (PMAQ) criado em 2011 é mais um exemplo de estratégia nacional, com execução municipal. Este tem como propósito incentivar os gestores e as equipas a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território, propondo um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipas de saúde dos CSP. O PMAQ eleva a transferência de recursos do incentivo federal para os Municípios participantes que atingirem uma melhoria no padrão de qualidade no atendimento. Este programa, apesar de ser responsabilidade municipal, é monitorizado e orquestrado pelo estado RN. As equipas de saúde da família e equipas NASF são o foco desta estratégia, sendo autónomas na escolha de aderir ao PMAQ. Consta de 4 fases, a primeira de adesão e contratualização com o MS, a segunda de desenvolvimento e aplicação de estratégias, a terceira de avaliação externa por parte das SES e a última a recontratualização com o Município. As dimensões avaliadas são: Gestão para o desenvolvimento dos CSP, estrutura e condições de funcionamento da UBS, valorização do trabalhador, organização do processo de trabalho e acesso, utilização, participação e satisfação do utente (36,54).

No RN os resultados do 1º ciclo de PMAQ foram muito positivos comparando com o panorama nacional, sendo a adesão de 69,5% dos Municípios (correspondente a 116), representando 412 equipas em todo o estado. Quanto à classificação do desempenho 19,5% teve desempenho “muito acima da média”, 45,1% classificou-se como “acima da média” e 35,8% foi classificado como “mediano ou um pouco abaixo da média”, sendo no total certificadas 399 equipas (55).

### 3.1.6 Financiamento do Sistema de Saúde

O sistema de saúde brasileiro é pluralista tanto em termos de modalidades de assistência à saúde, como das fontes de financiamento. Existem quatro vias de acesso à saúde (56):

- SUS gratuito e financiado com recursos públicos (impostos);
- Seguros de saúde privados financiados com recursos das famílias ou empregadores;
- Acesso direto a prestadores privados mediante pagamento no ato (*out-of-pocket*);
- Assistência restrita a militares, financiada por recursos públicos e prestação por privados.

Os recursos públicos destinados ao financiamento da saúde provêm das três esferas do governo: união, Estados e Municípios (figura 12). O SUS tem como fontes de recursos os impostos pagos pela população.

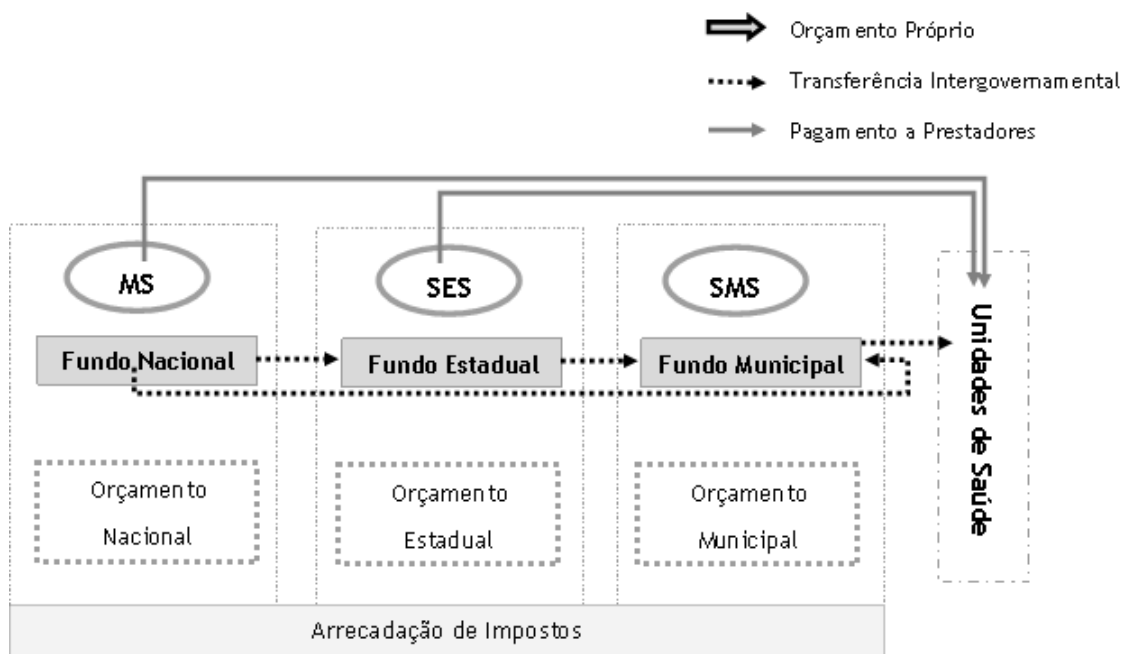


Figura 12 - Representação do Fluxo Financeiro do SUS

Segundo a OMS, em 2013 o Brasil gastava 9,7% em saúde como percentual total do PIB, sendo 4,7% proveniente de recursos públicos e 5,0% de recursos privados (25). No entanto, segundo a OCDE esta despesa é de 9,1% PIB em 2013 (18).

### Despesa pública em saúde por esfera de governo

A Emenda Constitucional 29/2000 define a quantia mínima que cada esfera do governo deve investir individualmente na saúde: i) a União deve investir o que foi empenhado no ano anterior, corrigido com o percentual de variação nominal do PIB; ii) os Estados devem aplicar no mínimo 12% do montante de impostos recolhidos; iii) os Municípios devem investir no mínimo 15% da sua receita de impostos (19). O financiamento das ações e serviços de saúde é portanto também ele descentralizado, de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, o que por um lado diminui a despesa direta do MS no financiamento, mas por outro aumenta as transferências para Estados e Municípios. Podemos ver esta dinâmica na tabela 6, em que a despesa Federal diminui 215,3% e as despesas Estadual e Municipal aumentaram 424,5% e 583,8% respectivamente. A despesa total aumentou consideravelmente, mas no entanto há que ter em atenção a variação do PIB, já que este também demonstrou um aumento substancial.

Tabela 6 - Despesa em saúde total, Federal, Estadual e Municipal, em milhões de reais (Br) e em percentual do PIB estadual [Para referência: Br = 0,2791 USD em Maio 2016 (57)](58)

	2000	2005	2008	2010	2011	2012	Δ
Despesa Total	541,8	1060,9	1727,7	2037,8	2388,7	2381,2	+1839,4 (339,5%)
Despesa/PIB	5,9	5,9	6,8	6,3	n.d.	n.d.	+0,4 (6,1%)
Despesa Federal	290,3	435,0	618,4	774,6	903,1	915,4	+625,1 (215,3%)
Despesa Federal/PIB	3,2	2,4	2,4	2,4	n.d.	n.d.	-0,8 (24,5%)
Despesa Estadual	159,1	338,7	650,5	699,4	829,3	834,5	+675,4 (424,5%)
Despesa Estadual/PIB	1,7	1,9	2,6	2,2	n.d.	n.d.	+0,4 (24,1%)
Despesa Municipal	92,3	287,1	458,8	563,2	656,2	631,2	+538,9 (583,8%)
Despesa Municipal/PIB	1,0	1,6	1,8	1,7	n.d.	n.d.	+0,7 (72,3%)
PIB Estadual Total	9120,0	17869,5	24481,5	32338,9	n.d.	n.d.	+23218,9 (254,6%)

Fonte: DATASUS - IDB 2012 (Indicador de recurso E.6.1 “Gasto com ações e serviços públicos de saúde como proporção do PIB”

Legenda: Δ - variação entre o primeiro e último valor disponível; n.d. - valor não disponível

A região Nordeste beneficiou com esta descentralização de recursos já que passou a receber mais transferências *per capita* entre 1998 e 2005, com cerca de 30,53% de variação (19). Pela tabela 7 constata-se que a despesa *per capita* aumentou nas três esferas ao longo dos anos no RN, com especial importância o aumento do investimento em Estados e Municípios.

Tabela 7 - Despesa em saúde per capita Total, Federal, Estadual e Municipal, em reais correntes (Br) [Para referência: Br = 0,2791 USD em Maio 2016 (48)] (59)

	2000	2005	2008	2010	2011	2012	Δ
Despesa <i>per capita</i>	195,1	353,3	556,2	643,0	746,8	737,6	+542,5 (278,1%)
Despesa Federal <i>per capita</i>	104,6	144,9	199,1	244,5	282,4	283,6	+179 (171,2%)
Despesa Estadual <i>per capita</i>	57,3	112,8	204,4	220,8	259,3	258,5	+201,2 (351,2%)
Despesa Municipal <i>per capita</i>	33,2	95,6	147,7	177,8	205,2	195,5	+162,3 (488,3%)
População RN	2776782	3003087	3106430	3168027	3198657	3228198	+451416 (16,3%)

Fonte: DATASUS - IDB 2012 (Indicador de recurso E.6.2 “Gasto *per capita* com ações e serviços públicos de saúde”)

Legenda: Δ - variação entre o primeiro e último valor disponível

A arrecadação de impostos é também feita pelas três esferas (figura 12). A carga tributária brasileira é caracterizada como “exagerada” quando comparada a outros países, incidindo em demasia sobre os salários e prejudicando os mais pobres (19). No entanto, segundo um dos entrevistados há uma grande discrepância entre o montante coletado pela União desses impostos comparativamente a Estados e Municípios, sendo cerca de 70% para o governo federal.

As principais fontes de financiamento do MS provêm de contribuições sociais que representam 75% do total, sendo 14,4% de origem nos impostos. Os recursos do Governo Federal correspondem a cerca de 60% do total dos gastos com ações e serviços públicos de saúde no País. Há que salientar também o facto de que a despesa do MS é também para pagamento de reformas, amortização de dívidas e ações de saneamento básico (14).

### Transferência de recursos entre esferas de governo no SUS

A execução das ações de saúde e de prestação de serviços de saúde é da responsabilidade dos Municípios e excepcionalmente do Estado, por isso, a maior parte dos recursos para investimento em ações de saúde provenientes do MS, têm que ser transferidos para essas esferas.

Os recursos de saúde são administrados em “Fundos de Saúde” em cada esfera, MS, SES e SMS e são frequentemente fiscalizados pelos órgãos de controlo sendo um deles os CS de participação social (figura 12) (60).

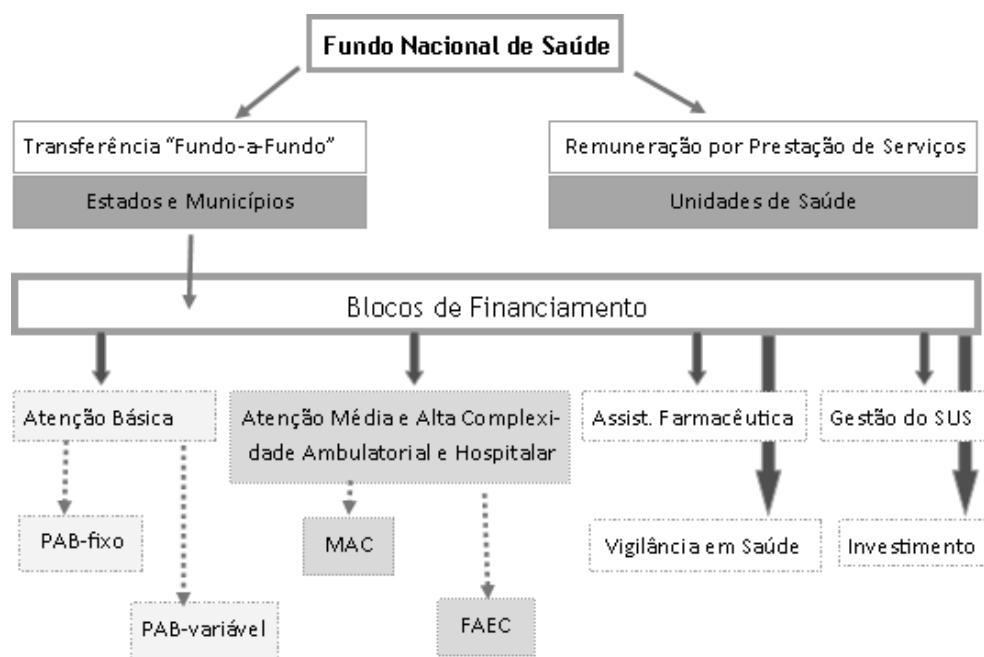


Figura 13 - Fluxo de transferência de recursos financeiros, "Fundo-a-fundo" e por "Remuneração por prestação de serviços"

Há duas modalidades de transferência proveniente da União: automática e regular “Fundo-a-Fundo” para Estados e Municípios e ainda remuneração por serviços prestados diretamente às unidades de saúde (figura 13).

A transferência “Fundo-a-Fundo” inclui blocos de financiamento específicos para seis áreas de atuação nomeadamente “AB”, “Atenção Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar”,

“Vigilância em Saúde”, “Assistência Farmacêutica”, “Gestão do SUS” e “Investimento”. Os recursos de cada bloco apenas podem ser utilizados por esse mesmo bloco, não havendo margem para permuta de fundos entre blocos (60).

No bloco de “AB”, há uma parcela referente a recursos *per capita* transferidos mensalmente entre o MS e as SMS, em que apenas se multiplica um valor estabelecido em Portaria pela população do Município (PAB-fixo). A segunda parcela diz respeito a recursos para projetos específicos (PAB-variável) tais como ESF, ACS, NASF, assistência domiciliar, consultórios de rua, PMAQ e requalificação de unidades (60). Há ainda um recurso “extra” chamado de “compensação de especificidades regionais” que tem como objetivo colmatar falhas específicas de Municípios tais como piores indicadores, Municípios mais pobres ou isolados, problemas de acesso e que não estão contempladas nas outras componentes do bloco de “AB” (60).

O bloco de “Atenção de Média e Alta Complexidade” é constituído pelo componente “Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (MAC)” e pelo componente “Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)”. O MAC é destinado a todos os procedimentos de média e alta complexidade e de incentivos, sendo transferido mensalmente para os Municípios conforme deliberado na PPI. O preço de cada procedimento é especificado numa tabela de procedimentos criada pelo MS, sendo portanto o mesmo valor em qualquer Estado do país (60). O FAEC é destinado, por exemplo, aos transplantes de órgãos e aos casos referenciados entre Estados pela CNRAC. Neste último caso o Município que recebe o paciente de outro estado é financiado pelo FAEC para o procedimento efetuado (14). Mais uma vez os recursos deste bloco apenas podem ser aplicados a ações e serviços de saúde abrangidos pelo mesmo (60).

### Despesa privada com a saúde e Saúde Suplementar

O Brasil é um país com elevada taxa de pobreza e concentração da riqueza, o que torna o número de pessoas que pode pagar pela sua saúde muito baixo.

Mais de 90% da população utiliza o SUS, no entanto apenas é utilizado com caráter exclusivo por cerca de 28,6%, e 61,5% utiliza-o conjuntamente com um seguro de saúde privado e/ou pagamento *out-of-pocket*. Assim podemos perceber a elevada participação privada no financiamento do sistema de saúde como um todo (19). A cobertura de população com seguros de saúde privados em 2015 foi de 16,8% no RN e sobe para 30,5% na Região metropolitana. A evolução entre 2000 e 2015 vem demonstrada na tabela 8.

Tabela 8 - Beneficiários de planos de saúde privados de assistência médica, número absoluto e % de cobertura, RN e 7ª Região de saúde(61,62)

		2000	2005	2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Δ
Beneficiários	RN	259405	311242	296870	471739	489412	498168	n.d.	n.d.	n.d.	+238763 (92%)

	Região 7	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Cobertura	RN	9,3	10,4	12,8	14,9	15,3	15,4	16,6	16,6	16,8	+7,46 (79,9%)
	Região 7	19,1	19,7	23,0	26,6	27,2	28,1	30,2	30,0	30,5	+11,4 (59,7%)

<sup>1</sup>Fonte: DATASUS - IDB 2012 (Indicador de cobertura “F.16 Proporção da população coberta por planos privados de saúde - ANS”)

<sup>2</sup>Fonte: ANS TABNET (Planos de Saúde Registrados ou Cadastrados)

Legenda: Δ - variação entre o primeiro e último valor disponível; n.d. - valor não disponível

No entanto, segundo a entrevista com a responsável de uma das maiores operadoras de seguros no Estado, houve algumas alterações legislativas quanto à saúde suplementar privada. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que regula os seguros de saúde privados, estipulou que: operadoras devem ter prazos apertados de atendimento em consulta dos beneficiários a partir da sua solicitação; não permite que num determinado tempo o beneficiário repita consultas de uma mesa especialidade; e obriga ao pagamento por parte da operadora ao SUS, se um beneficiário seu for atendido no SUS em regime de ambulatório, internamento, quimioterapia, radioterapia ou hemodiálise.

A ANS fiscaliza e exige constante atualização da informação dos utilizadores dos seguros de saúde pelas operadoras, cruzando-a com os dados do SUS para assim concluir acerca da utilização do sistema público pelos beneficiários.

Uma desvantagem do subsistema privado é de que não tem CSP consistente, sendo a oferta e eficiência das unidades de saúde deste nível de CSP muito aquém da desejada.

Os prestadores privados são “contratados” pelo SUS, nomeadamente pelo Estado e pelos Municípios, de modo a servirem os seus utentes, através da celebração de convenções e acordos entre ambos.

### 3.1.8 Estabelecimentos dos Cuidados de Saúde

Tanto a localização como a distribuição de hospitais e unidades dos CSP são importantes para a gestão da saúde, sendo a sua disponibilidade e capacidade de cobrir a população desejada é crucial para proporcionar a satisfação do utente.

As Unidades de Saúde podem ter gestão Municipal, Estadual ou Dupla (Municipal e Estadual) e o prestador dos serviços de saúde pode ser público, privado ou filantrópico. Um prestador filantrópico é uma entidade sem fins lucrativos que opera tanto com planos de saúde privados (saúde suplementar) como presta serviços para o SUS, sendo uma parte importante do sistema de saúde por possuir bastantes unidades de saúde (63).

O Hospital é um componente fundamental na integralidade do cuidado, respondendo a situações de maior complexidade ou gravidade. No Brasil, os Hospitais vinculados ao SUS são classificados quanto ao porte como Pequeno (com menos de 50 camas), Médio (50 a 149 camas) e Grande (Mais de 150 camas). Em Natal, os primeiros representam 41,7%, os de médio porte cerca de 25% e os de grande porte 33,3% (45).



Figura 14 - Número de Hospitais no RN

As unidades hospitalares no RN têm três modalidades: Geral, Especializada e de Dia. Todas elas diminuíram em número entre 2010 e 2015. Em 2015, segundo dados do DATASUS, existiam o número de Hospitais apresentados na figura 14 (64). De grosso modo, existem 34,7 unidades hospitalares/milhão de habitantes.

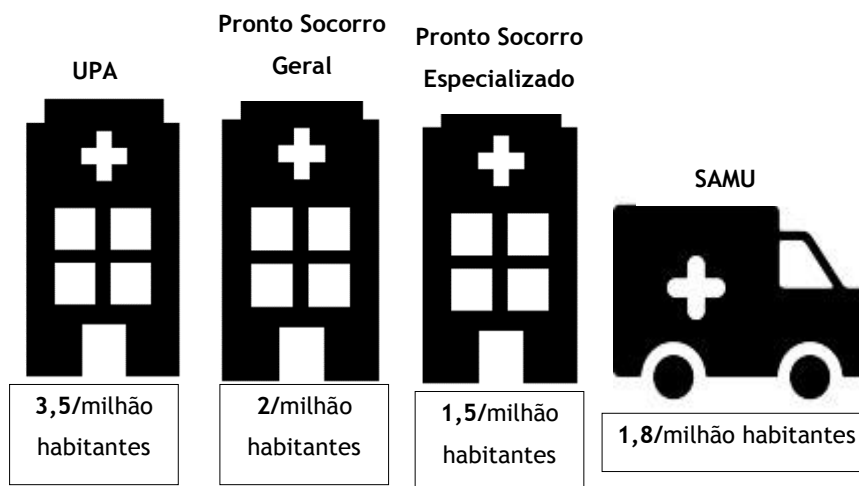


Figura 15 - Número de unidades de saúde de Urgência no RN

As unidades da Rede de Urgência, como anteriormente mencionado, são categorizadas em vários tipos. Segundo o DATASUS, em 2015 existiam as unidades referidas na figura 15. As UPA e unidades do SAMU aumentaram consideravelmente em apenas entre 2000 e 2015. Ao todo existem 7,3 unidades de urgência/milhão de habitantes. Pode-se aferir também que praticamente todas as unidades são de gestão municipal plena e poucas de gestão dupla (64).

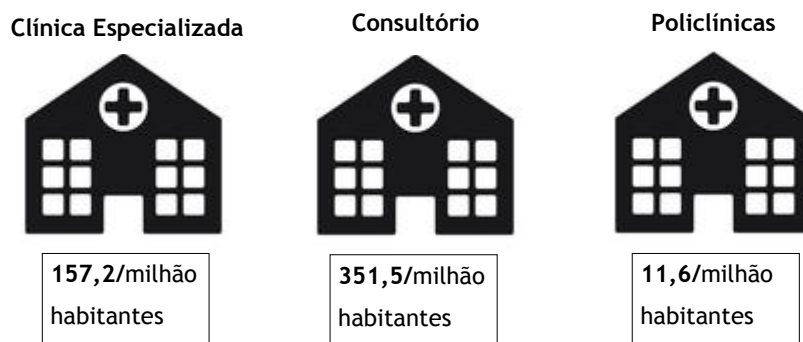


Figura 16 - Número de unidades de saúde dos CSS no RN

O número de unidades de saúde dos CSS vem representado na figura 16, refletindo o mesmo padrão de prestador privado e gestor municipal que as modalidades anteriores. Já as unidades mistas são maioritariamente públicas e contam com 27,6 unidades/milhão de habitantes (64).

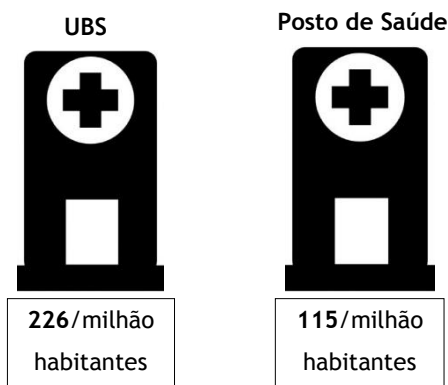


Figura 17 - Número de unidades de saúde dos CSP no RN

As unidades de CSP no RN são maioritariamente de gestão municipal e com prestação no setor público. Salienta-se o elevado número de academias de saúde em três anos da implementação do programa respetivo, contando-se em 2015 com 61 academias em todo o Estado (64). Neste nível de assistência há pouca oferta de CSP no privado, o que comprova a realidade auscultada na entrevista com a responsável da maior operadora de seguros de saúde do Estado.

O anexo 7 exhibe com pormenor a evolução do número de unidades de saúde acima explicitadas entre 2010 e 2015, tendo sido extraído do DATASUS.

### 3.1.9. Recursos Humanos

Os recursos humanos são uma parte com elevada importância nos sistemas de saúde, contribuindo para o seu desempenho e para a facilidade de acesso pelos utilizadores (65). Nesta subsecção, são apresentados os números de médicos, enfermeiros, nutricionistas e técnicos de enfermagem no RN. Um ponto importante é saber se estes valores incluem apenas os profissionais que prestam o cuidado

direto aos pacientes, ou se incluem os que apenas fazem investigação, os que são administrativos ou acadêmicos. Neste caso, não há informação em relação à abrangência dos números.

Tabela 9 - Número de médicos, enfermeiros, nutricionistas, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, número absoluto e por 1000 habitantes (66,67)

	2000	2005	2008	2010	2012 <sup>1</sup>	2015 <sup>2</sup>	Δ
Médicos p/1000 hab	0,89	1,18	1,25	1,23	1,17	1,31	+0,42 (47,2%)
Nº de médicos	2459	3554	3878	3893	3904	4524	+2065 (84%)
Enfermeiros p/1000 hab	0,39	0,55	0,74	0,76	n.d.	n.d.	+0,37 (94,9%)
Nº de enfermeiros	1071	1652	2305	2392	n.d.	n.d.	+1321 (123,3%)
Nutricionistas p/1000 hab	0,14	0,18	-	0,32	n.d.	n.d.	+0,18 (128,6%)
Nº de Nutricionistas	396	537	-	1003	n.d.	n.d.	+607 (153,3%)
Tec. de Enfermagem p/1000 hab	0,14	0,39	1,44	2,01	n.d.	n.d.	+1,87 (1335,7%)
Nº Tec. de Enfermagem	381	1163	4460	6365	n.d.	n.d.	+5984 (1570,6%)
Aux. de Enfermagem p/1000 hab	1,74	2,58	3,08	1,28	n.d.	n.d.	-0,46 (26,4%)
Nº Aux de Enfermagem	4826	7735	9553	4047	n.d.	n.d.	-779 (16,1%)

<sup>1</sup>Fonte: DATASUS - IDB 2012 (Indicador de Recurso - “E.1 Número de profissionais de saúde por habitante”)

<sup>2</sup> Fonte: DATASUS - CNES - recursos humanos - profissionais - indivíduos - segundo CBO 2002 - Rio Grande do Norte (Dez 2012 e Dez 2015)

Legenda: Δ - variação entre o primeiro e último valor disponível; “-” - valor igual a zero; n.d - valor não disponível

Analisando a tabela 9, inferimos que a quantidade de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e nutricionistas tem vindo a aumentar desde 2000. Pelo contrário, os auxiliares de enfermagem/1000 habitantes diminuíram 26,4% nos quinze anos.

Tabela 10 - Distribuição dos médicos pelas regiões de saúde do RN, número absoluto e por 1000 habitantes (67)

		Região 1	Região 2	Região 3	Região 4	Região 5	Região 6	Região 7	Região 8
2010	Nº	236	400	167	223	98	181	2446	98
	Mil hab	0,7	0,9	0,5	0,8	0,5	0,8	2,1	0,6
2015	Nº	272	507	223	270	141	186	2814	111
	Mil hab	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d
Δ N <sup>a</sup>		+36 (15,3%)	+107 (26,8%)	+56 (33,5%)	+47 (21,1%)	+43 (43,9%)	+5 (2,8%)	+368 (15%)	+13 (13,3%)

Fonte: DATASUS - CNES - recursos humanos - profissionais - indivíduos - segundo CBO 2002 - Rio Grande do Norte (Dez 2012 e Dez 2015)

Calculado com base na população indicada na tabela 1

Legenda: Δ - variação entre o primeiro e último valor disponível; n.d - valor não disponível

No entanto, analisando a distribuição de médicos pelas oito regiões de saúde percebe-se que há uma grande discrepância na mesma. Todas as regiões à exceção da Região 7 em 2010 tinham menos de 1 médico/1000 habitantes A Região 7 (que corresponde à capita do RN e zonas ao redor) mesmo

apresentando 2,1 médicos/1000 habitantes fica abaixo da média da OCDE que é de 3,3 médicos/1000 habitantes (tabela 10). Contudo a tendência ao aumento de médicos em todas as regiões é visível.

### 3.2. Processo

O “processo”, segundo o modelo de Donabedian, diz respeito ao modo como os cuidados de saúde são prestados tanto a nível de prevenção da saúde, diagnóstico, terapêutico, como de reabilitação (16). Olhando para o modelo de Kelley and Hurst verifica-se uma tentativa de estudar as atividades e por outro lado a qualidade dos cuidados de saúde, que por si só pode servir para avaliar o desempenho do sistema de saúde.

Podemos dividir os indicadores de processo em três categorias: dos CSP, dos cuidados hospitalares e dos cuidados integrados, representados na figura 18. Por sua vez, segundo Kelley and Hurst, alguns dos indicadores podem ser agrupados em indicadores de qualidade e indicadores de atividade dos cuidados de saúde.

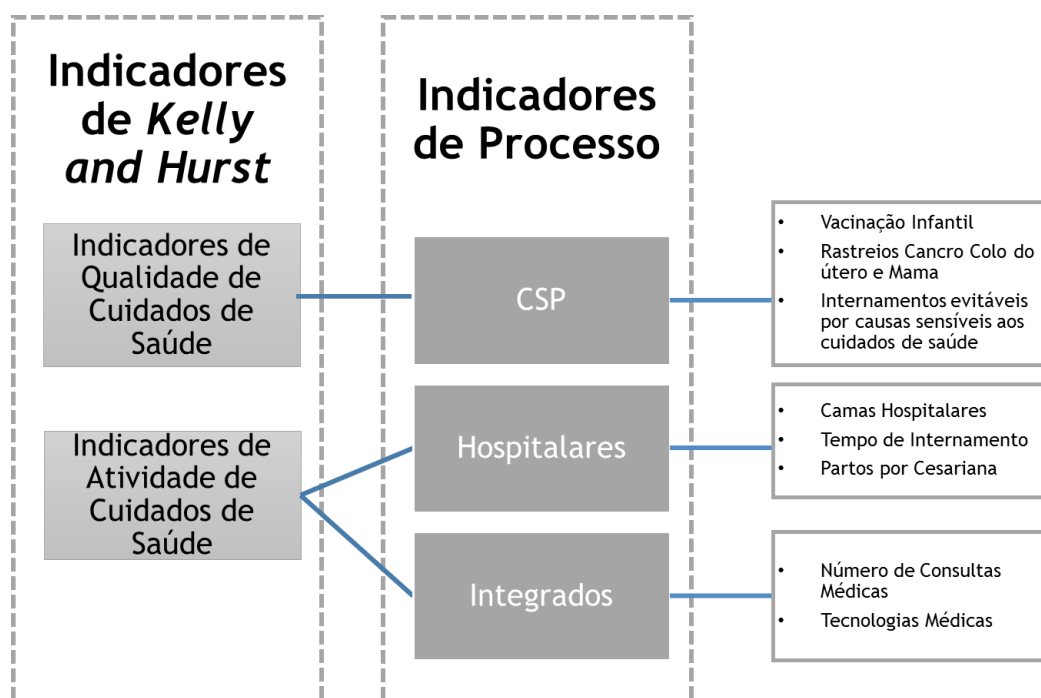


Figura 18 - Indicadores de Processo, Qualidade e Atividade dos Cuidados de Saúde

#### 3.2.1 Indicadores de Cuidados de Saúde Primários

##### Cobertura de Vacinação Infantil

A vacinação reflete a percentagem de crianças que é imunizada no período recomendado. A idade de imunização completa difere entre países bem como a modalidade de administração das mesmas

(combinadas ou individuais). Os programas de vacinação são elaborados de acordo com a interpretação do risco e benefícios de cada vacina no país (18).

*Tabela 11 - Cobertura de vacinação de crianças na faixa etária recomendada, Vacina tetravalente e Vacina contra Hepatite B, em % (68)*

	Tetravalente	Hepatite B
2000	n.d.	86,4
2005	92,6	91,4
2010	95	94,3
2011	97	97,5
2012	93,7	97
$\Delta$	+1,1 (1,2%)	+10,6 (12,3%)

Fonte: DATASUS - IDB 2012 “Indicadores de Cobertura “ (F.13 Proporção de crianças vacinadas na faixa etária recomendada)

Legenda:  $\Delta$  - variação entre o primeiro e último valor disponível; n.d - valor não disponível

Os esquemas vacinais analisados de acordo com o relatório da OCDE são de imunização contra as doenças: hepatite B, difteria, tétano e coqueluche (18). No Brasil, a vacina tetravalente engloba todas estas doenças exceto a hepatite B. Verifica-se pela tabela 11 que a imunização no Estado apresentou oscilações ao longo dos anos sendo a cobertura da vacina tetravalente de 93,7% em 2012 e a cobertura da vacina contra a hepatite B de 97,0% no mesmo ano (69).

A imunização conseguida nos países da OCDE encontra-se acima dos 95% para tétano, difteria e coqueluche e acima de 92% para hepatite B (18).

### Rastreios de Cancro do Colo do útero e Cancro da Mama

Os programas de rastreio de deteção precoce de cancro do colo do útero e cancro da mama são amplamente utilizados para a prevenção do aumento da incidência destas patologias, já que se caracterizam por ser extremamente preveníveis se detetadas atempadamente. No entanto as idades da população alvo variam entre países (18). No Brasil o cancro do colo do útero e o cancro da mama representam um problema de saúde pública sendo a maior causa de óbitos de mulheres jovens (70,71).

No Brasil, o “Programa Nacional de Controlo do Cancro do Colo do Útero” é preconizado para mulheres entre os 25 e 64 anos que já iniciaram atividade sexual (70). Os exames citopatológicos de rastreio efetuados no âmbito do programa no RN têm aumentado em número absoluto entre 2008 e 2012, no entanto a percentagem de mulheres rastreadas tem diminuído já que a população desta faixa etária aumentou nesse mesmo período. Em 2012 registaram-se 18,1% mulheres rastreadas por exame citopatológico no total da população alvo do programa (72)(tabela 12).

Tabela 12 - Exames de rastreio do cancro do colo do útero e cancro da mama, número absoluto e proporção de mulheres rastreadas, em % (72)

	Exame Citopatológico		Mamografia	
	%	Nº absoluto	%	Nº absoluto
<b>2008</b>	22,7	748743	6,4	214793
<b>2010</b>	23,1	796889	6,7	238131
<b>2011</b>	20	804726	9,7	240320
<b>2012</b>	18,1	812346	9,4	242455
<b>Δ</b>	-4,6(20,3%)	+63603(8,5%)	+3(46,9%)	+27662(12,9%)

Fonte: DATASUS - indicadores de transição pacto pela saúde e COAP - 2012 - valores absolutos - Rio Grande do Norte

Legenda: Δ - variação entre o primeiro e último valor disponível

O rastreio para cancro do colo do útero, como indicador nos países da OCDE, é considerado em mulheres entre os 20 e 69 anos, e apresenta valores perto de 60% de mulheres rastreadas(18).

O “Programa Nacional de Controlo do Cancro da Mama” é indicado em mulheres entre os 50 e 69 anos através da mamografia. No RN a realização de mamografias tem vindo a aumentar atingindo o valor de 9,4% da população feminina em 2012 (72). Na OCDE o rastreio é feito a mulheres da mesma faixa etária e em 2013 ultrapassava 50% da população de mulheres (18).

A mortalidade por cancro do colo do útero no RN tem vindo a aumentar registando-se 5,9 óbitos/100000 mulheres em 2011, segundo dados do DATASUS (73). Já a média dos países da OCDE encontra-se perto dos 4 óbitos/100000 mulheres (18). A mortalidade por cancro da mama também apresenta um aumento ao longo dos anos e é maior que a referente ao cancro do colo do útero, registando-se em 2012 9,5 óbitos/100000 mulheres (73).

### Internamentos Evitáveis por Causas Sensíveis aos Cuidados de Saúde

As bases de dados da OCDE possuem uma série de indicadores para avaliação dos cuidados de saúde primários. Os internamentos evitáveis por causas sensíveis aos cuidados de saúde (IECSCS), nomeadamente asma, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e diabetes *mellitus* (DM) são exemplos que refletem a qualidade dos cuidados de saúde primários, já que é o nível de cuidado responsável pelos pacientes com estas e outras patologias crónicas e capaz de evitar os internamentos (74).

No Brasil, o indicador acima referido é chamado de “Internamentos por Condições Sensíveis à Atenção Básica” . Na versão preliminar do documento “Boletim de Atenção Básica 2014 do RN” fornecido pela SESAP/RN, existe uma listagem de dezassete condições, sendo as gastroenterites infecciosas, asma,

insuficiência cardíaca, DM, infecção renal e do trato urinário e angina, as seis condições mais prevalente no Estado. Na tabela 13 vêm os valores de proporção de IECSCS no RN.

Tabela 13 - Internamentos evitáveis por causas sensíveis aos Cuidados de Saúde, em %(40)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Δ
IECSCS	44,09	37,77	36,18	38,2	33,27	33,32	-10,8 (24,4%)

Fonte: DATASUS - Indicadores regionais, estaduais e nacionais do rol de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2015 - Rio Grande do Norte

Legenda: Δ - variação entre o primeiro e último valor disponível

Este indicador é diferente do utilizado pela OCDE no seu relatório de 2015 “Health at a Glance”, já que utiliza especificamente internamentos por Asma, DPOC e insuficiência cardíaca congestiva. Mas podemos ter uma ideia, que parece apontar para uma redução progressiva nos últimos 5 anos.

### 3.2.2. Indicadores de Cuidados Hospitalares

#### Camas Hospitalares

O número de camas hospitalares é considerado uma medida de *input* físico num sistema de saúde, sendo o indicador de disponibilidade dos serviços de saúde e da sua capacidade de resposta à população (65).

Tabela 14 - Camas públicas e privadas totais, número absoluto e por 1000 habitantes(75)

	Camas Públicas		Camas Privadas		Camas Totais	
	Nº	Por 1000	Nº	Por 1000	Nº	Por 1000
2005	3975	1,3	4230	1,4	8205	2,7
2008	4118	1,3	3626	1,2	7744	2,5
2010	4264	1,4	3350	1,1	7614	2,4
2011	4316	1,4	3223	1	7539	2,4
2012	4281	1,3	3173	1	7454	2,3
Δ	+306 (7,7%)	0,0 (0,0%)	-1057 (25%)	-0,4 (30,5%)	-751 (9,2%)	-0,4 (15,4%)

Fonte: DATASUS - IDB 2012 (Indicador de recurso “E.3 Número de camas hospitalares por habitante - CNES/MS”

Legenda: Δ - variação entre o primeiro e último valor disponível

No RN, o total de camas, contando com aquelas referentes aos prestadores públicos e com camas associadas aos prestadores privados, é de 2,3/1000 habitantes em 2012, número esse que tem gradualmente diminuído desde 2005, contudo mais de metade das camas são privadas (Tabela 14). Para os países da OCDE em 2013, existiam 4,8 camas/1000 habitantes, contudo com uma evolução decrescente (18).

Tabela 15 - Camas-SUS públicas e privadas, número absoluto e por 1000 habitantes(75)

	Camas SUS		Camas SUS Públicos		Camas SUS Privados	
	Nº	Por 1000	Nº	Por 1000	Nº	Por 1000
2005	6976	2,3	3887	1,3	3089	1
2008	6655	2,1	3976	1,3	2679	0,9
2010	6562	2,1	4151	1,3	2411	0,8
2011	6524	2	4207	1,3	2317	0,7
2012	6394	2	4184	1,3	2210	0,7
Δ	-582 (8,3%)	-0,3 (14,7%)	+297 (7,6%)	0,00 (0,0%)	-879 (28,5%)	-0,3 (34%)

Fonte: DATASUS - IDB 2012 (Indicador de recurso “E.3 Número de camas hospitalares por habitante - CNES/MS”

Legenda: Δ - variação entre o primeiro e último valor disponível

No entanto, devido à compra de serviços hospitalares aos prestadores privados por parte do SUS, percebemos que há 0,7 camas/1000 habitantes que em 2012 pertenciam a prestadores privados mas que serviam o sistema público, aumentando assim o número de camas disponibilizadas pelo SUS (tabela 15).

As camas não estão equitativamente distribuídas pelas 8 regiões de saúde, estando mais de metade localizadas na 7ª Região, e correspondendo a 2,7 camas/1000 habitantes da Região em 2010 (76).

### Tempo Médio de Internamento

Este indicador é importante para avaliar as atividades hospitalares (65), e é o principal indicador de gestão hospitalar (77). É um cálculo estatístico frequentemente utilizado para fins de planejamento de saúde e avaliação comparativa. Há muitos fatores que o influenciam, como por exemplo métodos de pagamento pelos serviços de saúde. O tempo médio de internamento também é relacionado com o aparecimento de infecções nosocomiais, reações adversas e úlceras de pressão (77).

Este indicador mede a eficiência, já que menos dias de internamento implica um menor custo por alta, contudo, internamentos mais curtos tendem a ter cuidados mais intensivos e que pode representar maior gasto diário. Um tempo médio de internamento demasiado baixo pode acarretar efeitos negativos nos resultados em saúde ou diminuir o conforto e recobro do doente, no entanto um tempo demasiado longo aumenta o risco de infecções o que por sua vez prolonga o internamento, risco de úlceras e de reações adversas (18).

No RN a média de permanência tem vindo a diminuir, ficando pelos 5,6 dias em 2015 (tabela 16).

Tabela 16 - Tempo médio de internamento, em dias(78)

	Média de permanência
2008	6,2
2010	5,9
2011	5,6
2012	5,9
2013	5,6
2014	5,9
2015	5,6
$\Delta$	-0,6 (9,7%)

Fonte: DATASUS (Procedimentos hospitalares do SUS - por local de internação - Rio Grande do Norte)

Legenda:  $\Delta$  - variação entre o primeiro e último valor disponível;

A média dos países da OCDE em 2013 situava-se nos 8,1 dias de internamento (18).

### Número de Partos por Cesariana

A taxa de cesarianas é o número desse procedimento por 100 nados vivos. Esta técnica cirúrgica contribui para o aumento da mortalidade materna, morbidade infantil e aumento das complicações nos partos subsequentes (18).

Tabela 17 - Partos executado por cesariana, em %(79)

	Partos por Cesariana
2000	27,5
2005	36,4
2008	44,7
2010	51,7
2011	53,4
$\Delta$	+ 25,9 (94,2)

Fonte: DATASUS - IDB 2012 (Indicadores de cobertura -F.8 Proporção de partos cesáreos)

Legenda:  $\Delta$  - variação entre o primeiro e último valor disponível;

No RN a proporção de cesarianas tem vindo a aumentar de 2000 a 2011, ano em que se registaram 53,9% de procedimentos, segundo a tabela 17.

Em quase todos os países da OCDE esta taxa tem vindo a decrescer, no entanto em alguns países, a tendência é a oposta. Razões para o aumento da taxa são: existência de mais primeiros filhos em mulheres mais velhas, aumento de multiparidade devido a técnicas de reprodução assistida, conveniência de horários entre paciente e médico e ainda preferência da mãe (18).

A média dos países da OCDE exposta no relatório “*Health at a Glance 2015*” encontra-se em 27,6% para o ano de 2013 (18).

### 3.2.3. Indicadores Integrados

#### Número de Consultas Médicas

O número de consultas refere-se ao contacto do paciente com o médico, tanto generalista como especialista, nos mais variados cenários (clínicas, hospitais, unidades de CSP, no domicílio) (18). Neste caso apenas são consideradas as consultas pelo SUS.

O indicador reflete o uso dos serviços de saúde e os próprios recursos de saúde apesar de ter algumas limitações. Por exemplo população menos alfabetizada tem menos informação quanto ao acesso à saúde podendo criar-se uma barreira (80).

O indicador apresentado, no caso em estudo, apenas está associado a consultas do SUS, ou seja, não considera as consultas privadas feitas através de seguros de saúde ou custo direto.

No RN a tendência tem sido o aumento do número de consultas por habitante, verificando-se no entanto que contraria a tendência da região Nordeste. A tabela 18 mostra a evolução do número de consultas médicas entre 2000 e 2012, atingindo o máximo de 3,1 consultas *per capita* em 2009 decrescendo no entanto desde então.

Tabela 18 - Consultas médicas *per capita*, por ano(81)

	RN
2000	2,5
2005	2,0
2008	2,8
2009	3,1
2010	2,6
2011	2,9
2012	2,6
$\Delta$	+0,1 (4,8%)

Fonte: DATASUS - IDB 2012 (Indicadores de cobertura - “F.1 Número de consultas médicas (SUS) por habitante”)

Legenda:  $\Delta$  - variação entre o primeiro e último valor disponível

Olhando para a média da OCDE, verifica-se que o valor atingido foi de 6,6 consultas *per capita*, em 2013 (18).

## Tecnologias Médicas

Nas últimas décadas, as novas tecnologias médicas têm melhorado tanto os diagnósticos como os tratamentos, mas no entanto aumentam a despesa em saúde. Nesta subsecção são apresentados dois meios de diagnóstico, a Tomografia Computorizada (TC) e a Imagem por Ressonância Magnética (IRM), que ajudam os médicos no diagnóstico de um largo espectro de patologias. Não há diretrizes específicas que determinem um número ideal de unidades de TC e IRM *per capita*, no entanto se existirem em número muito reduzido poderá acarretar problemas de acesso em termos de proximidade e tempos de espera. Por outro lado se houver em demasia, levará a um uso excessivo destes meios de diagnóstico de custo elevado, o que pouco beneficia o utente (18).

A tabela 19 mostra as unidades de IRM e TC no Estado por milhão de população. Verifica-se que o número absoluto de tecnologia, tanto de IRM como de TC tem aumentado ao longo dos anos, existindo em 2012 2,5 unidades de IRM/milhão habitantes e 9,6 unidades de TC/milhão de habitantes. Constatase também que o maior número de unidades se encontra no setor privado, no entanto, pelas características do SUS, a tecnologia pode ser utilizada por este conforme contratação de serviços.

Tabela 19 - Unidades de IRM e TC disponíveis no RN distribuídas por prestador público e privado, número absoluto e por milhão de habitantes(82)

	IRM						TC					
	Público		Privado		Total		Público		Privado		Total	
	Nº	Por Milhão	Nº	Por Milhão	Nº	Por Milhão	Nº	Por Milhão	Nº	Por Milhão	Nº	Por Milhão
2008	1	0,3	3	1	4	1,3	3	1	19	6,1	22	7,1
2010	1	0,3	5	1,6	6	1,9	3	0,9	24	7,3	26	8,2
2011	1	0,3	6	1,9	7	2,2	5	1,5	26	8,1	31	9,6
2012	1	0,3	7	2,2	8	2,5	5	1,5	26	8,1	31	9,6
Δ	0 (0%)	0 (0%)	+4 (133%)	+1,2 (120%)	+4 (100%)	+1,2 (92%)	+2 (67%)	+0,5 (50%)	+7 (37%)	+2 (33%)	+9 (41%)	+2,5 (35%)

Fonte: DATASUS - IDB 2012 (Indicadores de recurso - "E.18 Número de equipamentos de imagem por habitante")

Legenda: Δ - variação entre o primeiro e último valor disponível

Nos países da OCDE em média existem 14,1 unidades IRM/milhão de habitantes e 24, 4 unidades de TC/milhão de habitantes.

### 3.3. Resultado

Medidas como taxa de mortalidade (TM), esperança média de vida à nascença (EMV) e taxa de mortalidade infantil (TMI), fornecem uma visão global de como é o estado de saúde de uma população.

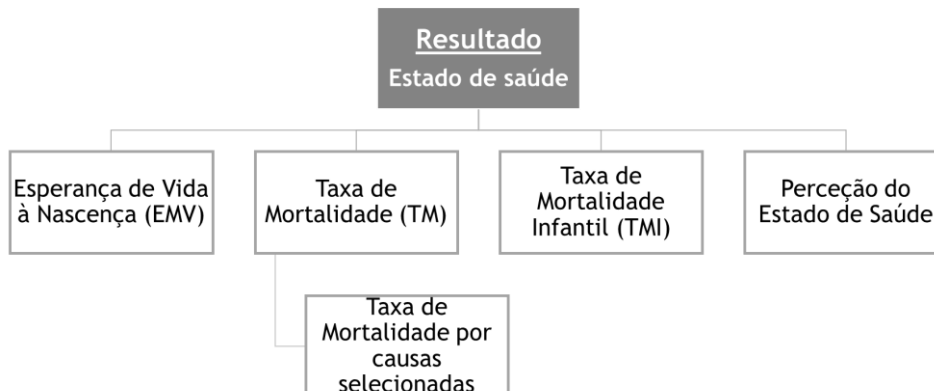


Figura 19 - Diagrama de indicadores do Resultado

#### 3.3.1. Esperança Média de Vida à nascença

De acordo com a OMS este indicador reflete a mortalidade geral de uma população, para além de sumarizar o padrão de mortalidade que prevalece em todos os grupos etários (83).

Segundo a pesquisa “Indicadores e Dados Básicos (IDB) 2012”, a EMV no RN em 2012 encontrava-se para as mulheres nos 78,8 anos, para os homens nos 70,7 anos e no total alcançava os 74,7 anos. O projeto levado a cabo pelo IBGE “Série Estudos e Pesquisas: síntese de Indicadores Sociais 2015 - Uma análise das condições de vida da população brasileira” baseado na “Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio 2014”, mostra que a EMV em 2014 no RN situava-se nos 75,2 anos sendo que para homens seria uma média de 71,2 e para as mulheres 79,2 anos (31). A tabela 20 mostra a evolução da EV de 2000 a 2014 no RN.

Tabela 20 - Esperança de vida à nascença, em anos e por sexo (84)

	Masculino	Feminino	Total
2000	66,8	73,9	70,2
2005	68,6	76,3	72,4
2008	69,6	77,5	73,5
2010	70,2	78,1	74,1
2011	70,5	78,5	74,4
2012	70,7	78,8	74,7
2014	71,2	79,3	75,2
$\Delta$	+4,4 (6,6%)	+5,4(7,3%)	+5(7,1%)

Fonte: DATASUS - IDB 2012 (Indicadores demográficos - “A.11 Esperança de vida ao nascer” ambos os sexos, sexo masculino e sexo feminino)

Legenda:  $\Delta$  - variação entre o primeiro e último valor disponível

Em todos os países da OECD a esperança de vida ao nascer tem aumentado continuamente, sendo a média de 80,5 anos (18).

### 3.3.2. Taxa de Mortalidade Infantil

A TMI continua a ser um importante indicador de saúde para todas as populações, refletindo que os fatores estruturais e os determinantes médicos e não médicos na saúde têm impacto na TMI. Este indicador mede a taxa a que crianças com menos de um ano morrem. O contexto sócio-económico em que as mães e recém-nascido vivem, o ambiente social, estilos de vida individuais, bem como características e efetividade do sistema de saúde são fatores que influenciam a TMI (18,65,85).

O objetivo *Reduzir a mortalidade infantil* dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio para 2015, figurado na meta “Reduzir em dois terços a mortalidade de crianças com idade inferior a 5 anos”, foi atingido a 72,1% no RN (86).

No panorama brasileiro, assistiu-se a uma queda acentuada da TMI desde 1970 (8). A região Nordeste brasileira sempre se caracterizou por uma alta TMI devido à pobreza dominante em todos os Municípios, no entanto graças às estratégias e programas dos CSP implementados desde 1990 com o SUS, este indicador tem vindo a decrescer nestas regiões mais pobres (87).

No RN verificou-se um decréscimo de 14% na TMI em 6 anos (Tabela 21), sendo em 2014 de 12,6 óbitos/1000 nados vivos, no entanto há divergências acentuadas entre as diferentes regiões de saúde (24). Os valores obtidos pelo DATASUS divergem dos valores estimados pelo IBGE, sendo neste último, superiores.

Tabela 21 - Número de óbitos de crianças com menos de 1 ano por 1000 nados vivos(40)

	Nº Absoluto de óbitos	RN	Brasil
2008	728	14,6	17,7
2009	676	13,8	16,8
2010	638	13,4	16
2011	640	13,3	15,3
2012	659	14	n.d.
2013	675	14,4	14,5
2014	604	12,6	n.d.
$\Delta$	-124 (17%)	-2 (14%)	-3,2 (-18,1%)

Fonte: DATASUS (Indicadores regionais, estaduais e nacionais do rol de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2015 - Rio Grande do Norte - “24b. Tx mortalidade infantil segundo Ano”)

Legenda:  $\Delta$  - variação entre o primeiro e último valor disponível

Comparando com os valores obtidos no país, a TMI está cada vez mais a aproximar-se da realidade nacional.

O valor obtido para a TMI nos países da OECD é de 3,8/1000 (18).

### 3.3.3. Mortalidade

A TM e o número absoluto de mortes são indicadores genéricos do estado de saúde de uma população, sendo facilmente comparáveis e utilizados muitas vezes para estudar o nível de mortalidade ao longo dos anos (65).

Os números de óbitos recolhidos pelo SIM divergem dos valores projetados pelo IBGE, portanto foram feitas retificações nesses valores após estudo intensivo em 2011 no projeto “Pesquisa de busca ativa” os quais são apresentados na Tabela 22. Verifica-se um elevado número de óbitos no RN tanto no sexo feminino como masculino, sendo crescente a tendência dos mesmos. Contudo é o sexo masculino que mais contribui para a TM total.

Tabela 22 - Número de óbitos por todas as causas, por 100 000 habitantes(88)

	Masculino	Feminino	Total
2000	679,4	497,0	587,2
2005	665,9	483,3	573,5
2008	674,8	470,7	571,5
2010	684,4	481,1	581,4
2011	679,8	483,1	580,1
2012	714,6	504,8	608,3
2013	714,5	509,3	615,9
$\Delta$	+35,1 (5,2%)	+12,3 (2,5%)	+28,7 (4,9%)

Fonte: DATASUS/SIM (Mortalidade - óbitos por idade e sexo corrigido pelo busca ativa - Brasil); utilizados valores de estimativa de população do IBGE para cálculo por 100000 habitantes

Legenda:  $\Delta$  - variação entre o primeiro e último valor disponível

Torna-se importante ressaltar que o formulário de declaração de óbito no Brasil sofreu alterações em 2010 e que por este motivo nesse ano e em 2011 o SIM possuía dados retirados tanto do formulário antigo como do novo, de acordo com a adesão dos estabelecimentos de saúde ao mesmo.

### 3.3.4. Mortalidade por causas selecionadas

De acordo com a OMS, doença cardíaca isquêmica (DCI), doença cerebrovascular (DCV), DPOC, neoplasias malignas (NM) da traqueia, brônquios e pulmão, DM e acidentes de viação são as causas principais de mortalidade entre 2000 e 2012 (89).

No RN, segundo o Plano Estadual de Saúde 2012-2015, em 2011 os cinco principais grupos de causas de mortalidade agrupadas por capítulos da CID-10 foram: patologias do aparelho circulatório (38,23%), neoplasias (21,45%), causas externas de morbidade e mortalidade (17%), patologias endócrinas, nutricionais e metabólicas (12,12%) e patologias do aparelho respiratório (10,80%). No total perfazem 77,20% das mortes totais nesse ano (24). No geral o cenário reflete a realidade apontada pela OMS.

Tabela 23 - Número de óbitos por causas selecionadas, valor absoluto e por 100 000 habitantes(90)

	CID II		CID IV		CID IX				CID X		CID XX	
	NM <sup>1</sup>		DM <sup>2</sup>		DCI <sup>3</sup>		DCV <sup>3</sup>		DCTRI <sup>5</sup>		AV <sup>4</sup>	
	Nº	a	Nº	a	Nº	a	Nº	a	Nº	a	Nº	a
2000	1217	43,8	542	19,5	965	34,8	777	28	194	6,8	461	16,6
2005	2048	68,2	884	29,4	1338	44,6	1230	41	312	10,2	462	15,4
2008	2339	75,3	1149	37	1662	53,5	1390	44,7	350	11	474	15,3
2010	2580	81,4	1189	37,5	1696	53,5	1378	43,5	379	11,6	645	20,4
2011	2813	87,9	1386	43,3	1875	58,6	1384	43,3	432	13,1	592	18,5
2012	2765	82,8 <sup>a</sup>	1383	41,4 <sup>a</sup>	1899	56,9 <sup>a</sup>	1479	44,3 <sup>a</sup>	403	12,1	611	18,3 <sup>a</sup>
2013	2793	83,5 <sup>a</sup>	1413	42,3 <sup>a</sup>	1957	58,5 <sup>a</sup>	1388	41,5 <sup>a</sup>	432	12,9	623	18,6 <sup>a</sup>
Δ	+1576 (129%)	+39,7 (90,6%)	+871 (160,7%)	+22,8 (116,9%)	+992 (102,8%)	+23,7 (68,1%)	+611 (78,6%)	+13,5 (48,2%)	+238 (122,7%)	+6,1 (89,7%)	+162 (35,1%)	+2 (12,1%)

Fonte: DATASUS/IDB 2012 (Indicadores de mortalidade)

<sup>1</sup> C.10 Taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas

<sup>2</sup> C.12 Taxa de mortalidade específica por diabetes mellitus

<sup>3</sup> C.8 Taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório

<sup>4</sup> C.9 Taxa de mortalidade específica por causas externas

<sup>5</sup> Fonte: DATASUS - Mortalidade - RN (por capítulo CID X)

<sup>a</sup> Utilizados valores de estimativa de população do IBGE para cálculo por 100000 habitantes

Legenda: Δ - variação entre o primeiro e último valor disponível

Do primeiro grupo (Capítulo IX Da CID-10) que representa a principal causa de mortalidade no RN, deve-se ressaltar a proporção DCI (35,7%) e DCV (29%) do total de óbitos derivados das patologias do aparelho circulatório. Os fatores de risco de ambas as patologias são bem conhecidos, e refletem todos eles hábitos de vida menos saudáveis: tabagismo, abuso de álcool, sedentarismo, alimentação rica em gorduras, açúcar e sal. (24). Verificamos pela tabela 23 que a incidência está a aumentar, sendo de 58,5 óbitos/100 000 habitantes para a DCI e de 41,5 óbitos/100 000 habitantes para DCV. A média da OCDE para mortes por DCI encontra-se nos 117 óbitos/100 000 habitantes, já para a DCV situa-se nos 66/100 000 (18).

O segundo grupo (Capítulo II da CID-10) tem como maior contribuinte as NM (96,40%). Nelas estão incluídas com maior percentagem as neoplasias do pulmão/traqueia/brônquios, esôfago, estômago, colon/reto/ânus, mama feminina, colo do útero e próstata. Nas neoplasias de localização especificada, são destacadas as correspondentes a órgãos digestivos, correspondendo a 35% destas. O cancro é uma realidade emergente do século XXI, e as taxas de mortalidade estão a aumentar a cada

ano em todo o mundo. De igual modo, o RN depara-se com este problema e os números tendem a aumentar segundo os especialistas (24). Pela análise da tabela 23, no RN o número de óbitos por NM é de 83,5/100 000 habitantes. O valor médio de mortalidade por NM dos países da OECD situa-se perto dos 200 óbitos/1000 00.

O terceiro grupo de causas de mortalidade (Capítulo XX da CID-10) é composto pelas causas externas de morbidade e mortalidade onde estão incluídos os acidentes e agressões. A parcela que mais contribuiu para este grupo foi a dos acidentes (48,9%) onde os acidentes de viação (AV) estão destacados em 61,8% deles. No entanto as agressões (que incluem homicídio) também representam um número significativo de óbitos correspondentes a 37,5% do total do grupo (24). Os AV em 2013 apresentaram 18,6 óbitos/100 000 habitantes no RN. A média dos países da OECD está abaixo dos 10/100 000.

Do grupo das doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (Capítulo IV da CID-10) é a DM que representa a maior percentagem de óbitos dentro do grupo (79%) (24). A DM causa 42,3 óbitos/100 000 habitantes.

Na quinta posição quanto às causas de mortalidade temos as doenças do aparelho respiratório (capítulo X da CID-10), no entanto ao contrário do que acontece na Europa segundo a OMS, no RN a DPOC não se encontra nas principais patologias associadas à mortalidade. Ao invés, temos a gripe por Influenza e a Pneumonia a causar mais mortes neste grupo, 55,4% (24).

### 3.3.5. Percepção do Estado de Saúde

A percepção do estado de saúde reflete um sentimento subjetivo individual em relação à sua saúde. De acordo com o estudo “Health at a Glance 2014”, estes indicadores são de facto bons preditores da utilização dos serviços de saúde pela população e da mortalidade (65).

No entanto, é sempre difícil conseguir interpretar as respostas já que estas podem ter influências culturais e sociais. Para além disto, os idosos tendem a avaliar o estado de saúde de modo mais negativo e pobre, por isso a pirâmide etária da população deve ser tida em consideração. Outro fator é o acesso aos serviços de saúde, que pode ter impacto na opinião e percepção que os utentes têm da sua saúde (65).

Na “Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio 2008 - Acesso e utilização dos Serviços, Condições de Saúde e Fatores de Risco e Proteção à Saúde”, da população residente, 70,4 % auto-avaliou o seu estado de saúde em “bom ou muito bom” (91). Cinco anos depois a “Pesquisa Nacional de Saúde 2013” mostrou que a proporção de pessoas do RN com mais de 18 anos auto-avaliou a sua saúde em “boa ou muito boa” é de 62,6% (92). Não há mais dados disponíveis em relação a este indicador.

Os resultados da OCDE indicam que cerca de 69% da população (com idade igual ou superior a 15 anos de idade) classifica a sua saúde como “Boa ou muito boa”(18).

### **3.4 Determinantes de saúde não-médicos**

Os estilos de vida têm um forte impacto em vários indicadores do estado de saúde como TM, EMV e TMI. O modelo de Kelley and Hurst salienta a importância crucial do controlo das variáveis que têm influência nas doenças crónicas não transmissíveis, tais como sedentarismo, atividade física, alimentação, tabagismo e alcoolismo (18).

A proporção de pessoas com 18 anos ou mais utilizadoras atuais de produtos derivados do tabaco no RN é de 13,5%, e a proporção de pessoas com 18 anos ou mais fumadoras de cigarros é de 12,8% (92). Pela análise do relatório “Health at a Glance 2015”, dos países da OCDE analisados, o Brasil é o segundo com menor consumo de tabaco, sendo a média dos países acima dos 20% de população que consome tabaco com 15 ou mais anos de idade. Apesar da idade analisada no RN ser 18 anos e não 15 anos, encontra-se muito abaixo da média da OCDE (18).

Não foram encontrados dados relativos a obesidade e excesso de peso no Estado em estudo. Contudo, sabemos segundo o estudo “IDB Brasil 2012” que em 2012 50,6 % da população brasileira tinha excesso de peso e 33,% tinha sobrepeso (93). Em 2006 7,3% das crianças com menos de 5 anos tinham excesso de peso (94). Segundo o relatório da OCDE, 19% da população dos países em estudo era obesa em 2013, estando o Brasil atrás desta média com 17,5% (18).

## 4. Discussão dos resultados

### 4.1. Considerações sobre a organização do sistema de saúde e do SUS no RN

A saúde no Brasil segue uma organização descentralizada pelas três esferas do governo, sendo consensual entre os entrevistados que é o modelo ideal para as características do país, já que é necessário fundamentalmente para as ações dos CSP. No entanto, é importante que o processo de descentralização seja feito com qualidade e que os gestores das secretarias de saúde sejam profissionais qualificados para as suas funções, caso contrário representam mais um obstáculo para o alcance dos objetivos propostos para a saúde do estado.

A existência de vários órgãos com função deliberativa e conselheira na saúde tem um impacto positivo na discussão ativa e na busca por inovação no sistema de saúde. O CONASEMS, CONASS e COSEMS permitem o intercâmbio de experiência entre gestores de saúde o que amplifica o conhecimento e permite a superação de obstáculos existentes. No entanto a falha na assiduidade pela parte dos secretários de saúde pode comprometer a qualidade e proficuidade das reuniões. As Comissões Intergestores CIT, CIB e CIR, órgãos de decisão, por serem compostos por gestores e representantes de outras entidades envolvidas na saúde, permitem uma abrangência e flexibilidade no que toca à aprovação de propostas e portarias na saúde.

#### 4.1.1 Regionalização da saúde

A regionalização veio resolver um problema patente no RN que reside no facto de existirem muitos Municípios pequenos com pouca população (menos de 100 mil habitantes) e que por isso não têm capacidade financeira para prestar serviços de saúde à totalidade dos indivíduos. Com a existência de regiões de saúde, é possível a um maior número de Municípios ter acesso a mais serviços, disponíveis em Municípios vizinhos e organizados em redes dentro de uma Região.

Pela análise da tabela 1 pode-se constatar que quase um terço da população está concentrada na 7ª Região de saúde, a metropolitana, e que esta apenas possui cinco Municípios. Por outro lado, regiões como a 6ª têm uma proporção exageradamente elevada de Municípios para a pequena população que têm. O impacto destas disparidades na saúde é crítico, já que dificulta a distribuição de recursos de saúde pelo território. Os Municípios pequenos possuem menos recursos financeiros para aplicar em saúde comparativamente a Municípios maiores. Estes últimos têm mais oferta de cuidados de saúde o que provoca um “êxodo em saúde” pelos Municípios mais pequenos para a Região metropolitana maioritariamente.

#### 4.1.2 O Financiamento da saúde

A percentagem do PIB gasta em saúde no Brasil segundo a OMS (9,7%) em 2013 é superior à relatada pela OCDE (9,1%). No entanto ambos se encontram acima da média reportada nos países da OCDE (8,9%). Contudo, a percentagem privada (5%) é superior à percentagem pública (4,7%), o que representa um subfinanciamento público da saúde, impedindo assim que os serviços do SUS ganhem qualidade em cada Estado. O percentual público é muito inferior àquele aplicado por outros países que possuem sistemas universais de saúde (95). A solução é aumentar a fonte pública tanto da União, Estados e Municípios.

A Emenda Constitucional 29 quando implantada, teve o objetivo de garantir os recursos mínimos de investimento em saúde, no entanto houve uma falha na regulamentação permitindo interpretações distintas sobre a obrigatoriedade de gasto da União (96). Na verdade, atualmente a União ainda não cumpre o mínimo e o estado e Municípios investem, no geral, mais do que o estabelecido na Emenda (12% e 15% da receita de impostos respectivamente).

Com a implementação da Emenda Constitucional 29, foi promovida a descentralização do financiamento da saúde com o aumento da participação de Estados e Municípios no financiamento do SUS e isso fez-se sentir também no RN. Houve uma diminuição do gasto direto proveniente da União, passando a ser transferido para Estados e Municípios para estes os aplicarem (95).

A despesa total em saúde no RN aumentou entre 2000 e 2012 cerca de 339,5% e o valor gasto como percentagem do PIB em 2010 era de 6,3 milhões de reais com aumento de 0,4 relativamente a 2000. Quanto ao gasto individual das esferas do governo percebe-se que no RN houve um aumento gradual do investimento por parte do Estado e Municípios e uma diminuição do gasto federal, sendo que o gasto pelos Municípios em relação com o PIB quase duplicou nesses dez anos. O que se percebe pela análise deste indicador é que o “esforço” empreendido pelos Estado e Municípios ao longo do tempo para aumentar os gastos em saúde foram maiores que o realizado pela União (95). No entanto em 2010 a União continua a ser a principal responsável pelo gasto em saúde no RN, sendo a que mais gasta em proporção com o PIB (2,4%) quando comparada com Estado (2,2%) e Municípios (1,7%) no mesmo ano.

Verifica-se que também que a despesa *per capita* aumentou tanto no total como nos gastos individuais das esferas do governo. Apesar da população do RN ter aumentado em grande escala (de 2776782 para 3228198 milhões de habitantes) o gasto total *per capita* aumentou 278,1%, sendo que o federal teve um aumento de 171,2%, o estadual um aumento de 351,2% e o maior aumento se registar no gasto municipal *per capita* de 488,3%.

A transferência de recursos entre as esferas do governo é um tema controverso, principalmente no RN, que por possuir muitos Municípios pequenos com pouca população, acaba por receber menos financiamento da União pela parcela “Fundo-a-Fundo”, a qual parte é *per capita*.

As parcelas transferidas da união para os Municípios (MAC, FAEC e incentivos) apenas podem ser utilizadas nas ações, serviços e procedimentos a que se destinam, por isso, por vezes acontece que certos Municípios não têm capacidade financeira para implementar as ações propostas pela união e para as quais recebem o dinheiro, ficando assim este “parado”. A execução de ações “extra” daquelas decretadas pelas portarias, é da inteira responsabilidade financeira dos Municípios, sem qualquer auxílio de custo.

A tabela de procedimentos, por não ser atualizada há cerca de dez anos, é um obstáculo difícil de ultrapassar pelos Municípios, porque vêm-se obrigados a colocar mais recursos no pagamento da complementação dos procedimentos da tabela, do que os que deveriam ser pagos na totalidade com recursos do governo federal. Segundo o Conselho Federal de Medicina, por exemplo, uma consulta que está registada na tabela com o custo de 10 Reais, custa na verdade 25 Reais. A complementação da tabela no Município de Natal é feita 40% pelo Orçamento Geral do Município e 60% pelo Orçamento Geral do Estado, isto porque é o Município que recebe mais população proveniente de todos os outros Municípios do Estado.

O subsistema privado da saúde é uma parcela importante no gasto em saúde do país como referido acima. Em 2015 no RN cerca de 16,8% da população é coberta por um seguro de saúde privado, tendo aumentado comparativamente com os números de 2000 em que apenas 9,3% da população era coberta. Este aumento de 79,9% em quinze anos mostra, entre outras conclusões, que a riqueza da população do Estado, em geral, tem vindo a aumentar, e que a dinâmica social está em metamorfose, salientando-se a ascensão da classe média e a saída de grande proporção da população da linha de pobreza. Já na 7ª Região de saúde atinge-se os 30,5% de população coberta, comparado com o ano 2000 em que apenas acontecia em 19,1% da população.

#### 4.1.3 Considerações sobre os Recursos Humanos

O aumento de recursos humanos de 2000 a 2015 é um aspeto positivo na evolução do sistema de saúde no RN, contudo apenas com estes dados é impossível concluir se esse aumento foi por contratação pública ou por aumento dos profissionais no setor privado, já que não há divisão pelos setores respetivos.

O número de médicos em 2015 situava-se nos 1,3/mil habitantes o que comparado com a média da OCDE de 3,3(18), está bastante abaixo do desejável. No entanto, verifica-se que o número de médicos está a aumentar no estado e em todas as regiões de saúde. O cenário visível na distribuição dos médicos pelas regiões de saúde é no entanto desanimador, já que se constata que nenhuma Região, com exceção da 7ª que apresenta 2,1 médicos/100 mil habitantes da Região, consegue alcançar 1 médico/ mil habitantes. No entanto, o facto de existir “invasão” da Região 7 pela população de todo o RN, este rácio acaba por não ser real, uma vez que na prática a população é bem maior que os números referentes à população da Região.

Também verificamos que a proporção de médicos/enfermeiros é muito baixa, o que não deveria acontecer para o bom funcionamento de um sistema de saúde.

A SESAP/RN é uma instituição, que à semelhança do MS, possui muitos departamentos, e por isso abarca um elevado número de recursos humanos. De facto, a secretaria enfrenta dificuldades financeiras na sustentabilidade de tantas contratações de profissionais, já que investe uma grande parcela dos seus recursos próprios só no pagamento salarial dos mesmos. Deste modo faltam recursos para a contratação de médicos e outros profissionais de saúde a concurso público nos hospitais estaduais.

## **4.2 Considerações sobre a gestão do sistema de saúde e do SUS e planeamento em saúde**

A gestão governamental em saúde no Brasil tem uma natureza complexa que abrange várias dimensões: ética, política, estratégica, técnica e administrativa. A dimensão do país, as diferenças regionais, o elevado número populacional e a diversidade de grupos de risco como a população amazónica, quilombolas e negros, coloca desafios à gestão em saúde. É vital que se compreenda a importância dos problemas, desafios e necessidades de saúde da população, bem como da capacidade de produção de um efeito real sobre estes aspetos.

No caso em estudo, o RN atravessa dificuldades na gestão da saúde, por possuir um território em que os Municípios apresentam diferenças exuberantes entre eles, como densidade populacional heterogénea, oferta de serviços de saúde por vezes escassa em certos Municípios, défice de recursos humanos tanto de equipas de saúde como de administrativos e ainda de recursos financeiros municipais dispare. Por este motivo é necessário que sejam adotados mecanismos de fortalecimento da gestão pública, de coordenação da rede e de promoção de acesso de todos os cidadãos aos serviços de saúde.

### **4.2.1 Ferramentas de gestão**

Uma ferramenta essencial na gestão, pela parte da SESAP/RN e pelas SMS, é a elaboração de alguns documentos de planeamento e avaliação referidos anteriormente neste trabalho, como a PPI, PDR e PDI, planos estaduais e municipais de saúde, relatórios trimestrais e anuais etc.

A elaboração do planeamento e da programação das ações e serviços de saúde exige o conhecimento das necessidades da população, do perfil epidemiológico, dos recursos disponíveis e da definição de parâmetros de cobertura assistencial. Toda agregação de nova tecnologia e instalação de serviços deve ser precedida de análise de efetividade comprovada, na escala adequada às necessidades de acesso, tendo em vista a discriminação de procedimentos necessários e não de conveniência.

Os Planos de Saúde exibem metas e objetivos a atingir em quatro anos. Estes documentos são baseados na realidade do Estado e/ou Município, apoiando-se em objetivos já atingidos, ações feitas com “saldo positivo”, características da população do território, e enquadramento com o orçamento que têm

para a saúde. Um ponto positivo de continuidade, é o facto de no primeiro ano de mandato, a nova direção de gestão ser sempre obrigada a cumprir o plano definido pelo mandato anterior no 1º ano de funções.

A PPI é negociada entre Municípios, mas pode sofrer alterações e atualizações ao longo do ano conforme necessidades vão surgindo, sendo portanto de um certo modo flexível. Muitos Municípios, especialmente os do interior, por falta de conhecimento em gestão do SUS, têm mais dificuldade em negociar a PPI, o que é um entrave ao bom funcionamento da rede de saúde e implica constantes renegociações e atualizações à PPI.

A avaliação também ela é importante, e os Relatórios Anuais de Gestão são uma ferramenta útil para auscultar as dificuldades sentidas ao longo do ano e tentar melhorar esses aspetos no ano seguinte. Os dados/indicadores de saúde são recolhidos trimestralmente, bem como a componente de financiamento, para no fim do ano serem compilados no relatório de gestão. Para além disto, pelo facto de ser levado a discussão no Conselho Municipal de Saúde, permite uma maior participação e opinião social quanto ao mesmo.

Os SI, importantes ferramentas de planeamento e gestão, têm evoluído bastante em poucos anos, nomeadamente com a criação de novas plataformas e modalidades inovadoras, no entanto no RN, as suas potencialidades máximas não são atingidas.

Primeiro, porque são poucas as unidades de saúde públicas completamente informatizadas, sendo todos os registos clínicos de consulta e hospitalares feitos em papel, o que dificulta a organização e recolha de toda a informação produzida. Ainda por este motivo, a informação fica desfragmentada, por não fluir dos CSP para os CSS e CST. No entanto, cada unidade de saúde possui pelo menos um computador sendo capaz de alimentar os SI de forma direta, ou se não for esse o caso tem ajuda técnica da SMS responsável. Fica a cargo das SMS compilar todos dados do Município e enviar para os vários departamentos específicos da SESAP/RN, que posteriormente analisam e enviam para o MS.

Em segundo lugar, a criação de um SI por si só não implica que ele responderá ao esperado e de maneira satisfatória, sendo importante que os recursos humanos sejam devidamente formados para a sua boa operacionalização (22). A capacidade dos profissionais das unidades de saúde em inserir os dados informaticamente nos SI deve ter tida em conta, já que por alguns não serem devidamente qualificados, podem cometer erros que possibilitam o viés na informação inserida.

#### 4.2.1 Gestão participativa

Na perspetiva do controlo social, a participação da população na gestão da saúde coloca as ações e serviços na direção dos interesses da comunidade, e estabelece uma nova relação entre o Estado e a sociedade, na qual o conhecimento da realidade de saúde das comunidades é o fator determinante na tomada de decisão por parte do gestor. Há necessidade de estimular e fortalecer a mobilização social e a participação do cidadão com o objetivo de efetivar o controlo social na formulação e

execução de políticas de saúde. Esta meta é atingida no RN através de formação, informação e cursos de qualificação de conselheiros.

Os fóruns de discussão têm um impacto muito positivo na população do Estado porque esta vê-se envolvida nas decisões da sua própria saúde, o que a motiva ainda mais no autocuidado e na promoção da saúde.

O caso dos Conselhos Municipais (em Natal) mostra um bom feedback por parte dos gestores que dizem ser mais “resolutivo” desde que foram implementados os cursos de qualificação dos conselheiros e criadas ordens de trabalho específicas para cada reunião, havendo espaço aberto para temas sugeridos pela população a serem discutidos nos Conselhos. No entanto ainda há muitas decisões que deveriam ser tomadas nos Conselhos e que acabam por não o ser.

Os Conselhos Locais têm como responsabilidades verificar a progressão, identificar dificuldades e fragilidades das ações de saúde, apresentar gráficos explicativos e apresentar caminhos de superação e melhoria. Eles não estão 100% implantados no Município de Natal, no entanto, até essa meta ser atingida existem fóruns de vigilância quadrimestrais que se prontificam a verificar a implantação/eficácia das ações de saúde.

### **4.3. Considerações sobre a *performance* do sistema de saúde e do SUS**

#### **4.3.1 Cuidados de Saúde Primários**

O PSF em vinte anos teve um impacto extremamente positivo nos indicadores como mortalidade infantil, IECSCS, cobertura do pré-natal que se reflete na saúde materno-infantil, e nas taxas de imunização verificadas.

A ESF foi implantada no RN inicialmente em áreas mais vulneráveis da população em que os indicadores de saúde eram piores relativamente ao resto dos habitantes do território. A cobertura da ESF tem tido uma evolução positiva no RN segundo a tabela 2, atingindo 82,3% em 2015 com todos os 167 Municípios abrangidos. A cobertura da AB igualmente aumentou entre 2010 e 2015, chegando aos 83,5% em 2015.

Contudo cada Município constrói a sua estratégia de acordo com a realidade que enfrenta. Natal tem uma população elevada e poucos recursos humanos para tal, e por isso utiliza a ESF apenas para áreas vulneráveis e a “AB tradicional” para cobrir todos os habitantes restantes. Atualmente estão a ser estudados modos de atingir a cobertura de 100% da AB, tais como construir, reabilitar e ampliar as UBS para posteriormente ser adotada a ESF como estratégia primordial no território.

O número de equipas de saúde da família teve um aumento de 177% entre 2010 e 2015, verificando-se o maior aumento na modalidade sem odontologia. No entanto, é necessário ainda melhorar o acesso

das famílias à ESF que será possível com o aumento do número das equipas de saúde da família e ainda com o alargamento do horário das USF que atualmente fecham às 17h.

As equipas NASF apresentam uma adesão exemplar, mostrando um aumento de 37 para 166 equipas em cinco anos, o que demonstra a vontade das equipas de saúde em melhorar o serviço que prestam à população, para além da importância do incentivo financeiro que é feito a estas equipas. A multidisciplinidade das equipas NASF proporciona um ambiente propício à discussão dos casos práticos do dia-a-dia, bem como facilita desse modo a busca de soluções e estratégias de atuação no território abrangente.

As academias de saúde foram uma grande aposta dos Municípios do RN, sendo implantadas cerca de 61 unidades em três anos, estando assim disponíveis 17,7 por milhão de habitantes. Quanto às ABS, a modalidade tradicional de prestação de CSP, têm vindo a aumentar desde 2010, existindo em 2015 226 unidades/milhão de habitante. O Posto de Saúde foi a única modalidade que apresentou decréscimo de cerca de 9,3%, existindo em 2015 115 Postos de Saúde/milhão de habitantes. Todas as modalidades têm predomínio claro de gestão municipal e prestação de serviços pública, como é suposto acontecer pelo modelo descentralizado.

#### 4.3.1 Cuidados de Saúde Secundários e Terciários

As iniquidades regionais e vazios assistenciais são uma realidade no RN, sendo a Região 7 e 10 as mais sobrecarregadas a nível de procura de serviços de saúde em todo o Estado. De facto estas são as regiões com maior quantidade e diversidade de oferta em saúde, no entanto, por serem “invadidas” pela população das restantes seis regiões, acabam por não ter resposta efetiva. Há hospitais estaduais que têm capacidade de atendimento de 100 pacientes por dia e estão atualmente a aceitar 500 a 600 utentes.

Verifica-se que os Hospitais Especializados diminuíram em número entre 2010 e 2015, tanto no setor público como no privado, existindo em 2015 um total de 22 hospitais, 9 deles públicos e 13 privados, perfazendo 6,4 hospitais/milhão de habitantes. Também constatamos que a gestão é maioritariamente municipal, havendo em 2015, 15 hospitais nessa situação, 6 hospitais geridos tanto pelo Estado como por Municípios em gestão dupla, e apenas 1 hospital com gestão exclusiva Estadual.

Os Hospitais Gerais por sua vez, também diminuíram no período de 2010 para 2015, ficando no último ano com 20,3/milhão de habitantes. Desta soma 50 são públicos, 11 são privados e 9 são filantrópicos. Quanto à gestão, 50 dos hospitais têm gestão municipal plena e os restantes 20 são de gestão dupla.

Os Hospitais de dia por outro lado sofreram um aumento entre 2010 e 2015, contudo isso apenas aconteceu no setor privado, existindo apenas 1 hospital público e 8 privados, representando 2,6 hospitais/milhão de habitante. A gestão de todos eles é municipal.

Agrupando as três categorias hospitalares existentes no RN, existem 29,3 hospitais/milhão de habitante. Há vários aspetos que devem ser tidos em consideração neste tópico, alertados por vários dos entrevistados. Um deles é o facto da distribuição destes hospitais não ser homogénea pelo estado, estando a grande parte deles concentrados na Região 7 e Região 2, dificultando assim o acesso dos utilizadores das outras Regiões aos mesmos. Outro aspeto é o facto de existirem demasiados hospitais regionais, que por terem sido construídos anteriormente à criação dos fluxos e redes de cuidado regionalizadas, não foram pensados para servir esse propósito. Ou seja, existem muitos hospitais regionais, mas no entanto, como não estão preparados a nível de camas e recursos humanos para atender uma Região de saúde, acabam por ser hospitais municipais, por só servirem a população da cidade onde estão implantados.

Apesar dos hospitais privados não serem financiados (pelo menos de modo direto) pelo Estado ou Municípios, estes são regulados, supervisionados e sofrem auditorias por estes órgãos.

Olhando para as unidades de saúde dos CSS percebemos que todas as modalidades sofreram aumento em número entre 2010 e 2015, à exceção das Unidades Mistas. A gestão de todas as modalidades apresentadas é maioritariamente municipal atualmente.

As clínicas especializadas em cinco anos sofreram um incremento de 33,3% no número absoluto passando a ser 157,2/milhão de habitantes em 2015. Nesta modalidade, a contribuição privada faz-se notar, sendo atribuídas a este setor 435 clínicas das 341 totais em 2015. Os consultórios, também aumentaram em número absoluto e são a modalidade mais representativa dos CSS, existindo em 2015 1210 unidades, sendo 1205 delas do setor privado. No total, existem 351,5 consultórios/milhão de habitantes. As Policlínicas existem em menor número quando comparadas com as unidades até agora discutidas. Elas são 11,6/milhão de habitantes no RN em 2015, sendo que 25 das 40 existentes, são provenientes de prestadores privados. Existem 27,6 Unidades Mistas/milhão de habitantes, apesar de terem diminuído 4% nestes 5 anos.

Os CAPS fazem parte da Rede de Assistência psicossocial, criadas em 2002 para requalificar e redirecionar o modelo assistencial de saúde mental. Em 2015 existiam 13,4/milhão de habitantes, sendo 45, das 46 instituições existentes, do setor público. O número tem vindo a aumentar, apresentando uma variação de 40,7%, sendo que em 2010 apenas existiam 9,4 unidades/milhão de habitantes.

A Central de Regulação Metropolitana é um espaço em que cooperam vários médicos e enfermeiros de modo a priorizar e distribuir de forma mais justa os serviços de saúde pela população que os requer. Para isso, os SI são ferramentas extremamente úteis já que dão toda a informação atualizada a tempo real. Esta atualização é feita diretamente pelas unidades de saúde que várias vezes ao dia contactam com a Central enviam os dados respetivos.

Há diferentes tipos de referenciação como falado na secção anterior do trabalho, internamentos, emergência, consultas de ambulatório e realização de exames. O SIS-PPI disponibiliza as cotas permitidas a cada Município (pactuadas anualmente) dos serviços que compra aos Municípios com maior oferta, neste caso Natal.

O SISREG mostra aos médicos e enfermeiros das Centrais as camas vagas para internamento (e qual a previsão de vaga se já ocupadas), camas reservadas para o dia seguinte, Município de residência dos utentes e as histórias clínicas resumidas dos mesmos. No entanto, por vezes as camas são “fictícias” porque são registadas como “disponíveis” mas não possuem requisitos para internamento, por exemplo por não terem ponto de oxigénio. Por outro lado uma grande parte dos Hospitais públicos não insere os números corretos de camas disponíveis, ou por falha humana aquando da alta médica ou por falta de capacitação dos recursos humanos, o que leva a um número erróneo de internamentos. Este tipo de falhas dificulta o trabalho das centrais de regulação. No entanto a existência de auditorias periódicas pela SESAP ameniza estes acontecimentos.

A regulação de internamentos é mais flexível que a dos meios complementares de diagnóstico, já que estes últimos têm uma vigilância mais rígida quanto ao número permitido por exame e por Município que procura o serviço em Natal.

Em teoria, a alta complexidade referente a exames complementares de diagnóstico deveria ser gerida pelos Municípios, e os internamentos pelo estado, no entanto, como existe o acordo de “co-gestão” entre RN e Município de Natal, esta divisão acaba por se dissipar.

A experiência brasileira com o programa de VIH/SIDA, transplantes e oncologia é um ponto forte do SUS. Nestas áreas o serviço público é mais eficiente do que o privado.

### 4.3.3 Considerações sobre a rede de Urgência

Verifica-se que as UPA, apesar de só terem sido criadas no RN a partir de 2011, foram implantadas 12 unidades no Estado nos quatro anos que se seguiram, estando todas elas a cargo da gestão municipal. Este aumento representa um aspeto positivo porque ameniza a procura exagerada e sobrelotação do PS. Tanto o PS Geral como o Especializado diminuíram em número no período de tempo analisado, sendo em 2015, 2 e 1,5/milhão de habitante respetivamente. A gestão atualmente é maioritariamente municipal, à exceção de um PS Especializado.

Quanto ao SAMU verifica-se que teve um aumento acentuado a partir de 2013, havendo em 2015, 58 unidades de assistência comparativamente com as 6 em 2010. A gestão é maioritariamente Estadual e Municipal. Globalmente existem 16,8 unidades por milhão de habitante o que vai de encontro com o aumento da cobertura verificada na tabela 5, que em 2014 se encontrava nos 65,87%. No entanto, se for comparada a cobertura em 2010 - 56,93% - com a de 2014 e olharmos para o aumento do número de unidades nesse mesmo período percebemos que é desproporcional, pois a cobertura apenas aumentou cerca de 10%.

Atualmente a rede de urgência é muito “forte” na zona do cinturão metropolitano, mas permanece frágil no interior do Estado. É necessário criar mais UPA, salas de estabilização e continuar com o bom trabalho do SAMU. Para além disto, a descentralização e a estruturação da rede e fluxos de assistência é muito importante, definindo hospitais porta-de-entrada nas várias regiões de saúde e “camas de retaguarda” prontas a internar pacientes já estabilizados. Nas UPA apenas existem camas de observação, sendo o maior obstáculo internar após estabilização, como por exemplo em camas da UTI que já constatamos serem insuficientes. O objetivo atual é hierarquizar o atendimento Região a Região em 5 anos, criando unidades de saúde bem localizadas e equipadas dentro de cada Região.

#### 4.3.4 Indicadores da atividade e qualidade dos cuidados de saúde

Tabela 24 - Comparação de indicadores de atividade entre o RN e os países da OCDE

	RN	OCDE
Vacinação Hep B	97%	92%
Rastreio C. Mama	9%	> 50%
Rastreio C.Colo Útero	18,10%	cerca 60%
Tempo Internamento	5,6 dias	8,1 dias
Partos por cesariana	53,4/ 100 nados vivos	27,6/100 nados vivos
Consultas médicas	2,9 por hab	6,6 por hab
TC	9,6/milhão hab	24,4/milhão hab
IRM	2,5/milhão hab	14,1/milhão hab

A vacinação infantil é historicamente um ponto negativo do sistema de saúde brasileiro, no entanto atinge hoje valores comparáveis à generalidade dos países da OCDE, pela análise dos valores apresentados no capítulo anterior. A taxa de imunização contra a hepatite B no RN é semelhante à encontrada nesses países. O trabalho dos CSP nesta área foi fulcral, empenhando-se ao longo das últimas décadas nas campanhas e programas de vacinação nas várias regiões do território.

Os programas de rastreio do cancro do colo do útero e cancro da mama apresentam valores muito aquém do atingido nos países da OCDE. Há que ressaltar que apesar de tudo as taxas de mortalidade têm uma tendência crescente o que deve alertar as secretarias de saúde do RN para a necessidade de fortalecer o investimento nesta área.

Quanto aos IECSCS, é notória a diminuição contínua dos mesmos entre 2010 e 2015, variando de 44,09% para 33,32%. É possível fazer um paralelismo entre a diminuição do valor do indicador e o aumento de cobertura tanto da AB, como da ESF e ainda do número de equipas de saúde da família e de NASF.

O número de camas totais diminuiu entre 2005 e 2012, passando de 2,7 para 2,3/1000 habitantes conforme a tabela 14, contudo, a parcela privada diminuiu de 1,41 para 0,98 camas/1000 habitantes no mesmo período. Em 2012 do total de camas apenas 1,98/1000 habitantes são camas SUS, número

esse que tem vindo a diminuir desde 2005. Conclui-se também que dessas 2 camas, 1,3 camas são disponibilizados por unidades de saúde públicas e 0,7 prestados por unidades privadas.

Apesar de tudo, o valor atingido pelo RN encontra-se abaixo da oferta ideal de camas estabelecida pela OMS que se encontra nas 2,5 a 3 camas/1000 habitantes. Comparando o valor do RN com a média dos países da OCDE, que se situa nas 4,8 camas/1000 habitantes (18), percebemos que está abaixo dos resultados dos países mais desenvolvidos. No entanto também nesses países a tendência é a diminuição do número de camas (18).

Existe insuficiência marcada de camas de UTI, o que representa um entrave à eficácia dos cuidados de saúde por não permite estabelecer fluxos de assistência coesos na rede de cuidados de saúde.

O tempo médio de internamento tem vindo a diminuir desde 2008, e em 2015 encontrava-se nos 5,6 dias o que é inferior em comparação com a média da OCDE em 2013, de 8,1 dias (18). O indicador isolado não permite dizer como é o cuidado durante essa permanência no internamento, pelo que seriam necessários outros indicadores e pesquisa. Também não é possível dizer se este indicador disponível DATASUS, é referente apenas a internamentos em unidades de saúde públicas ou se também inclui o setor privado.

Os partos por cesariana no RN têm vindo a aumentar atingindo em 2011 o valor de 53,4/100 nados vivos, quase o dobre do valor que se verifica nos países da OCDE (27,7%) (18). Esta realidade deve preocupar os gestores de saúde já que contribui para o aumento da mortalidade materna, TMI e morbidade infantil.

As consultas médicas aumentaram de 2,5 em 2000 para 2,6 *per capita* em 2012. Olhando para a média da OCDE de 6,6 consultas *per capita*, verificamos que este indicador no RN está muito aquém do existente em países mais desenvolvidos. O Programa Mais Médicos falado mais adiante poderá ser uma ferramenta de partida para melhorar este indicador no RN.

Em relação à tecnologia médica, existem 9,6 unidades de TC/milhão de habitantes no RN, número abaixo da média da OCDE de 24,4/milhão habitantes (18). Há cerca de quatro Regiões no RN que não possuem no seu território a tecnologia TC. As unidades de TC públicas são maioritariamente utilizadas pelos Hospitais de Urgência e assim, reguladas pelo Estado através do SISREG. Para as situações de marcação em ambulatório de TC são utilizadas as unidades existentes privadas contratadas pelo SUS, e que deste modo atendem os seus utentes.

Apenas existe tecnologia IRM em três regiões de saúde, no total cerca de 2,5 unidades/milhão de habitantes, prevalecendo ainda a problemática da sobre requisição por parte dos médicos que por vezes não seguem o protocolo existente de requisição. Das 8 unidades de IRM do Estado, apenas uma é pública, as restantes privadas são contratadas pelo SUS para servirem seus utentes. Em comparação com os países da OCDE que em média apresentam 14,5 unidades/milhão de habitantes (18), o RN

encontra-se muito abaixo destes valores, o que invariavelmente, prejudica o diagnóstico e eficiência dos serviços de saúde no Estado. Este tipo de situações acontece pela escassez de recursos e má distribuição dos mesmo pelas regiões de saúde, que se faz notar no RN.

#### 4.4 Considerações sobre o estado de saúde da população do RN

Tabela 25 - Resumo da comparação entre os indicadores no RN e nos países da OCDE

	RN	OCDE
EMV	75,2 anos	80,5 anos
TMI	12,6 óbitos/1000 nados vivos	3,8 óbitos/1000 nados vivos
TM por DCI	58,5 óbitos/100 000 hab	117 óbitos/100 000 hab
TM por DCV	41,5 óbitos/100 000 hab	66 óbitos/100 000 hab
TM por NM	83,5 óbitos/100 000 hab	200 óbitos/100 000 hab
TM por AV	18,6 óbitos/100 000 hab	< 10 óbitos/100 000 hab
TM por DM	42,3 óbitos/100 000 hab	42,3 óbitos/100 000 hab
Percepção do Estado de Saúde	62,6 % "bom ou muito bom"	69% "bom ou muito bom"

##### 4.4.1 Esperança de vida à nascença e Taxa de Mortalidade

A EMV e TM são indicadores que refletem o estado de saúde de uma população. O ganho na EMV e diminuição da TM é um reflexo da melhoria dos estilos de vida, melhor ensino e progresso nos cuidados de saúde (18).

A EMV encontra-se nos 75,2anos, sendo que 71,2 para os homens e 79,3 para as mulheres no RN. Como nos outros países da OCDE, a EMV no RN tem vindo a aumentar a cada ano, havendo uma variação positiva de 7,1% de 2000 a 2014. O valor deste indicador no Brasil encontra-se, segundo a OCDE, nos 75 anos, por isso o RN encontra-se acima da média do país. Comparativamente à média dos países da OCDE (80,5 anos), o RN está aquém do esperado, tendo por isso ainda um longo percurso a percorrer para alcançar estes países com melhores resultados no indicador (18).

A TM no RN pelo contrário, aumentou entre 2000 e 2013, de 587,2 para 615,9 óbitos/100 000 habitantes, uma variação positiva de 4,9%, que apesar de pequena, não deve ser desvalorizada. É importante destacar a maior proporção de morte masculinas do que femininas. Este aumento de óbitos no RN pode ter o contributo do elevado nível de sinistralidade que se faz sentir e que é cada vez mais pronunciado, principalmente nos meios urbanos, bem como da elevada incidência de doenças infetocontagiosas tipicamente tropicais. O número de homicídios tem aumentado em grande escala, bem como os acidentes de viação, que representam uma realidade em ascensão no Estado, muitos deles pela falta de legislação rodoviária e por carência de vigilância dos condutores pelas autoridades.

Tanto o MS, como as SES e as SMS têm unido esforços para a alteração dos estilos de vida dos brasileiros de modo a prevenir os fatores de risco associados às maiores causas de mortalidade. Alguns exemplos como a implementação de Academias de saúde que fomentam a prática de exercício físico, a Política Nacional de Promoção da Saúde, o Programa Saúde na Escola, a Política nacional de Alimentação e Nutrição entre outros.

Tal como na educação, a população vulnerável merece especial atenção, e para isso o MS implementou políticas específicas para essas populações, que foram adotadas pelo RN e que têm tido um impacto muito positivo nos indicadores de saúde desses grupos específicos e consequentemente, melhoraram os números do Estado.

#### 4.4.2 Taxa de Mortalidade Infantil

Os resultados da TMI no RN não são os desejáveis, visto que a média dos países da OCDE é de 3,8 óbitos/1000 nados vivos. No entanto, é importante salientar que a TMI, apesar de elevada (12,6/1000 nados vivos) tem vindo a diminuir ao longo dos anos e acompanha os números nacionais, aproximando-se deles nos últimos anos. Este facto demonstra a efetividade dos CSP e SUS na melhoria das condições maternas e infantis. Analisando os resultados obtidos pelos países da OCDE e comparando-os com o país em estudo, o Brasil encontra-se na 6ª posição dos países com maior TMI.

Analisando um dos fatores que influencia este indicador, no RN a taxa de analfabetismo (TA) (em indivíduos com mais de 15 anos) diminuiu de 21,5% em 2000 para 16,% em 2012, sendo mais elevado quanto maior a faixa etária. Há no entanto uma diferença notória e constante entre sexos - a taxa é superior no sexo masculino. Quanto às diferenças entre local de residência, em 2012 a TA era de 30,2% no meio rural e de 12,5% no meio urbano. Podemos concluir que há uma discrepância de oferta e qualidade de ensino entre estes dois meios, apesar de a taxa ter diminuído ligeiramente no meio rural nos últimos anos. A raça também tem impacto na alfabetização, sendo a TA notavelmente superior na raça negra (20,8%) e parda (18,6%) comparativamente com a branca (12,5%) em 2012 (97). Há que ser feito um esforço maior no sentido de melhorar a educação em todo o território especialmente nas áreas rurais e no acesso à mesma para a população negra e parda.

As três esferas do governo tem apostado no investimento para reduzir a TMI, implementando programas direcionados para a saúde materna e infantil, puerpério e acompanhamento da gestação. Alguns exemplos são o Programa “Amamenta e Alimenta Brasil”, Bancos de Leite Materno, NutriSUS e Programa Bolsa Família.

Os resultados dos esforços são visíveis nestes últimos anos, pela diminuição da TMI e segundo o relatório positivo dos objetivos de desenvolvimento do milénio, o RN conseguiu alcançar 72,1% da meta “Reduzir em dois terços a mortalidade de crianças com idade inferior a 5 anos”. É necessário continuar o bom trabalho para assim, tanto o Estado como o País se aproximarem da média conseguida pelos países da OCDE.

#### 4.4.3 Mortalidade por causas selecionadas

Como falado anteriormente, os principais fatores de risco para doença, morbidade e mortalidade são a hipertensão, o tabaco, abuso de álcool, obesidade e o sedentarismo. Estes fatores modificáveis são os que mais contribuem para a grande maioria do número de óbitos que se verificam globalmente, e no RN que não é exceção.

Na seção “Resultados” deste trabalho já foram mencionadas as grandes causas de mortalidade no RN segundo capítulos da CID-10, sendo por ordem decrescente de contribuição: patologias do aparelho circulatório, neoplasias, causas externas de morbidade e mortalidade, patologias endócrinas, nutricionais e metabólicas e patologias do aparelho respiratório. Uma conclusão importante é que todas as patologias analisadas aumentaram entre 2000 e 2013.

Fazendo o paralelismo com as grandes causas de mortalidade apontadas pela OMS, conseguimos encontrar pontos comuns.

A DCI é a mais prevalente dentro do CID IX, apresentando um valor de 58,5 óbitos/100 000 habitantes, que quando comparado com a média da OCDE, se encontra bastante abaixo. Esta TM tem vindo a aumentou 23,7% entre 2000 e 2013. A DCV é a segunda maior causa de mortalidade dentro do CID IX, tendo um número de 41,5 óbitos/100 000 habitantes. No entanto também este indicador está abaixo da média da OCDE.

As NM representam também uma grande parcela da mortalidade no RN, apresentando em 2013, 83,5 óbitos/100 000 habitantes, número que quase duplicou relativamente ao ano 2000. O RN está abaixo da média dos países da OCDE. Assim percebemos que apesar do grupo CID IX representar como um todo as patologias que mais óbitos causam, as NM *per si* englobam a maior proporção de óbitos como causa única, estando à frente da DCI e DCV. Nos países da OCDE as neoplasias malignas são a segunda causa de morte, apresentando mais que o dobro de óbitos por 100 000 habitantes do que o RN.

As causas externas pertencem ao grupo que ocupa o terceiro lugar nas causas de mortalidade. Nele estão incluídos os acidentes de viação que causam 18,6 óbitos/100 000 habitantes. A média dos países da OCDE está abaixo dos 10/100 000, o que salienta este indicador como uma causa de mortalidade preocupante no RN. Como referido antes, a solução está na legislação e vigilância rodoviária.

A DM causa 42,3 óbitos/100 000 habitantes, mais que os provocados por doença cerebrovascular, duplicando desde 2000.

As doenças crónicas do trato respiratório inferior, ou DPOC, não representam uma das maiores causas de mortalidade na população do RN, ao contrário do que é indicado pela OMS como realidade geral. Podemos relacionar esta realidade com o baixo consumo de tabaco comparativamente com os restantes países da OCDE. No entanto, a pneumonia e a gripe por influenza são as principais causas respiratórias de mortalidade, reafirmando o perfil de doenças infecciosas existente no Estado.

Sendo que para alterar o rumo de grande parte destas causas de mortalidade, nomeadamente da doença cardíaca isquêmica, doença cerebrovascular, neoplasias malignas e DM, é necessário alterar estilos de vida, as estratégias discutidas acima são essenciais. A aposta nas políticas de promoção da saúde é de extrema importância, sendo essencial inicia-las imediatamente nas camadas mais jovens.

#### 4.4.4 Percepção do Estado de Saúde

Existem poucos dados relativos a este indicador no RN, no entanto sabe-se que em 2008, 70,4 % da população com mais de 18 anos auto-avaliou o seu estado de saúde em “bom ou muito bom”, e em 2013 esse número desceu para 62,6%. Estes resultados estão acima da média dos países da OCDE.

#### 4.4.5 Indicadores de saúde não-médicos

Verifica-se que a prevalência de fumadores no RN (12,8% de indivíduos com mais de 18 anos) é muito inferior à encontrada nos países da OCDE (mais de 20% de indivíduos com mais de 15 anos), o que pode explicar a baixa prevalência da DPOC e de NM.

Na verdade, as políticas anti-tabágicas praticadas no país são eficientes e encaradas com seriedade. Pela análise do documento “WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2015” da OMS, várias ilações podem ser retiradas. Não é permitido fumar em qualquer espaço públicos, existe uma lei nacional “complete smoke-free”, existem advertências dos efeitos do uso de tabaco nas embalagens de cigarros, decorre a nível nacional uma campanha nos media contra o tabagismo, e a taxa da marca mais vendida é de 64,9% (98).

Quanto ao papel dos cuidados de saúde, o tratamento da dependência tabágica é gratuito para todos os utilizadores do SUS tanto nos CSP como em hospitais, e o tratamento farmacológico (com bupropiona e terapia de substituição de nicotina) é totalmente participado pelo SUS (98).

### 4.5 Considerações sobre os obstáculos a uma melhor saúde existentes no RN e sobre os meios de superação dos mesmos

A universalidade do SUS é um “calcanhar de Aquiles” para o sistema de saúde, já que o financiamento público não chega para abranger toda a população do país. Esta realidade é mais visível em uns Estados do que em outros, sendo que no RN a escassez de recursos financeiros é extremamente flagrante. No geral, as regiões Norte e Nordeste são as mais pobres do país, o que justifica as dificuldades encontradas no RN. Desde a implantação do SUS que as iniquidades no acesso à saúde têm sido suavizadas, no entanto em termos de acesso aos vários níveis de cuidado permanecem as discrepâncias.

O financiamento da saúde está aquém do desejado, sendo que a União não investe em saúde a quantia mínima prevista na lei respectiva. Por isso Estados e Municípios acabam por se ver obrigados a financiar muito para além do que está estipulado.

Um dos problemas da participação do governo federal no financiamento da saúde é a não atualização da tabela de procedimentos a serem pagos por este. São pagos pela União valores *per capita* muito baixos relativamente aos preços praticados atualmente pelos parceiros privados a quem os Municípios frequentemente, através do SUS, compram serviços. Por esse motivo é usual esses parceiros não aceitarem prestar os serviços por preços tão baixos, o que obriga os Municípios a complementar com recursos próprios. Em Municípios do interior mais pobres o Estado tem que auxiliar a nível financeiro para essa complementação acontecer. O ideal seria que os Municípios fossem autossuficientes a nível de recursos humanos e de unidades de saúde, para não haver a necessidade de recrutar serviços privados que por exemplo pedem mais por consulta do que o que está “em tabela” pelo governo federal.

A grande dimensão do território do RN e a extensa rede hospitalar obrigam o Estado a investir uma grande parcela de recurso próprio do Estado, restando muito pouco para transferência para os Municípios que ficam sobrecarregados na gestão. Assim, estes ficam ainda “dependentes” das transferências da União, que por si, não são suficientes. Segundo um dos entrevistados, os Municípios chegam a investir mais de 20% do seu orçamento em saúde porque a parcela federal e estadual não chega para cobrir todos os gastos com a saúde. O Município de Natal é o 3º Município da Região Nordeste que mais investe na saúde segundo uma das fontes das entrevistas.

Para além de existir um subfinanciamento público, a má gestão “crónica” é outro entrave à dinâmica da saúde, o que é influenciado tanto pelos maus profissionais gestores que não são devidamente formados e não priorizam ações, como pela corrupção existente nas diversas esferas do governo. Municípios pequenos em vez de investirem na melhoria dos CSP e na estruturação da rede local, compram ambulâncias para transportar e “drenar” os seus utentes para serem atendidos em outras cidades maiores do Estado.

O subsistema privado torna-se um obstáculo à evolução e crescimento do SUS, as operadoras de seguros de saúde servem cada vez mais uma grande percentagem da população. Isto deve-se à competitividade que fazem ao SUS, por este não ser efetivo na prestação de cuidados de saúde, e por outro lado à ascensão da classe média que fica monetariamente capacitada a pagar por seguros de saúde.

Atualmente tanto no RN como no resto do país há uma competição ente modelo de Beveridge e de Bismarck, no entanto será cada vez mais insustentável esta situação. Citando um dos entrevistados “Estamos num ponto crítico de modelos de financiamento da saúde, porque o privado tende a crescer, já que o público não consegue nem tem margem para competir”.

A solução para este subfinanciamento é complexa e implica os esforços de todas as esferas de governo e da totalidade dos gestores, bem como da correta atualização da tabela de procedimentos e retificação da Emenda 29.

A regionalização foi criada para colmatar falhas assistenciais nos Estados. No RN, apesar de ter sido um processo morosamente implantado, e ainda em retificação, tem trazido benefícios para a saúde do Estado. No entanto ainda se verifica a “invasão” da região metropolitana por muitos Municípios do Estado, podemos falar em “êxodo na saúde”. As metas atuais, segundo responsáveis, vão de encontro ao fortalecimento dos hospitais regionais nas áreas da neurologia, ortopedia e cardiologia para assim “desimpedir” a capital da elevada procura.

A gestão do SUS é outro tema comumente discutido como uma falha importante na estruturação do SUS. O ponto mais crítico é a falta de formação específica em gestão dos gestores de saúde. Para combater esta realidade a SEŞAP/RN e COSEMS/RN criaram sessões de formação, apeladas de “Diálogo Temático”, em todas as regiões de saúde do RN, em que se abordam temas chave para a capacitação dos gestores de todas as secretarias.

Os SI têm tido uma evolução positiva, no entanto a ferramenta deixa de ser totalmente fidedigna devido às falhas humanas de inserção de dados, o que impossibilita os gestores de planejarem e tomarem decisões de forma coerente e resolutiva.

A falta de médicos no RN é também um obstáculo ao avanço do SUS. Pela análise dos resultados verificamos que os valores atingidos no indicador “número de médicos/1000 habitantes” estão muito aquém da média da OCDE. Não obstante, a grande iniquidade na distribuição desses médicos pelas oito regiões de saúde é claramente visível, tendo a Região 7 acesso a mais médicos. Para além disso os médicos atualmente têm preferência em atender os utentes pelas unidades de saúde privadas do que pelo SUS porque são mais remunerados e atendem menos utentes do que pelo público.

O Programa “Mais Médicos” foi implementado para o combate à falta de médicos especialmente em zonas mais carenciadas em serviços de saúde como periferias das grandes cidades, pequenos Municípios, comunidades quilombolas, sertão nordestino, populações ribeirinhas, que nunca conseguiram fixar médicos. O impacto na saúde do país foi muito importante, sendo que até 2015 garantiu 18240 médicos em 4058 Municípios (73% do total) e nos quatro distritos de saúde indígena. Foram registadas mais 33% de consultas mensais nos CSP nesses Municípios bem como mais 32% de visitas domiciliares de médicos. Foi criado um Observatório do Programa Mais Médicos por 14 Universidades e outras instituições que monitorizam os seus resultados. Segundo pesquisas, os utentes dos Municípios sentem-se satisfeitos e referem um melhor atendimento e maior resolução dos problemas de saúde. Na vertente de vagas para graduação em Medicina, foram abertas nos dois anos do Programa mais 5,3 mil vagas, inclusive nos Municípios do interior do país, sendo a meta para 2017 criar 11,4 mil novas vagas. Quanto à especialização também foram criadas mais vagas em todo o país.

A requalificação, ampliação e construção de UBS também está a ser feita em todo o território. No RN existem 107 Municípios com médicos colocados pelo Programa.

O programa PMAQ com resultados excelentes no RN foi implementado com vista a combater a precariedade dos CSP em todo o território, melhorando a assistência em saúde e a qualidade da mesma.

A falta de procura pela especialidade de medicina da família é um entrave à evolução dos CSP, sendo necessária por isso mais regulamentação quanto ao cesso à especialidade. Por outro lado não parece haver um esforço pela parte dos Municípios na contratação de mais profissionais de saúde, já que pelo menos no Município de Natal não abre concurso público há dez anos.

Verifica-se uma falha na defesa da saúde da família pelos próprios profissionais de saúde e gestores, opinião defendida por alguns dos entrevistados, ao não se fomentar o acesso pela classe mais alta da população à ESF e legitimar que é apenas um serviço para classes mais pobres. Quando este pensamento mudar, será possível atingir os 100% de cobertura da ESF.

A grande maioria dos entrevistados deposita fé nos CSP e na ESF. A solução, segundo um dos médicos entrevistados, está no investimento nas opções que têm impacto na qualidade do serviço. Financiar profissionais não qualificados, que é a realidade atual, não traz qualquer benefício para o sistema. Outro ponto importante é o facto de ser urgente mudar a mentalidade de profissionais, professores e estudantes no que se refere à importância dos CSP, que sendo de classe alta apenas valorizam os serviços privados de saúde. A mudança de paradigma na educação das faculdades e na sensibilização para os CSP é outro aspeto fulcral.

## **4.6 Breve comparação entre o SUS e o Sistema Nacional de Saúde Português**

Portugal faz parte dos países membros da OCDE, fazendo sentido compararmos de modo geral o SUS com o Sistema Nacional de Saúde (SNS).

Apesar de Portugal (PT) ser um país e o RN ser apenas um Estado do Brasil, a população de ambos em numero de habitantes é muito similar. O grau de desenvolvimento dos dois territórios é distinto, o que se reflete também em algumas diferenças na organização do sistema de saúde e nos resultados em saúde.

### **4.6.1 Algumas semelhanças entre o SUS e o SNS**

A despesa com saúde como percentagem do PIB em Portugal e no Brasil segundo o relatório da OCDE, é de 9,1% para ambos os países (18), no entanto no RN em 2008 era de 6,3%.

O modelo de financiamento do SUS apresenta algumas semelhanças com o modelo do SNS pois este também se divide em três parcelas de financiamento público, seguros de saúde privados e *out-of-pocket*.

As parcerias público-privadas e os acordos com entidades privadas existentes em Portugal permitiram uma reorganização do SNS, criando um modelo misto de financiamento (99,100). No RN os prestadores de saúde privados podem também servir os utentes do SUS como parte integrante deste, por contratação direta e pagamento de serviços pelo SUS.

Os CSP apresentam algumas semelhanças quanto à divisão entre estratégia geral dos CSP e a estratégia de saúde familiar (101), aplicáveis às unidades de saúde dos CSP.

#### 4.6.2 Algumas diferenças entre o SUS e o SNS

A organização do SNS é baseada num único nível de governo, o Nacional em que o Ministro da saúde tem poder de tutela e superintendência sobre todos os serviços e estabelecimentos de saúde, ao contrário do que acontece no Brasil, em que é descentralizada por três níveis (102).

A despesa pública com saúde tem a participação das três esferas do governo, ou seja, provem da União, do RN e dos Municípios. Em Portugal isto não acontece, visto a fonte de financiamento ser Nacional.

As políticas de saúde em Portugal e no RN, são priorizadas de acordo com a respetiva realidade epidemiológica e estado de saúde da população. No SUS elas estão voltadas principalmente para o cuidado materno infantil devido à elevada TMI e para a promoção de estilos de vida saudável devido à elevada prevalência de obesidade na população. No SNS os programas focam-se nas doenças cardiovasculares, diabetes e neoplasias. No entanto no RN as cinco “Redes de Atenção à Saúde” também estão voltadas para as doenças crónicas.

Em Portugal, a prestação de CSP, segundo conceito lato usado pela OCDE, é feita pelo SNS e por entidades privadas, sendo que a parcela referente ao serviço público representa uma maior proporção. No RN há muito poucas unidades de CSP privadas. No entanto a cobertura dos CSP é muito superior em Portugal que no RN (103).

Os indicadores de atividade de cuidados de saúde comparados entre Portugal e o RN apresentam grandes diferenças. As camas hospitalares são em maior número em Portugal com o valor de 3,4 camas/1000 habitantes, o tempo de internamento é superior em Portugal, 8,9 dias, e a percentagem de partos por cesariana é inferior à do RN, sendo de 35 cesarianas/100 nados vivos. As unidades de TC e IRM 17,2 unidades/milhão habitantes e 6,5 unidades/milhão habitantes respetivamente, e registam-se mais consultas, cerca de 4,1 por pessoa (18).

#### 4.6.3 O estado de saúde

A EMV em Portugal encontra-se nos 80,8 anos, cerca de mais cinco anos do que a EMV no RN. A TMI é um dos indicadores mais discrepantes, sendo em Portugal de 2,9 óbitos/1000 nados vivos comparada com 12,6/1000 no RN (18). Estas diferenças demonstram o atraso no desenvolvimento económico que o Estado ainda enfrenta, apesar dos esforços demonstrados para o contrariar.

Quanto à mortalidade, há menos óbitos por DCI em Portugal do que no RN, havendo para o primeiro 51 óbitos/100 000 habitantes, menos sete que no RN. Pelo contrário, as mortes por DCV são mais elevadas em Portugal do que no RN, apresentando valores de 88 óbitos/100 000 habitantes. Mais do que o dobro do que no RN. A mortalidade por NM é mais prevalente em Portugal, que atinge quase 200 óbitos/100 000 habitantes, comparado com o valor de 83,5 no RN. A mortalidade por AV é muito superior, quase três vezes mais, no RN comparativamente com o Portugal que apresenta apenas 7 mortes/100 000 habitantes (18).

A cultura e personalidade da população influencia muito o modo como encaram a saúde. A população brasileira no geral é muito positiva no modo de viver, e quando comparamos com Portugal, o país do “fado” em que apenas 46% (18) das pessoas avalia a sua saúde como “boa ou muito boa”, podemos perceber que os portugueses poderão ser mais pessimistas em relação à sua saúde.

O consumo de tabaco é maior em Portugal, cerca de 19% da população com mais de 15 anos fuma. Por outro lado, cerca de 17,5% da população adulta é obesa no RN, valor superior ao encontrado em Portugal onde atinge os 15,4%. A obesidade infantil apresenta piores números em Portugal, em que 30% das raparigas e 25% dos rapazes apresentam obesidade (18).

#### 4.6.4 O que Portugal pode aprender com o SUS

Apesar de muitas falhas, o SUS consegue atingir resultados em saúde satisfatórios e superar muitos dos obstáculos que enfrenta. Por isso, é essencial perceber os pontos positivos de cada sistema de saúde e concluir acerca da sua aplicabilidade em outros sistemas.

A promoção de hábitos de vida saudáveis é um ponto forte do SUS. A campanha antitabágica é efetiva e espelhada na evolução dos números no RN, o facto de ser proibido fumar em qualquer local público é um grande passo para o alcance da cessação tabágica. As Academias de saúde, um programa dos CSP iniciado há cerca de quatro anos é uma estratégia importante para o fomento da atividade física e combate do sedentarismo. O facto de possuírem profissionais da área do desporto presentes em todas elas contribui para a adesão da população ao conceito de “exercício ao ar livre”.

As políticas de saúde desenhadas especialmente para os grupos de risco, como raça negra, ciganos, populações quilombola e LGBT, são extremamente importantes para alcançar as metas de saúde em toda a população. As minorias, por terem características distintas da restante população, necessitam de abordagens também elas diferentes, por isso com políticas que respeitam essas particularidades torna-se mais fácil conseguir adesão das populações. Em Portugal, os grupos de risco também existem

sobretudo nos grandes centros urbanos e em regiões específicas do território, como ciganos, romenos e LGBT, portanto seria útil perceber como o SUS delineou esta estratégia e testar a sua aplicabilidade.

A participação social nos CS é mais um ponto forte do SUS, pois é de extrema importância envolver a população na sua própria saúde e auscultar as suas opiniões, sugestões e anseios. Portugal poderia seguir este exemplo no SNS.

Alguns SI utilizados pelo SUS são bastante inovadores e eficientes, o quanto as limitações técnicas informáticas o permite. O SISREG, um sistema de referência entre todas as Regiões do Estado, dá em tempo real informações de taxas de ocupação de camas de todos os hospitais do Estado, bem como informação clínica dos internados, *timing* de altas hospitalares e ainda pedidos de internamento. Esta ideia poderia ser utilizada em Portugal nas redes de referência Hospitalar nas várias Regiões.

## 4.7 Limitações do Trabalho

No geral, pelo facto do RN ser um Estado do Nordeste brasileiro, em que os recursos são menores e por vezes o sistema de saúde possa ser um pouco “mais confuso” e onde há menos acesso à informação, a elaboração do trabalho tornou-se mais complexa e morosa.

Existem muitos estudos sobre o SUS e o sistema de saúde, no entanto, uma análise aprofundada do que se passa nos Estados, especificamente no RN que pertence a uma região pobre do Brasil, não está disponível para consulta. Aqui, as entrevistas realizadas foram uma mais valia para o entendimento do objeto em estudo e aprofundamento da temática.

A pesquisa documental de publicações do MS, SESAP/RN e SMS Natal representou uma fonte importante de informação, no entanto muitos dos documentos eram extremamente extensos.

Ao longo do trabalho foram utilizadas algumas bases de dados nacionais e internacionais. Relativamente às internacionais apenas os indicadores sobre o país estavam disponíveis, como seria de esperar.

Quanto às bases nacionais, por vezes continham informação diferente para as mesmas variáveis pesquisadas, o que dificultou a organização da informação. Para além disto, retirar informação da plataforma DATASUS *online*, através da seleção de indicadores e variáveis para estudo um a um, é um processo pouco intuitivo e demorado.

Finalmente, por vezes tornou-se difícil comparar indicadores entre o RN e os países da OCDE já que as unidades utilizadas diferiam.

As mudanças na declaração de óbito em 2011 e as retificações posteriores podem ter influenciado alguns dados sobre os indicadores de mortalidade geral, mortalidade por causas selecionadas e mortalidade infantil.

A barreira cultural pouco se fez notar, visto que ao longo das entrevistas a conversa fluiu e a vontade de ajuda por parte dos que colaboraram comigo foi muito gratificante. No entanto, por provir de um contexto de saúde completamente diferente, por vezes foi difícil abstrair e absorver uma nova realidade.

## 5. Conclusão

Na teoria o SUS é um sistema “perfeito”, muitos dos entrevistados afirmaram. No entanto, as dificuldades que se fazem sentir no RN a níveis financeiro, de recursos humanos, e até da complexidade geográfica, tornam o SUS um desafio constante. A realidade é que, mesmo sendo um sistema de saúde universal, não consegue abranger toda a população, e este é um problema tanto estadual como nacional. O SUS atualmente enfrenta um momento de consolidação. A interferência política é a maior barreira do SUS, representando um entrave à evolução e “salto” para um sistema mais equitativo para a população e mais eficiente a nível de gestão.

A organização do sistema de saúde e do SUS é versátil, existindo um esforço para a comunicação entre esferas de gestão através das Comissões Intergestores, Conselhos de secretários de saúde e CS. A experiência do RN nesta dinâmica organizativa é positiva. O subfinanciamento da saúde é uma realidade no Estado, sendo que o investimento público e a sua distribuição pelas três esferas, apresenta falhas.

A regionalização foi um processo profícuo para a saúde do Estado apesar de ainda existirem falhas no acesso à saúde em vários Municípios. Há falta de profissionais de saúde e encontram-se mal distribuídos pelas regiões de saúde.

A gestão do SUS é frágil, e enfrenta dificuldades por várias causas, como a dimensão do território, a interferência política e o subfinanciamento. A participação da população nos CS tem sido assídua e proveitosa no que toca à criação de políticas de saúde para o Estado.

As ferramentas de gestão têm um importante papel no planeamento e avaliação dos programas e ações de saúde no RN. Para além dos SI nacionais, tem sido feito um esforço pela parte do RN, na criação de SI próprios estaduais e que colmatem as falhas características do Estado.

A performance do sistema de saúde é analisada em várias vertentes. Os CSP fortaleceram o seu papel dentro do Sistema de saúde, integrando a inclusão social e a participação da comunidade. Tem obtido resultados fantásticos através da ESF, equipas NASF e programas e políticas de saúde bem estruturadas. Os CSS e CST apresentam dificuldades na estruturação das redes de assistência em todo o RN, no entanto estão a ser feitos esforços para a sua requalificação. Para além disso, o facto de os profissionais de saúde, unidades de saúde e meios de diagnóstico serem insuficientes para a população e mal distribuídos, dificulta ainda mais a operacionalização dos cuidados de saúde.

Os indicadores de atividade e qualidade dos cuidados de saúde mostram que a cobertura de vacinação infantil teve uma evolução positiva encontrando-se atualmente praticamente lado-a-lado com os

valores conseguidos na OCDE. Apesar dos rastreios de cancro do colo do útero e cancro da mama serem muito deficitários, os IECSCS têm vindo a diminuir o que demonstra a efetividade crescente dos CSP. Os indicadores hospitalares refletem que os CSS e CST ainda revelam algum grau de imaturidade, sendo o tempo de internamento curto e o número de partos por cesariana elevado. O número de consultas médicas *per capita* está bastante abaixo da média da OCDE e as tecnologias médicas nomeadamente IRM e TC são insuficientes para a população.

O estado de saúde da população do RN tem apresentado uma evolução positiva nos últimos anos, com a exceção da mortalidade geral e mortalidade por causas selecionadas que têm vindo a aumentar, apesar dos valores serem inferiores aos da OCDE. A TMI, que é um indicador essencial para avaliar a saúde, apresenta progressos evidentes apesar dos valores elevados.

O consumo de tabaco é um indicador-não-médico com resultados extraordinários, refletindo-se nas baixas taxas de DPOC e mortalidade devido a DCI e DCV, comparadas aos valores da OCDE.

Os obstáculos essenciais ao SUS são o subfinanciamento, a falta de profissionais de saúde, a má qualificação dos gestores de saúde, a competição entre subsistema privado e o SUS e a deficiência assistencial em certas regiões de saúde.

No entanto, o RN tem feito esforços para superar as limitações existentes, apostando na consolidação das políticas de promoção de saúde e de CSP, investindo na formação constante dos gestores de saúde do RN, fortificando a participação social e aumentando a equidade de acesso da população aos serviços de saúde por meio da regionalização das redes assistenciais.

É importante realçar os pontos fortes do SUS que podem ser aplicados em outros sistemas de saúde. Em Portugal, poderiam testar algumas ideias na promoção da saúde, políticas de saúde para populações de risco e ainda a participação da população em decisões sobre a sua saúde.

A realização deste trabalho foi bastante enriquecedora, tanto a nível pessoal como académico. É importante estudar outros sistemas de saúde, verificar falhas e pontos fortes para assim aprender outros métodos e ferramentas de trabalho. Apesar de ser um sistema com muitas falhas, o SUS tem “*pés para andar*” e merece o esforço e dedicação dos gestores para o colocarem na rota certa e assim alcançar melhores resultados em saúde.

## Conclusões

O SUS é um sistema de saúde “tendencialmente” universal, já que na prática não tem capacidade de abranger toda a população do território, neste caso o RN.

Existem muitos fatores intrínsecos que provocam impacto negativo no alcance da equidade em saúde no RN tais como: dimensão do território, grau de pobreza e situação política instável e seu caráter interventivo.

A gestão do SUS no RN é frágil, existindo falhas na competência e formação dos gestores estaduais e municipais, o que pode tornar os cuidados de saúde menos efetivos e eficientes.

A regionalização foi um processo que beneficiou o RN no que toca à distribuição mais equitativa dos cuidados de saúde. Esforços continuam a ser feitos para melhorar esta estratégia.

Existe subfinanciamento da saúde por parte das três esferas de governo, mais explicitamente pela União. O RN e os municípios deste encontram-se numa situação de “esgotamento” de recursos financeiros para investimento em saúde.

Os CSP têm evoluído positivamente ao longo dos anos, apresentando ótimos resultados de cobertura da ESF, que se refletem em vários indicadores como os IECSCS, cobertura de imunizações e TMI.

Os CSS e CST encontram-se mais atrasados quanto à sua *performance* já que os indicadores hospitalares e integrados refletem precariedade nos seus resultados.

O estado de saúde da população do RN apresentou melhorias ao longo dos anos nomeadamente quanto à EMV e percepção do estado de saúde. No entanto, os indicadores de mortalidade geral e mortalidade por causas selecionadas, apesar de apresentarem valores inferiores, acompanham a tendência crescente dos países da OCDE.

A falta de médicos é uma realidade que o RN enfrenta historicamente, no entanto, mesmo com o aumento do seu número através do programa “Mais Médicos”, o rácio médico-doente continua a ser baixo e insuficiente.

O RN tem-se empenhado na melhoria do acesso à saúde e no combate das iniquidades existentes na população. Para isso os gestores continuam a unir esforços através da aposta na formação específica profissional, na implementação de políticas nos CSP efetivas, no fortalecimentos das redes de assistência e no fornecimento de meios para uma vida mais saudável da população.

*Figura 20 - Conclusões finais*

## 6. Bibliografia

1. WHO. Trade, foreign policy, diplomacy and health [Internet]. [cited 2016 Feb 20]. Available from: <http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/>
2. WHO. Financiamento Dos Sistemas De Saúde. Relatório Mund da Saúde. 2010;1-119.
3. WHO. Health Systems [Internet]. [cited 2016 Feb 26]. Available from: [http://www.who.int/topics/health\\_systems/en/](http://www.who.int/topics/health_systems/en/)
4. WHO. Health Topics: Health Services [Internet]. [cited 2016 Mar 3]. Available from: [http://www.who.int/topics/health\\_services/en/](http://www.who.int/topics/health_services/en/)
5. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling T a J, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* [Internet]. 2008;372(9650):1661-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18994664>
6. Garcia-Subirats I, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, da Silva MRF, Unger JP, et al. Inequities in access to health care in different health systems: a study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Int J Equity Health* [Internet]. 2014;13:10. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3917695&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
7. Souza RR De, Paulo S. O sistema público de saúde brasileiro. In 2002.
8. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, MacInko J. The Brazilian health system: History, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS - Doutrinas e Princípios. *Secr Nac Assist à Saúde*. 1990;10.
10. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Brasília DF: Senado; 1988.
11. Ministério da Saúde B. Pactos pela Vida , em Defesa do SUS e de Gestão [Internet]. 2006. 76 p. Available from: [portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1021](portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1021)
12. Molina G, Vargas J, Londoño B. Decentralization and Public Health: An Analysis of the Health System in Five Latin American Countries: Argentina, Brazil, Chile, Colombia and Mexico. In:

- Regmi K, editor. Decentralizing Health Services SE - 3 [Internet]. Springer New York; 2014. p. 33-62. Available from: [http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-9071-5\\_3](http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-9071-5_3)
13. Ugá MA, Piola SF, Porto SM, Vianna SM. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003. p. 417-37.
  14. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. PARA ENTENDER A GESTÃO DO SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS,. Brasília; 2003. 248 p.
  15. Banco do Nordeste. Escritório técnico de estudos Econômicos do nordeste. *Systema Brasileiro de saúde*. 2009;(1):1-17.
  16. Hanae Ibn El Haj ML and NR. Quality of care between the Donabedian model and the ISO9001v2008 model. *Int J Qual Res*. 2013;7(1):17-30.
  17. Donabedian a. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1997;260(12):1743-8.
  18. Indicators O. OECD (2015. Health at a Glance 2015: OECD indicators [Internet]. 2015. Available from: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2015-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en)
  19. Silva J, Piola S, Vianna SM, Viana ALD, editors. O Financiamento da Saúde. 1ª ed. Brasília: CONASS/MS; 2007.
  20. Lameire N, Joffe P, Wiedemann M. Healthcare systems - An international review: An overview. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 1999. p. 3-9.
  21. Cichon M, Normand C. Between Beveridge and Bismarck--options for health care financing in central and eastern Europe. *World Health Forum* [Internet]. 1994;15(4):323-8. Available from: PM:7999215
  22. BRASIL. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde [Internet]. Editora do Ministério da Saúde. 2009. 148 p. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia\\_brasileira\\_sistemas\\_saude\\_volume1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia_brasileira_sistemas_saude_volume1.pdf)
  23. WHO World Health Statistics. Brazil: WHO statistical profile. 2015.
  24. Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte. Plano Estadual de Saúde Rio Grande do Norte 2012-2015. Natal; 2013.
  25. PAHO/WHO. Basic Indicators 2015, Health Situation in the Americas. 2015.

26. IDB 2012 Brasil, Indicadores Demográficos [Internet]. [cited 2016 May 26]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2012/a15.def>
27. Centro de Estudos sobre Ásia Á e AL. Dicionário da Cooperação : IDH [Internet]. 2011 [cited 2016 Mar 3]. Available from: <http://pascal.iseg.utl.pt/~cesa/index.php/pt/dicionario-da-cooperacao/Glossary-1/%C3%8D/%C3%8Dndice-de-Desenvolvimento-Humano-%28IDH%29-261/>
28. Victoria D, Rodrigues W. Technical Cooperation Strategy for PAHO / WHO and the Federative Republic of Brazil , 2008-2012 Administrative support. 2012;2008-12.
29. WHO. BRAZIL: Country Cooperation Strategy at a glance [Internet]. 2013 [cited 2016 Mar 3]. Available from: [http://www.who.int/countryfocus/cooperation\\_strategy/ccsbrief\\_bra\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_bra_en.pdf?ua=1)
30. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório de Desenvolvimento Humano Brasil 2009/2010 [Internet]. 2010. Available from: [http://www.pnud.org.br/HDR/arquivos/rdh\\_Brasil\\_2009\\_2010.pdf](http://www.pnud.org.br/HDR/arquivos/rdh_Brasil_2009_2010.pdf)
31. IBGE. Série Estudos e Pesquisas: Síntese de Indicadores Sociais 2015 - Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira: Aspetos Demográficos [Internet]. 2015. Available from: [http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rn&tema=sis\\_2015](http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rn&tema=sis_2015)
32. Girardon N, Crossetti O. Etnografia E Etnoenfermagem : Rev Gaúcha Enferm. 2003;24(1):14-22.
33. Portal do Governo do RN [Internet]. Governo do Estado do RN. Available from: <http://www.rn.gov.br/Conteudo.asp?TRAN=ITEM&TARG=37271&ACT=null&PAGE=null&PARM=null&LBL=NOT%C3%8DCIA>
34. Secretaria do Estado de Saúde Pública. Plano Diretor de Regionalização. Natal; 2004.
35. Sa P. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Sério Pactos Pela Saúde. 2006. 60 p. Available from: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume\\_4\\_completo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf)
36. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Ministério da Saúde. 2012. 110 p. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
37. Conass. Para entender a gestão do SUS - Atenção primária e promoção de saúde. Conass. 2011. 197 p.
38. Portal da Saúde - Sobre o DAB [Internet]. [cited 2016 Mar 3]. Available from: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/dab.php>

39. Brasil MDS. Portal da saúde - Histórico de cobertura de saúde da família [Internet]. [cited 2016 Mar 18]. Available from: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)
40. Brasil MDS. INDICADORES REGIONAIS, ESTADUAIS E NACIONAIS DO ROL DE DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES 2015 - RIO GRANDE DO NORTE [Internet]. DATASUS. [cited 2016 Mar 29]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2015/cnv/coapcirrn.def>
41. Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Natal. Carteira de Serviços da Atenção Básica de Natal. Natal; 2014.
42. Brasil MDS. CNES - EQUIPES DE SAÚDE - RIO GRANDE DO NORTE [Internet]. DATASUS. [cited 2016 Mar 25]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipern.def>
43. Academias de Saúde - Sobre o Programa [Internet]. [cited 2016 Apr 16]. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/1028-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/academia-da-saude-svs/l2-academia-da-saude-svs/13816-sobre-o-programa>
44. Brasil MDS. Consultório na Rua [Internet]. Portal da Saúde - DAB. [cited 2016 May 2]. Available from: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_consultorio\\_ua.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_consultorio_ua.php)
45. Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Natal. (Re)desenhando a Rede de Saúde na cidade de Natal. Natal; 2007.
46. Secretaria do Estado de Saúde Pública Rio Grande do Norte. Central de Transplantes [Internet]. 2013 [cited 2016 Apr 28]. Available from: <http://adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/Conteudo.asp?TRAN=ITEM&TARG=7900>
47. Secretaria do Estado de Saúde Pública Rio Grande do Norte. SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência [Internet]. 2014. Available from: <http://adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/Conteudo.asp?TRAN=ITEM&TARG=2370&ACT=&PAGE=&PARM=&LBL=NOT%25CDCIA>
48. Ministério da Saúde B. Portal da saúde - Ações e Programas [Internet]. [cited 2016 Mar 2]. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas>
49. Brasil MDS. Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil [Internet]. Portal da Saúde. [cited 2016 Apr 30]. Available from: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/amamenta.php>

50. Brasil MDS. Prevenção e Controle de Agravos Nutricionais [Internet]. Portal da Saúde - DAB. [cited 2016 Apr 30]. Available from: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pcan.php?conteudo=nutrisus](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pcan.php?conteudo=nutrisus)
51. Federal G. Programa Mais Médicos - Resultados para o país [Internet]. [cited 2016 Apr 20]. Available from: <http://maismedicos.gov.br/resultados-para-o-pais>
52. Cunha A, Machado AC, Melo CF de, Araújo FB de, Sena GA de, Campos IO, et al. PLANO DA REDE ESTADUAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA. 2006.
53. Araújo FB de, Feijó F, Medeiros VA de. PLANO DA REDE ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA À PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA FÍSICA. 2006.
54. Brasil MDS. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) [Internet]. Portal da Saúde - DAB. [cited 2016 Apr 22]. Available from: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php)
55. Boletim de Atenção Básica do Rio Grande do Norte - Versão Preliminar. Natal; 2014.
56. Piola S, Vianna S, Marinho A. Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Comissão Econ Para a América Lat E O Caribe - Cepal [Internet]. 2009;1-85. Available from: <http://www.eclac.cl/brasil/publicaciones/sinsigla/xml/4/35734/LCBRSR200SaudenoBrasil.pdf>
57. Bloomberg Markets - Currencies [Internet]. [cited 2016 May 26]. Available from: <http://www.bloomberg.com/markets/currencies/americas>
58. Brasil MDS. Indicadores de Recursos - E.6.1 Gasto com ações e serviços públicos de saúde como proporção do PIB [Internet]. DATASUS. [cited 2016 Mar 19]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2012/e0601.def>
59. Brasil MDS. Indicadores de Recursos - E.6.2 Gasto per capita com ações e serviços públicos de saúde [Internet]. DATASUS. [cited 2016 Mar 18]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/e0602.def>
60. COSEMS RN. Diálogo Temático. In: Gestão Financeira do SUS. Rio Grande do Norte: SESAP - Secretaria de Estado de Saúde Pública do RN; 2014.
61. Brasil MDS. Indicadores de Cobertura - F.16 Proporção da população coberta por planos privados de saúde - ANS [Internet]. DATASUS. [cited 2016 Mar 20]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2012/f16.def>

62. ANS. Informações em Saúde Suplementar - Planos de Saúde Registrados ou Cadastrados [Internet]. ANS TABNET. [cited 2016 Mar 20]. Available from: [http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet\\_pl.def](http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_pl.def)
63. Lima SML, Portela MC, Ugá MAD, Barbosa PR, Gerschman S, Vasconcellos MM. Hospitais filantrópicos e a operação de planos de saúde próprios no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2007;41(1):116-23.
64. Brasil MDS. CNES- estabelecimentos por tipo - Rio Grande do Norte [Internet]. DATASUS. [cited 2016 Mar 22]. Available from: CNES- estabelecimentos por tipo - Rio Grande do Norte
65. Commission E, Union E, Core E, Indicators H, Union E. Health at a Glance : Europe 2014 Health at a Glance : Europe 2014 [Internet]. 2014. Available from: [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2014\\_health\\_glance\\_eur-2014-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2014_health_glance_eur-2014-en)
66. Brasil MDS. Indicadores de Recursos - E.1 Número de profissionais de saúde por habitante [Internet]. DATASUS. [cited 2016 Mar 23]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/e01.def>
67. Brasil MDS. CNES - RECURSOS HUMANOS - PROFISSIONAIS - INDIVÍDUOS - SEGUNDO CBO 2002 - RIO GRANDE DO NORTE [Internet]. DATASUS. [cited 2016 Mar 20]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/prid02rn.def>
68. Brasil MDS. Indicadores de Cobertura - F.13 Proporção de crianças vacinadas na faixa etária recomendada [Internet]. DATASUS. [cited 2016 Mar 21]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2012/f13.def>
69. Brasil MDS. Indicadores de cobertura - Proporção de crianças vacinadas na faixa etária recomendada [Internet]. DATASUS. [cited 2016 May 27]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2012/f13.def>
70. Navarro C, Fonseca AJ Da, Sibajev A, Souza CIDA, Araújo DS, Teles DADF, et al. Cobertura do rastreamento do câncer de colo de útero em região de alta incidência. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2015;49(1):17. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102015000100214&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100214&lng=en&nrm=iso&tlng=en)  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25741655>  
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4386559>
71. INCA - Ministério da Saúde B. Controlo do câncer da mama [Internet]. [cited 2016 May 27]. Available from:

- [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_controle\\_cancer\\_mama/conceito\\_magnitude](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/conceito_magnitude)
72. Brasil MDS. INDICADORES DE TRANSIÇÃO PACTO PELA SAÚDE E COAP - 2012 - VALORES ABSOLUTOS - RIO GRANDE DO NORTE [Internet]. DATASUS. [cited 2016 May 27]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2012/cnv/absRN.def>
  73. Brasil MDS. Indicadores de Mortalidade - Taxa de mortalidade específica por neoplasia [Internet]. DATASUS. [cited 2016 May 27]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c10.def>
  74. OECD (2015). OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015 Raising Standards [Internet]. Paris: OECD publishing; 2015. Available from: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225985-en>
  75. Brasil MDS. Indicadores de Recursos - E.3 Número de leitos hospitalares por habitante - CNES/MS [Internet]. DATASUS. [cited 2016 Mar 17]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/e03b.def>
  76. Brasil MDS-C. CNES - RECURSOS FÍSICOS - HOSPITALAR - LEITOS DE INTERNAÇÃO - RIO GRANDE DO NORTE [Internet]. DATASUS. [cited 2016 May 14]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leintrn.def>
  77. Technical Group for Hospital Reform. Final Report - Technical Group for Hospital Reform. 2011;364.
  78. Brasil MDS. PROCEDIMENTOS HOSPITALARES DO SUS - POR LOCAL DE INTERNAÇÃO - RIO GRANDE DO NORTE [Internet]. DATASUS. [cited 2016 Mar 28]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/qirn.def>
  79. Brasil MDS. Indicadores de cobertura - F.8 Proporção de partos cesáreos [Internet]. DATASUS. [cited 2016 Mar 18]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2012/f08.def>
  80. Devaux M, de Looper M. Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries , 2008-2009. OECD Heal Work Pap No 58. 2012;(58):1-60.
  81. Brasil MDS. Indicadores de cobertura - F.1 Número de consultas médicas (SUS) por habitante [Internet]. DATASUS. [cited 2016 Apr 16]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2012/f01.def>

82. Brasil MDS. Indicadores de recursos - E.18 Número de equipamentos de imagem por habitante [Internet]. DATASUS. [cited 2016 Apr 5]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2012/e18.def>
83. Murray CJL, Ferguson BD, Lopez a. D, Guillot M, Salomon J a., Ahmad O. Modified logit life table system: principles, empirical validation, and application. *Popul Stud (NY)*. 2003;57(2):165-82.
84. IBGE. Indicadores Demográficos - A.11 Esperança de vida ao nascer [Internet]. DATASUS. [cited 2016 Apr 9]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/a11.htm>
85. Barufi A, Haddad E, Paez A. Infant mortality in Brazil, 1980-2000: A spatial panel data analysis. *BMC Public Health* [Internet]. 2012;12(1):181. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/181>
86. Portal ODM, Relatórios Dinâmicos, Rio Grande do Norte [Internet]. 2015. Available from: <http://www.relatoriosdinamicos.com.br/portalodm/perfil/BRA002024/rio-grande-do-norte>
87. Sousa A, Hill K, Dal Poz MR. Sub-national assessment of inequality trends in neonatal and child mortality in Brazil. *Int J Equity Health*. 2010;9:21.
88. Brasil MDS. MORTALIDADE - ÓBITOS POR IDADE E SEXO CORRIGIDO PELO BUSCA ATIVA - BRASIL [Internet]. DATASUS. [cited 2016 Mar 18]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?obitocorr/cnv/obitocorr.def>
89. WHO. The top ten causes of death; Fact sheet no. 310 [Internet]. Available from: <http://www.who.int/mediacenter/factsheets/fs310/en/>
90. Brasil MDS. C. Indicadores de Mortalidade: C.8, C.9, C.10, C.12 [Internet]. DATASUS. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#demog>
91. IBGE. PNAD 2008 - Acesso e Utilização dos Serviços, Condições de Saúde e Fatores de Risco e Proteção à Saúde [Internet]. [cited 2016 Mar 15]. Available from: [http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rn&tema=pnad\\_saude\\_2008](http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rn&tema=pnad_saude_2008)
92. IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013 - Percepção do Estado de Saúde, Estilos de Vida e Doenças Crônicas [Internet]. 2013 [cited 2016 Feb 19]. Available from: [http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rn&tema=pns\\_2013\\_est\\_saude](http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rn&tema=pns_2013_est_saude)

93. IBGE. Prevalência de excesso de peso em adultos - Prevalência de obesidade e sobrepeso por Ano segundo Região [Internet]. IDB 2012 Brasil. 2012. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?idb2012/g07.def>
94. IBGE. Prevalência de excesso de peso para idade segundo IMC em crianças menores de 5 anos [Internet]. IDB 2012 Brasil. 2012 [cited 2016 Jun 30]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/g08.htm>
95. Piola P, Paiva AB de, Sá EB de, Servo LMS. Financiamento Público da Saúde: uma história à procura de rumo. IPEA. 2013. 46 p.
96. Vazquez DA. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. Cad Saude Publica. 2011;27(6):1201-12.
97. IBG. Indicadores Socioeconômicos - B.1 Taxa de analfabetismo [Internet]. DATASUS. [cited 2016 May 12]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2012/b01a.def>
98. Organisation TWH. WHO Reoprt of the Global Tobacco Epidemic, 2015 [Internet]. 2015. Available from: [http://www.who.int/tobacco/global\\_report/2015/summary/en/](http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/summary/en/)
99. Parcerias Público-Privadas no setor da Saúde [Internet]. Acss.min-saude.pt. 2016 [cited 5 June 2016]. Available from: <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oeFinanciamentoPrestSa%C3%BAde/ParceriasP%C3%BAblicoPrivadas/tabid/1222/language/pt-PT/Default.aspx>
100. Acordos e Convenções [Internet]. Acss.min-saude.pt. 2016 [cited 6 June 2016]. Available from: <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oeFinanciamentoPrestSa%C3%BAde/AcordoseConven%C3%A7%C3%B5es/tabid/447/language/pt-PT/Default.aspx>
101. Noticias [Internet]. Acss.min-saude.pt. 2016 [cited 6 June 2016]. Available from: <http://www.acss.min-saude.pt/artigo/tabid/98/xmmid/1949/xmid/7542/xmview/2/Default.aspx>
102. OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015 | OECD READ edition [Internet]. OECD iLibrary. 2016 [cited 6 June 2016]. Available from: [http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-care-quality-portugal-2015\\_9789264225985-en#page156](http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-care-quality-portugal-2015_9789264225985-en#page156)
103. Serviço Nacional de Saúde - SNS [Internet]. Sns.gov.pt. 2016 [cited 6 June 2016]. Available from: <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/>

## 7. Anexos

Anexo 1 - Entrevistas efetuadas entre Março e Junho (cargo do entrevistado, duração da entrevista e tópicos principais abordados)


Data	
18/03/2015	<b><u>Prof. Dra. Nadja</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cargo: Professora de Pediatria na UFRN, Médica de Saúde da Família e Comunidade, Mestre em Saúde Coletiva e Doutora em Ciências da Saúde</li> <li>▪ Duração: 30 min</li> <li>▪ Tópicos: SUS; CSP; satisfação de utentes.</li> </ul>
19/03/2015	<b><u>Maria Eufrásia</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cargo: Coordenadora SIEC (CPS), com sede na SESAP/RN</li> <li>• Duração: 25 minutos</li> <li>• Tópicos: SUS; CSP.</li> </ul>
16/04/2015	<b><u>Ricardo Lima</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cargo: Coordenador SUIN (CPCS), com sede na SESAP/RN</li> <li>• Duração: 48 min</li> <li>• Tópicos: Sistemas de Informação.</li> </ul>
23/04/2015	<b><u>Patrícia</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cargo: Coordenadora na Central de Regulação (CPCS), com sede na SESAP/RN</li> <li>• Duração: 47 min</li> <li>• Tópicos: Regulação de internamentos; Meios de diagnóstico; Fluxos de acesso à saúde; SISREG.</li> </ul>
23/04/2015	<b><u>Lucas</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cargo: Funcionário na SUPCAH (CPCS), com sede na SESAP/RN</li> <li>• Duração: 7 min</li> <li>• Tópicos: Tabela de procedimentos média e alta complexidade.</li> </ul>
27/04/2015	<b><u>Dr. Thiago Trindade</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico Saúde da Família e Comunidade (UFRN - HUOL), Coordenador da Residência em MFC, Presidente Sociedade Nacional MFC, Ex-Secretário Municipal de Saúde de Natal</li> <li>• Duração: 1h12min</li> <li>• Tópicos: CSP, Políticas de CSP; Financiamento da Saúde; Evolução e perspectivas do SUS.</li> </ul>
28/04/2015	<b><u>Jonys Cassyo Oliveira</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Funcionário do Núcleo Administrativo/Financeiro da CPS, com sede na SESAP/RN</li> <li>• Duração: 7 min</li> <li>• Tópicos: Organização da SESAP/RN.</li> </ul>
28/05/2015	<b><u>Dr<sup>a</sup>. Maria de Fátima Pontes S. de Araújo</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cargo: Superintendente Técnica, UNIMED (Operador de Seguros de saúde)</li> <li>• Duração: 34 min</li> <li>• Tópicos: Saúde Suplementar no Brasil e RN.</li> </ul>
08/06/2015	<b><u>Naryelli</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cargo: Coordenadora da COHUR, com sede na SESAP/RN</li> <li>• Duração: 37min</li> <li>• Tópicos: Rede de Urgência e Emergência e fluxos de pacientes</li> </ul>
15/06/2015	<b><u>Ivo Lucas</u></b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cargo: Funcionário no Departamento de Orçamento e Finanças, Secretaria Adjunta de Logística em Saúde, Administração e Finanças, com sede na SMS de Natal</li> <li>• Duração: 17 min</li> <li>• Tópicos: Financiamento do SUS; Transferência de recursos; Orçamentos.</li> </ul>
15/06/2015	<p><b><u>Francisca Zilmar</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cargo: Gerente Administrativa do HUOL</li> <li>• Duração: 42 min</li> <li>• Tópicos: Relação do Hospital com a SESAP/RN e MS.</li> </ul>
15/06/2015	<p><b><u>Terezinha Rêgo de Oliveira</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cargo: Secretária Adjunta de Logística em Saúde, Administração e Finanças, com sede na SMS de Natal</li> <li>• Duração: 32 min</li> <li>• Tópicos: Financiamento do SUS; Regulação; Recursos Humanos.</li> </ul>
15/06/2015	<p><b><u>Douglas</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cargo: Coordenador da Acessoria de Planejamento Estratégico e de Gestão do SUS, com sede na SMS Natal</li> <li>• Duração: 1h08min</li> <li>• Tópicos: Conselhos Municipais de Saúde, Conselhos Locais, PPI; PDI; Financiamento do SUS; CPS; Acesso ao SUS.</li> </ul>
15/06/2015	<p><b><u>Ana Cláudia</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cargo: Coordenadora do Departamento de Atenção Básica, Secretaria Adjunta de Atenção Integral à Saúde, com sede na Secretaria Municipal de Saúde Natal</li> <li>• Duração: 27 min</li> <li>• Tópicos: Unidades CSP; Equipas de saúde dos CSP; Programas dos CSP; Cobertura da população; Obstáculos e estratégias dos CSP.</li> </ul>
17/06/2015	<p><b><u>Valdimar Medeiros e Kacione Rodrigues</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cargo: Coordenador e Funcionária da SUDAPS (CPCS), com sede na SESAP/RN</li> <li>• Duração: 1h22min</li> <li>• Tópicos: CIR; CIB; CIT; PPI; Regionalização; Financiamento do SUS; Obstáculos do SUS.</li> </ul>
17/06/2015	<p><b><u>Ivana Maria Queiroz Fernandes</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cargo: Coordenadora da SUAS (CPS), com sede na SESAP/RN</li> <li>• Duração: 1h13min</li> <li>• Tópicos: Unidades dos CSP; NASF; RAS; Políticas de saúde</li> </ul>

LEGENDA:

- COHUR - Coordenadoria de Operações de Hospitais e Unidades de Referência  
 CPCS - Coordenadoria de Planejamento e Controle de Serviços de Saúde  
     CPS - Coordenadoria de Promoção à Saúde  
     HUOL - Hospital Universitário Onofre Lopes  
     MFC - Medicina da Família e Comunidade  
     SESAp - Secretaria de Estado da Saúde Pública  
     SIEC - Subcoordenadoria de Informação, Educação e Comunicação  
     SUAS - Subcoordenadora das Ações de Saúde  
 SUDAPS - Subcoordenadoria de Desenvolvimento e Acompanhamento de Programas de Saúde  
     SUIN - Subcoordenadoria de Informação Informática  
     SUPCAH - Subcoordenadoria de Planejamento Ambiental e Hospitalar  
     UFRN - Universidade Federal de Rio Grande do Norte

**Anexo 2** - Requerimento de visita aos Departamentos da Secretaria Municipal de Saúde de Natal, endereçado ao Secretário Municipal de Saúde e autorização correspondente.

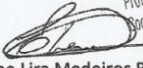
  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**COORDENAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA**  
Avenida Gal Gustavo Cordeiro de Farias s/n – Petrópolis – 59010-180 - Campus Biomédico  
Fone: (84) 3342-9709 /3342-9710 Fax: 3342-9709. Email: [coordmed@ccs.ufrn.br](mailto:coordmed@ccs.ufrn.br) – Natal - RN

Ofício nº 73/2015 - CCMED Natal, 15 de Junho de 2015

Ao Sr. Secretário Luiz Roberto Leite Fonseca,

Vimos, através deste, solicitar a V. S<sup>a</sup>. a autorização para realização de visita técnica, pela aluna portuguesa Joana Rita Sequeira, proveniente da Universidade da Beira Interior, que encontra-se em mobilidade acadêmica no Curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Estas visitas dar-se-ão no turno matutino/vespertino, no horário a definir com os setores do Departamento de Atenção Básica, Departamento de Vigilância em Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, Departamento de Orçamento e Finanças e Assessoria de Planejamento Estratégico e da Gestão do SUS, no período de 15 a 22 de Junho de 2015.

Atenciosamente,

  
Prof. Dra. Elaine Lira Medeiros Bezerra  
Coordenadora do Curso de Medicina - UFRN  
Mat. SIAPE: 2171406

Elaine Lira Medeiros Bezerra  
Coordenadora do Curso de Medicina

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Apoio Administrativo ao Gabinete  
Recebido em 15/06/2015  
Hora 09:23 Por Emylli



**Memorando n.º 1363/2015**

**Origem:** DGTES/SEPAES

**Destino:** Departamento de Vigilância em Saúde - DVS

Natal, 15 de Junho de 2015.

**Assunto:** Autorização de Visita Técnica

Informamos a autorização de **Visita Técnica** de acordo com ofício de nº73/15, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, para a aluna **Joana Rita Sequeira** do Curso de **Medicina**. A Visita Técnica será realizado no **Departamento de Atenção Básica, Departamento de Vigilância em Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, Departamento de Orçamento e Finanças, Assessoria de Planejamento Estratégico e da Gestão do SUS**. A vista será no período de 15 a 22 junho de 2015, nos horários agendados pelos responsáveis dos serviços.

Atenciosamente,  
**Nádia R. S. Almeida**  
Setor de Desenvolvimento  
Profissional de Educação na Saúde  
Mat. 22.652-1

**Nádia Rocely Souto de Almeida Lima.**

Setor de Educação Permanente e Articulação em Ensino - Serviço  
Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS  
Rua Fabrício Pedrosa, 915, Petrópolis, 59014-030  
(84) 3232.8527, www.natal.rn.gov.br

Anexo 3 - Declaração de idoneidade universitária e de investigação



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Faculdade de Ciências da Saúde

## DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que **Joana Rita Sequeira Neto**, aluna nº 26920, é aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior. A referida aluna encontra-se a efetuar um programa de intercâmbio na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, entre os meses de Janeiro e Junho de 2015.

Para que a aluna possa concretizar o seu trabalho de Mestrado intitulado “O Sistema Único de Saúde no Estado do Rio Grande do Norte”, sob orientação do Prof. Doutor Henrique Martins, torna-se necessário efetuar uma pesquisa bibliográfica aprofundada sobre o assunto e a realização de entrevistas a vários responsáveis de órgãos institucionais brasileiros, pelo que solicitamos que a realização dessas entrevistas seja facilitada, uma vez que todas as questões relacionadas com a originalidade das informações recolhidas e as autorizações para participação no referido trabalho serão devidamente acauteladas.

Covilhã, 20 de maio de 2015

O Diretor do Mestrado Integrado em Medicina

Prof. Doutor Miguel Castelo Branco

Av. Infante D. Henrique, 6200-506 Covilhã, PORTUGAL  
Telef.: +351 275 329 002 | Fax: +351 275 329 099  
E-mail: fcsaude@fcsaude.ubi.pt | www.ubi.pt

#### **Anexo 4 - Órgãos/Organizações representadas nos Conselhos de Saúde**

As áreas representadas nos Conselhos de Saúde podem ser qualquer uma das seguintes:

- Associações de portadores de patologias;
- Associações de portadores de deficiências;
- Entidades indígenas;
- Movimentos sociais e populares organizados;
- Movimentos organizados de mulheres, em saúde;
- Entidades de aposentados e pensionistas;
- Entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;
- Entidades de defesa do consumidor;
- Organizações de moradores;
- Entidades ambientalistas;
- Organizações religiosas;
- Trabalhadores de saúde: associações, sindicatos federações e confederações e Conselhos de classe;
- Comunidade científica;
- Entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais de campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;
- Entidades patronais;
- Entidades de prestadores de serviços de saúde;
- Governo;

**Anexo 5 - Categorias profissionais constituintes das equipas NASF no RN**

<b>Categoria Profissional</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Assistente Social	94	12,4
Clínico Geral	2	0,3
Educador Social	1	0,1
Farmacêutico	46	6
Fisioterapeuta	146	19,2
Fonoaudiólogo	70	9,2
Ginecologista	17	2,2
Nutricionista	117	15,4
Pediatra	16	2,1
Profissional de Ed.Física na Saúde	88	11,6
Psicólogo	116	15,2
Psiquiatra	14	1,8
Terapeuta Ocupacional	28	3,7
Veterinário	6	0,8
<b>TOTAL</b>	<b>761</b>	<b>100</b>

**Anexo 6 - Procedimentos de Média e Alta Complexidade**

Grupo de procedimentos de média complexidade
Procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio
Cirurgias ambulatoriais especializadas
Procedimentos traumatológico-ortopédicos
Ações especializadas em odontologia
Patologia clínica
Anatomopatologia e citopatologia
Radiodiagnóstico
Exames ultra-sonográficos
Diagnose
Fisioterapia
Terapias especializadas
Prótese e órteses
Anestesia
Hemoterapia

Grupo de procedimentos de alta complexidade
Patologia Clínica
Radiodiagnóstico
Hemodinâmica
Terapia renal substitutiva
Radioterapia
Quimioterapia
Ressonância magnética
Medicina nuclear
Radiologia intervencionista
Tomografia computadorizada
Hemoterapia
Acompanhamento de pacientes

Grupo de procedimentos hospitalares de alta complexidade
Cardiovascular
Gastroenterologia
Labiopalatais/deformações craniofaciais
Cirurgias oncológicas
Radioterapia cirúrgica
Implante coclear
Queimados
Neurocirurgia
Doenças do sono
Quimioterapia
Ortopedia
Epilepsia
Iodoterapia
Tratamentos da SIDA

**Anexo 7 - Infraestrutura dos cuidados de saúde por unidade de saúde no RN (Tabelas 1,2,3 e 4), dados retirados do site DATASUS (64)**

1 - Número de hospitais segundo prestador e tipo de gestão, número absoluto e por milhão de habitantes

		Prestador			Gestão			Total	Por Milhão <sup>1</sup>
		Público	Filantropico	Privado	Municipal	Estadual	Dupla		
Hospital Especializado	2010	10	1	17	17	-	11	28	8,6
	2011	8	1	13	15	-	7	22	6,7
	2013	8	-	13	15	1	5	21	6,3
	2015	9	-	13	15	1	6	22	6,4
	Δ	-1 (10%)	-1 (100%)	-4 (23,5%)	-2 (11,8%)	+1	-5 (45,5%)	-6 (21,4%)	-2,2 (25,5%)
Hospital Geral	2010	53	12	17	28	10	44	82	25,1
	2011	51	10	18	52	3	24	79	23,9
	2013	51	10	16	60	1	16	77	23,0
	2015	50	9	11	50	-	20	70	20,3
	Δ	-3 (5,7%)	-3 (25%)	-6 (35,3%)	+22 (78,6%)	-10 (100%)	-24 (54,5%)	-12 (14,6%)	-4,8 (19%)
Hospital Dia	2010	-	-	4	3	-	1	4	1,2
	2011	1	-	5	5	-	1	6	1,8
	2013	1	-	10	11	-	-	11	3,3
	2015	1	-	8	9	-	-	9	2,6
	Δ	+1	-	+4 (100%)	+6 (200%)	-	-1 (100%)	+5 (125%)	+1,4 (113,4%)

Fonte: DATASUS - "CNES- estabelecimentos por tipo - Rio Grande do Norte" (Competência Dezembro de cada ano)

<sup>1</sup> Calculado a partir da população estimada pelo IBGE

2 - Número de Unidades da Rede de Urgência segundo prestador e tipo de gestão, número absoluto e por milhão de habitantes

		Prestador			Gestão			Total	Por Milhão <sup>1</sup>
		Público	Filantropico	Privado	Municipal	Estadual	Dupla		
Unidade de pronto atendimento	2010	-	-	-	-	-	-	0	0,0
	2011	4	-	-	4	-	-	4	1,2
	2013	6	-	1	7	-	-	7	2,1
	2015	11	-	1	12	-	-	12	3,5
	Δ	+11	-	+1	+12	-	-	+12	+3,5
Pronto Socorro Geral	2010	5	1	4	7	1	2	10	3,1
	2011	3	1	5	8	-	1	9	2,7
	2013	6	1	5	12	-	-	12	3,6
	2015	3	1	3	7	-	-	7	2,0
	Δ	-2 (40%)	0 (0%)	-1 (25%)	0 (0%)	-1 (100%)	-2 (100%)	-3 (30%)	-1 (33,6%)
Pronto	2010	3	-	5	7	-	1	8	2,5

Considerações sobre a saúde e Sistema Único de Saúde Brasileiro: Estudo de caso no Estado do Rio Grande do Norte

Norte

	2011	2	-	5	6	-	1	7	2,1
	2013	2	-	5	6	-	1	7	2,1
	2015	-	-	5	4	-	1	5	1,5
	Δ	-3 (100%)	-	0 (0%)	-3 (42,9%)	-	0 (0%)	-3 (37,5%)	-1 (40,7%)
Unidade móvel de emergência	2010	5	-	1	5	1	-	6	1,8
	2011	5	-	1	5	1	-	6	1,8
	2013	38	-	-	38	-	-	38	11,4
	2015	58	-	-	22	27	9	58	16,8
	Δ	+53 (1060%)	-	-1 (100%)	+17 (340%)	+26 (2600%)	+9	+52 (866,7%)	+15 (816,8%)

Fonte: DATASUS - "CNES- estabelecimentos por tipo - Rio Grande do Norte" (Competência Dezembro de cada ano)

<sup>1</sup> Calculado a partir da população estimada pelo IBGE

Legenda: Δ - variação entre o primeiro e último valor disponível; "- " valor igual a zero

3 - Número de unidades de saúde dos CSS segundo prestador e tipo de gestão, número absoluto e por milhão de habitantes

		Prestador			Gestão			Total	Por Milhão <sup>2</sup>
		Público	Filantrópico	Privado	Municipal	Estadual	Dupla		
Clínica Especializada	2010	55	4	347	342	23	41	406	124,4
	2011	54	4	379	392	12	33	437	132,3
	2013	69	5	231	278	4	23	305	91,2
	2015	99	6	434	515	5	21	541 <sup>1</sup>	157,2
	Δ	+44 (80%)	+2 (50%)	+87 (25,1%)	+173 (50,1%)	-18 (78,3%)	-20 (48,8%)	+135 (33,3%)	+32,8 (26,4%)
Consultório	2010	20	-	954	965	4	8	977 <sup>1</sup>	299,3
	2011	18	-	1042	1055	1	7	1063 <sup>1</sup>	321,9
	2013	15	-	1126	1144	-	-	1144 <sup>1</sup>	342,1
	2015	3	-	1205	1210 <sup>1</sup>	-	-	1210 <sup>1</sup>	351,5
	Δ	-17 (85%)	-	+251 (26,3%)	+245 (25,4%)	-4 (100%)	-8 (100%)	+233 (23,8%)	+52,3 (17,5%)
Policlínica	2010	17	3	18	36	-	3	39 <sup>1</sup>	11,9
	2011	18	3	18	38	-	2	40 <sup>1</sup>	12,1
	2013	14	1	26	41	-	1	42 <sup>1</sup>	12,6
	2015	13	1	25	39	-	1	40 <sup>1</sup>	11,6
	Δ	-4 (23,5%)	-2 (66,7%)	+7 (38,9%)	+3 (8,3%)	-	-2 (66,7%)	+1 (2,6%)	-0,3 (2,7%)
Unidade Mista	2010	74	11	14	74	10	15	99	30,3
	2011	77	10	13	76	4	20	100	30,3
	2013	74	9	10	88	2	3	93	27,8
	2015	80	8	7	93	-	2	95	27,6
	Δ	+6 (8,1%)	-3 (27,3%)	-7 (50%)	+19 (25,7%)	-10 (100%)	-13 (86,7%)	-4 (4%)	-2,7 (9%)
CAPS	2010	30	1	-	19	4	8	31	9,5
	2011	35	1	-	32	1	3	36	10,9

2013	37	1	-	38	-	-	38	11,4
2015	45	1	-	45	-	1	46	13,4
$\Delta$	+15(50%)	0 (0%)	-	+26 (136,8%)	-4 (100%)	-7 (87,5)	+15 (48,4)	+3,9 (40,7%)

Fonte: DATASUS - "CNES- estabelecimentos por tipo - Rio Grande do Norte" (Competência Dezembro de cada ano)

<sup>1</sup> Valor incluindo unidades de saúde prestadas por sindicatos; <sup>2</sup> Calculado a partir da população estimada pelo IBGE

Legenda:  $\Delta$  - variação entre o primeiro e último valor disponível; "- " valor igual a zero

4 - Número de unidades de saúde de CSP segundo prestador e tipo de gestão, número absoluto e por milhão de habitantes

		Prestador			Gestão			Total	Por Milhão <sup>2</sup>
		Público	Filantropico	Privado	Municipal	Estadual	Dupla		
Academia	2010	-	-	-	-	-	-	-	-
	2011	-	-	-	-	-	-	-	-
	2013	53	-	2	55	-	-	55	16,4
	2015	59	-	2	61	-	-	61	17,7
	$\Delta$	+59	-	0	+61	-	-	+61	+17,7
ABS	2010	602	-	4	415	1	194	610 <sup>1</sup>	186,9
	2011	620	1	4	576	-	53	629 <sup>1</sup>	190,5
	2013	658	1	179	840	-	2	842 <sup>1</sup>	251,8
	2015	774	-	4	777	-	1	778	226,0
	$\Delta$	+172 (28,6%)	0 (0%)	0 (0%)	+362 (87,2%)	-1 (100%)	-193 (99,5%)	+168 (27,5%)	+39,2 (20,9%)
Posto Saúde	2010	438	-	1	438	1	-	439	134,5
	2011	446	-	1	446	1	-	447	135,4
	2013	456	-	1	457	-	-	457	136,7
	2015	397	-	1	398	-	-	398	115,6
	$\Delta$	-41 (9,4%)	-	0 (0%)	-40 (9,1%)	-1 (100%)	-	-41 (9,3%)	-18,8 (14%)

Fonte: DATASUS - "CNES- estabelecimentos por tipo - Rio Grande do Norte" (Competência Dezembro de cada ano)

<sup>1</sup> Valor incluindo unidades de sindicatos prestadoras de saúde; <sup>2</sup> Calculado a partir da população estimada pelo IBGE

Legenda:  $\Delta$  - variação entre o primeiro e último valor disponível; "- " valor igual a zero