

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE DIREITO – CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

EDUARDO CAMARGOS COUTO

**A EFETIVIDADE DO DIREITO A SAÚDE DO IDOSO:
Estudo de Caso de Hospital Geriátrico em Logística Material**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação em Direito da Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do grau de Mestre em Direito sob a orientação da Prof.^a Dra. Fabiana de Menezes Soares

Belo Horizonte

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE DIREITO – CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO

EDUARDO CAMARGOS COUTO

A EFETIVIDADE DO DIREITO A SAÚDE DO IDOSO:
Estudo de Caso de Hospital Geriátrico em Logística Material

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Linha de Pesquisa: Direitos Humanos e Estado Democrático de Direito: Fundamentação, Participação e Efetividade

Projeto Estruturante: Juridicidade, Fundamentação e Discursividade Projeto Individual: Observatório para a Qualidade da Lei

Orientadora: Professora Doutora Fabiana de Menezes Soares

Belo Horizonte

2015

Couto, Eduardo Camargos.

A efetividade do Direito à Saúde do Idoso: estudo de caso de hospital geriátrico em Logística Material / Eduardo Camargos Couto. Belo Horizonte, 2015.

186p.

Dissertação (mestrado) – UFMG/Faculdade de Direito / Belo Horizonte.

Orientadora: Prof^a Dra. Fabiana de Menezes Soares. Área de concentração: Direito

1. Logística. 2. Logística Material. 3. Direito à Saúde. 4. Direitos do Idoso. 5. Vigilância Sanitária. I. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora

Profa. Sandra Regina Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Humberto Stumpf

Pró-Reitor de Pesquisa

Profa. Adelina Martha dos Reis

Diretor da Faculdade de Direito

Prof. Fernando Gonzaga Jayme

Vice-Diretor da Faculdade de Direito

Prof. Aziz Tuffi Saliba

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Direito

Prof. Profa. Maria Fernanda Salcedo Repolês

Colegiado

Profa. Yaska Fernanda de Lima Campos

Representante Discente

Pablo Leurquin

Victor Hugo Criscuolo Bóson

EDUARDO CAMARGOS COUTO

**A EFETIVIDADE DO DIREITO A SAÚDE DO IDOSO:
Estudo de Caso de Hospital Geriátrico em Logística Material**

Dissertação apresentada e aprovada junto ao Curso de Pós-Graduação em Direito da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais visando à obtenção do grau de Mestre em Direito Civil.

Belo Horizonte, 26 de junho de 2015.

Componentes da Banca Examinadora:

Profa. Dra. Fabiana de Menezes Soares (Orientadora) - UFMG
Universidade Federal de Minas Gerais

Profa. Dra. Élide Graziane Pinto – Membro titular
Universidade da Fundação Educacional Monsenhor Messias

Profa. Dra. Mariah Brochado Ferreira – Membro titular
Universidade Federal de Minas Gerais

Profa. Dra. Camila Silva Nicácio – Membro suplente
Universidade Federal de Minas Gerais

Ao meu amor, Karla.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof.^a Fabiana de Menezes Soares, pelo seu entusiasmo e empreendedorismo em fazer a teoria tornar-se realidade para a efetividade das leis.

Às Prof.^a Élide Graziane Pinto e Prof.^a Mariah Brochado Ferreira pela disponibilidade em participar deste momento acadêmico e pela coragem em defender a Saúde pública de qualidade para todo cidadão brasileiro.

Aos consultores legislativos da Assembleia Legislativa de Minas Gerais Flávia Pessôa; Paulo Scofield, Maria Regina Álvares Magalhães e Júlio Cadaval Bedê pela excelência técnico-legislativa.

Aos colegas da Pós-graduação com quem tenho aprendido e compartilhado ricas discussões acadêmicas.

Ao Grupo de Estudo Observatório e Qualidade da Lei da Faculdade de Direito da UFMG.

Ao médico Fiscal Sanitário Lucas Cesar Carvalho de Lacerda, pelo seu comprometimento que foi além de verificar o risco sanitário e de fato interveio para garantir segurança aos pacientes internados.

Aos demais fiscais da Vigilância Sanitária nos nomes das colegas Érika Ataíde Starling Lages e Gisele de Fátima Araújo, pela parceira na coordenação da construção do Código de Saúde de Belo Horizonte e do Sistema de Informação da Vigilância Sanitária de Belo Horizonte (SISVISA-BH), de forma competente e entusiasta.

À Diretoria do Hospital Paulo de Tarso e de modo especial à Dra. Jeruza Aurora Quezada Romaniello, pela competência na condução da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e por todas as suas contribuições para essa dissertação.

Ao então Secretário Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Dr. Helvécio Miranda Magalhães Júnior, pelo apoio incondicional às propostas de inovação na gestão da Vigilância Sanitária (gestão 2004-2007) e pelo empenho na integração desse serviço aos demais setores da gestão municipal.

“Não é preciso ser um expert em politicologia para perceber que, em regra, os discursos só alcançam seu verdadeiro sentido quando entendidos ao contrário. A regra tem poucas exceções: na planície, os políticos prometem mudanças, no governo mudam... de opinião. Alguns ficam redondos de tanto dar voltas. Dá torcicolo vê-los girar, da esquerda para a direita, com tanta rapidez. ‘Primeiro a educação e a saúde!’, eles clamam, como clama o capitão do navio: ‘Primeiro as mulheres e as crianças!’. Nos discursos elogiam o trabalho, enquanto os fatos injuriam os trabalhadores. Os políticos que juram, com a mão no peito que a soberania não tem preço, costumam ser os mesmos que depois a oferecem; e os que anunciam que expulsariam os ladrões, costumam ser os mesmos que depois roubam até as ferraduras de um cavalo a galope.”¹

¹ Galeano, Eduardo H., De pernas pro ar: a escola do mundo ao avesso/ tradução de Sergio Faraco com gravuras de José Guadalupe Posada - Porto Alegre, RS? L&PM Editores, 2013. Pag. 149.

RESUMO

O presente trabalho visa descrever e analisar o impacto da legislação sanitária em um hospital de cuidados crônicos para idosos, no que se refere aos efeitos materiais das normas, por via de uma avaliação legislativa retrospectiva, sob a égide da Legística Material.

O envelhecimento populacional desafia a sociedade a se preparar para lidar com um contingente heterogêneo e cada vez maior de pessoas idosas. Todas as políticas públicas precisam ser redimensionadas para essa nova realidade, considerando as representações sociais da velhice como chave hermenêutica para compreender a atuação do Estado.

Neste cenário, analisa-se a aplicação das normas sanitárias no âmbito de um hospital geriátrico de Belo Horizonte. Reconhecendo-se ainda necessidade de que haja ferramentas robustas para assegurar a efetividade da norma, a pesquisa apresenta o ciclo de uma Política Pública e a pertinência da proposição inovadora: o Portal de Políticas Públicas da Assembleia Legislativa de Minas Gerais. Além disso, a questão da proteção social à pessoa idosa é trazida à tona e de modo mais específico a da Saúde.

Também são explorados os itens que compõem a avaliação dos serviços de saúde, incluindo ferramentas de gestão hospitalar e de controle do risco sanitário. Ressalta-se a importância da Vigilância Sanitária e da acreditação hospitalar para alcançar maior segurança sanitária para o cidadão.

Fica demonstrado que a aplicação das normas e a gestão de qualidade se constituem em uma tecnologia robusta de gestão hospitalar que melhora a segurança sanitária dos serviços de assistência, o cuidado da saúde da população e respeita o uso dos recursos públicos.

Essa discussão serve de base para uma proposta de responsabilização dos entes federados acerca dessa efetividade do Direito à Saúde da pessoa idosa. Pretende-se assim contribuir para uma reflexão sobre a invisibilidade da pessoa idosa como cidadão de direito a partir da demonstração de um caso em que as ferramentas da Legística Material se mostraram muito eficientes na transformação positiva da realidade.

PALAVRAS-CHAVE: Legística; Legística Material; Direito à Saúde; Direitos do Idoso; Vigilância Sanitária.

ABSTRACT

This study aims to describe and analyze the impact of health legislation at a hospital for chronic care for the elderly, with regard to the material effects of the rules, by means of a retrospective legislative evaluation under the auspices of Legistics.

Population aging challenges society to prepare to deal with a diverse and growing contingent of elderly. All public policies need to be resized to this new reality, considering the social representations of old age as hermeneutic key to understanding the state action.

At this scenario, it analyzes the application of health rules under a geriatric hospital in Belo Horizonte. Recognizing further that there is need of robust tools to ensure the effectiveness of the standard, the research presents the cycle of Public Policy and the relevance of the innovative proposition: the Portal Public Policy of the Legislative Assembly of Minas Gerais. In addition, the issue of social protection for the elderly is brought to the surface and more specifically the Health.

The items that comprise the evaluation of health services, including hospital management tools and control health risk are also explored. It emphasizes the importance of health surveillance and hospital accreditation to achieve greater health security for citizens.

It is shown that the application of standards and quality management constitute a robust technology of hospital management that improves the health safety of care services, care of the health of the population and respects the use of public resources.

This discussion serves as a basis for an accountability proposal of federal entities about that effectiveness of the right to health of the elderly. The aim is to contribute to a reflection on the invisibility of the elderly as a citizen right from the statement of a case in which the Legistics Material tools have proven very effective in the positive transformation of reality.

KEYWORDS: Legistics; Material Legistics; Right to Health; Rights of the Elderly; Health Surveillance

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

AHMG - Associação dos Hospitais de Minas Gerais

ALMG – Assembleia Legislativa de Minas Gerais

CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Cersam - Centros de Referência em Saúde Mental

CF/88 - Constituição Federal de 1988

CFM - Conselho Federal de Medicina

CID 10 – Classificação Internacional das Doenças

CME – Central de Esterilização

CNDI - Conselho Nacional de Diretos dos Idosos

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CPD – Centro de Processamento de Dados

DATASUS - banco de dados do Sistema Único de Saúde

DI – Densidade de infecção

DRU - Desvinculação das Receitas da União

EC - Emenda Constitucional

FMI - Fundo Monetário Internacional

GECAV – Gerência de Controle e Avaliação

HPT - Hospital Paulo de Tarso

ICPS - índice de conformidade com o padrão sanitário

IVS - Índice de Vulnerabilidade em Saúde

LC – Lei Complementar

LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social

MPF – Ministério Público Federal

NOB - Norma Operacional Básica

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONA – Organização Nacional de Acreditação OPSS – Organização

Prestadora de Serviço de Saúde

PDCA – *Plan, Do, Check, Action*

PIB – Produto Interno Bruto

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PNAS - Política Nacional de Assistência Social

PNI - Política Nacional do Idoso

PNSI - Política Nacional de Saúde do Idoso

PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PR – Procuradoria da República

Pro-Hosp - Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG

QT – Qualidade Total

RCL – Receita Corrente Líquida

RH – Recursos Humanos

SES - Secretaria de Estado de Saúde

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SIM – Sistema de Informações de Mortalidade

SISVISABH – Sistema de Informação da Vigilância Sanitária de Belo Horizonte

SMSA - Secretaria Municipal de Saúde

SND – Serviço de Nutrição e Dietética

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

TLAIH - Taxa de Letalidade associada à infecção hospitalar

TDIH - taxa de densidade de infecção hospitalar

Tx - Taxa

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UNIMED – Cooperativa de Trabalho Médico

UPA – Unidade de Pronto-atendimento

URS - Unidades de Referência Secundária

VISA-BH – Vigilância Sanitária de Belo Horizonte

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Distribuição relativa da população por sexo e idade, 1980 e 2013, Brasil, 2014	28
Figura 2 Evolução anual da participação na destinação de recursos da Saúde (1980-2008)	45
Figura 3 - Distribuição dos Distritos Sanitários de Belo Horizonte	53
Figura 4 - Mapa do Distrito Sanitário da Pampulha	59
Figura 5- Organograma Organizacional do Hospital Paulo de Tarso	64
Figura 6 - Cópia da consulta ao DATASUS sobre a evolução de gastos, Hospital Paulo de Tarso (2004-2006)	80
Figura 7 - Demonstrativo da Análise Financeira do Exercício Financeiro de 2006, Belo Horizonte.	85
Figura 8 – Distribuição percentual das Fontes de Recursos e de Aplicação dos Recursos Financeiros da Secretaria da Saúde de Belo Horizonte, 2006.	86
Figura 9 – Momentos da Legística segundo Soares (2007).	92
Figura 10 – Momentos da Legística, segundo Delley (2004).	93
Figura 11 – A relação entre a Lei e a Política Pública.	94
Figura 12 - Ciclo de Políticas Públicas - Portal da ALMG (2015).	104
Figura 13- Árvore de Políticas Públicas.	110
Figura 14 - Dimensão da estrutura, do processo e do resultado, segundo Donabedian (2005).	125
Figura 15 – Mapa administrativo de Belo Horizonte com a divisão das nove distritos municipais (2015)	141
Figura 16 – Ciclo de melhoria contínua (PDCA- VISA-BH)	145
Figura 17 – Fiscal utilizando o roteiro de fiscalização que alimenta o SISVISA.	149
Figura 18 - Gradação de risco nos itens vistoriados pela VISA/BH.	151
Figura 19 – Processo de aprimoramento contínuo (PDCA)	153
Figura 20 – Evolução da VISA-BH	154
Figura 21 – Integração entre o Sistema de Informação e os capítulos do Código de Saúde	156

Gráfico 1 - Gasto Federal com Saúde como proporção do PIB (referência 2000).	42
Gráfico 2 - Mortalidade proporcional segundo a faixa etária, Belo Horizonte 2007.	51
Gráfico 3 - Distribuição das Internações em Belo Horizonte, segundo a especialidade (2006).	54
Gráfico 4 - Média de permanência, segundo a especialidade, Belo Horizonte (2006).	54
Gráfico 5 - Número de Internações, Valor Total, Valor Médio, Média de Permanência, Número de Óbitos e Taxa de Mortalidade por Especialidade, Belo Horizonte, 2006.	58
Gráfico 6- Mortalidade hospitalar segundo a especialidade, Belo Horizonte, 2006.	58
Gráfico 7 - Distribuição Percentual dos tipos de Receita Operacional do Hospital Paulo de Tarso (2008).	62
Gráfico8- Taxa de Óbitos por infecção Hospitalar – out/98 a março/2004 (antes da intervenção da VISA).	67
Gráfico 9 - Evolução das taxas de densidade de infecção e de média mensal de infecção, Hospital Paulo de Tarso 2004-2014	68
Gráfico 10 - Gastos em reais com antibióticos, Hospital Paulo de Tarso, Janeiro 2003 a Dezembro 2004	70
Gráfico 11 - Número absoluto de óbitos - Janeiro de 2004 a Dezembro de 2005, Hospital Paulo de Tarso	71
Gráfico 12 - Densidade de Incidência de Escaras – DECU, Hospital Paulo de Tarso, janeiro 2004 a dezembro 2005.	72
Gráfico 13 - Distribuição dos óbitos segundo a localização da Infecção hospitalar, Hospital Paulo de Tarso, 2005.	72
Gráfico 14 - Taxa de infecção hospitalar, Hospital Paulo de Tarso (janeiro 2005 a dezembro 2006).	73
Gráfico 15 - Taxa de Mortalidade/100 saídas, Hospital Paulo de Tarso, Janeiro 2006 a Dezembro 2008.	73
Gráfico 16 – Taxa Global de Infecção Hospitalar, Hospital Paulo de Tarso, Janeiro 2005 a Dezembro 2006.	74
Gráfico 17- Taxa de Mortalidade relacionada a Infecção Hospitalar, Hospital Paulo de Tarso, janeiro 2005 a dezembro 2006.	74

Gráfico18- Percentual de Óbitos segundo a topografia da infecção hospitalar, Hospital Paulo de Tarso, janeiro 2005 a dezembro 2006.	75
Gráfico 19 Taxa de Óbitos/100 pacientes Cuidados Prolongados, Hospital Paulo de Tarso, janeiro 2005 a dezembro 2006.	75
Gráfico 20 Taxa de Óbitos/100 pacientes em reabilitação, Hospital Paulo de Tarso, janeiro 2005 a dezembro 2006.	76
Gráfico 21- Taxa de Óbitos/100 pacientes em Clínica Médica, Hospital Paulo de Tarso, janeiro 2005 a dezembro 2006.	76
Gráfico 22 - Densidade de Incidência de Úlcera de Pressão (DECU), Hospital Paulo de Tarso, Janeiro 2006 a Dezembro 2007.	77
Gráfico 23 - Taxa de Incidência de Úlcera de Pressão, Hospital Paulo de Tarso (2004-2007).	77
Gráfico 24 - Evolução anos dos gastos, Hospital Paulo de Tarso (2004-2006).	80
Gráfico 25 – Evolução dos gastos, permanência (dias) e óbitos, Hospital Paulo de Tarso (2003-2006).	82
Gráfico 26 - Relação custo por tipo de tratamento, Hospital Paulo de Tarso (2004-2006).	82
Gráfico 27 - Comparativo percentual entre pacientes internados para reabilitação e para cuidados prolongados, Hospital Paulo de Tarso (2004-2006).	83
Gráfico 28 - Comparativo percentual dos custos entre pacientes de reabilitação e de cuidados prolongados, Hospital Paulo de Tarso (2004-2006).	83
Gráfico 29 - Projeção da economia acumulada, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (2007-2015)	88

Quadro 1 - Serviços Profissionais do Hospital Paulo de Tarso.	61
Quadro 2- Serviços de Profissionais Terceirizados – Hospital Paulo de Tarso.	62
Quadro 3- Alguns conceitos-chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente segundo a Organização Mundial da Saúde (2009).	128
Quadro 4 - Conceitos de Cultura de segurança do paciente na Portaria MS/GM n 529/2013.	128
Quadro 5 - Estimativa da dimensão de erros e eventos adversos em hospitais brasileiros.	131
Tabela 1 - Mortalidade Proporcional (%) por Faixa Etária Segundo Grupo de Causas – CID10 – 2005.	52
Tabela 2 - Distribuição dos hospitais da rede SUS-Belo Horizonte, segundo natureza, 2015.	54
Tabela 3 - Distribuição das Internações segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e a faixa etária (2006).	55
Tabela 4 - Informações sobre Assistência Hospitalar e remuneração do SUS, Belo Horizonte (2006).	56
Tabela 5 - Distribuição da capacidade de internação por tipo de leitos, Hospital Paulo de Tarso, Belo Horizonte.	60
Tabela 6 - Fontes de Despesas do Hospital Paulo de Tarso (2007).	63
Tabela 7 - Resumo Financeiro - Hospital Paulo de Tarso (2007).	63
Tabela 8 - Evolução da densidade de infecção hospitalar, Hospital Paulo de Tarso, 2004-2014.	68
Tabela 9 - Evolução dos gastos, da permanência e dos óbitos, Hospital Paulo de Tarso (2003-2006).	81
Tabela 10 - Projeção da economia financeira de assistência à saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, acumulada em caso de aplicação da metodologia da Vigilância Sanitária para o período 2007-2015.	87
Tabela 11 – PROGRAMA 1 – Gestão dos complexos hospitalares da FHEMIG (2014)	112

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	17
2. OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo geral	19
2.2 Objetivos específicos	19
3. PROBLEMA HIPÓTESE	20
4. METODOLOGIA	21
5. INTRODUÇÃO	23
5.1 O envelhecimento populacional	28
5.2 A visão estereotipada e negativa da velhice	31
5.2.1 Os mitos sobre a velhice no contexto brasileiro	35
5.3 As representações sociais da velhice como hermenêutica para entender a atuação do Estado brasileiro na (des)proteção social à velhice	37
5.4 A questão do financiamento da Saúde	41
6. HOSPITAL PAULO DE TARSO – GERIATRIA E REABILITAÇÃO	50
6.1 O hospital e sua inserção no SUS	50
6.2 A aplicação das normas de Vigilância Sanitária a serviço do cidadão	65
6.3 Os impactos financeiros da aplicação da norma	78
6.4 Análise da aplicação da Lei em um Hospital geriátrico filantrópico, a partir da utilização da Metodologia da Legística	90
7. O CICLO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA E SEU PAPEL NA EFETIVIDADE DE DIREITOS	95
7.1 O processo legislativo e as Políticas Públicas – o Portal de Políticas Públicas da Assembleia Legislativa de Minas Gerais	100
8. A QUESTÃO DA PROTEÇÃO SOCIAL DA PESSOA IDOSA	115
8.1 A questão da Saúde na Velhice	118
9. A AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	121
9.1 Algumas considerações sobre gestão hospitalar e controle do risco sanitário	123
9.2 O Gerenciamento de Riscos em Organizações Prestadoras de Serviço em Saúde (OPSS)	123
9.3 A segurança do paciente	125
9.4 A Vigilância Sanitária	135
9.4.1 A Vigilância Sanitária de Belo Horizonte	140
9.5 O papel da acreditação e certificação na segurança assistencial	159
10. RESPONSABILIDADES DOS ENTES FEDERADOS: UMA PROPOSTA	163
11. CONCLUSÃO	170
12. CONSIDERAÇÕES FINAIS	172
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	175
ANEXO	183

1. APRESENTAÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e constitui uma das maiores conquistas da humanidade, porquanto se constitui em um dos maiores desafios para a Saúde Pública contemporânea. Nessa velhice que é múltipla, a população idosa é heterogênea, em que pessoas idosas ativas coexistem com outros modos de experimentar a velhice despidos dessas atribuições e condições com pouca visibilidade; sobretudo, àquelas em que estão marcadas pela dependência, doença e não atividade (Destro de Oliveira, 2015).

Contudo, na mídia e nos discursos dos governantes, a velhice aparece quase sempre atrelada ao rombo da previdência ou para mostrar idosos vítimas do abandono em asilos, da violência doméstica. Para a Prof.^a Maria Cecília Minayo (2011), estudiosa da violência no ciclo da vida, a ideia de que os velhos constituem um problema social vem sendo construída pelo Estado brasileiro – com suas políticas, diretrizes e formulações. De um lado, o Estado formula e publica leis que asseguram direitos sociais aos idosos, especificando as condições necessárias para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. De outro lado, nas palavras dela “o próprio Estado promove um imaginário que aterroriza os idosos, pois os coloca como responsáveis pelos desequilíbrios da Previdência, das políticas sociais e de saúde”.

Por trás deste terrorismo econômico e midiático contra o envelhecimento com fragilidade, esconde-se a grande omissão do Estado brasileiro: ações relativas ao envelhecimento sequer aparecem em rubricas específicas dos orçamentos federal, estadual, municipal do Poder Executivo, que o Legislativo avaliza, o Judiciário não questiona e os Conselhos acatam.

Em 1996, a morte de elevado número de idosos internados na Clínica Santa Genoveva, Rio de Janeiro, foi amplamente denunciada pela imprensa. Entre janeiro e junho de 1996, 156 idosos morreram na referida Clínica, sendo a maior mortalidade observada em maio: 143/1.000 internações. Isto resultou no fechamento da clínica pelo Ministério da Saúde, com subsequente descredenciamento da clínica pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e prisão preventiva de seis membros da sua direção (Folha de São Paulo, 1996). Que falhas ocorreram para explicar tamanha catástrofe? O que poderia ter evitado essas mortes silenciosas? De quem é a responsabilidade? Situações semelhantes ainda estariam acontecendo em nosso país?

Essas questões nos interpelam. Para tentar encontrar respostas, o presente volume está organizado em capítulos que tratam dos objetivos, da metodologia escolhida e de

questões que ancoram o delineamento do problema – a efetividade do Direito à Saúde do idoso – a partir da análise da atuação da Vigilância Sanitária em um hospital geriátrico e da utilização de ferramentas da Logística Material.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Descrever e analisar o impacto da legislação sanitária em um hospital de cuidados crônicos para idosos, no que se refere aos efeitos materiais das normas em relação às condições de segurança sanitária, por via de uma avaliação legislativa retrospectiva, sob a égide da Legística.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever a evolução da municipalização e organização da Vigilância Sanitária em relação aos hospitais;

- Aferir o índice de conformidade com o padrão sanitário do hospital geriátrico selecionado antes e após o uso de metodologia de trabalho fundamentada em QT – Qualidade Total com os requisitos legais aplicados pela Vigilância Sanitária;

- Verificar em que medida os preceitos legais da Legística foram observados ou não neste Estudo de Caso.

3. PROBLEMA HIPÓTESE

Seria possível intervir na realidade a partir da aplicação da lei, no contexto de um hospital geriátrico, valendo-se de uma tecnologia robusta de gestão hospitalar, da atuação preventiva dos órgãos de controle como a Vigilância Sanitária, bem como da ciência da Logística presente em todo o ciclo de efetivação das políticas públicas? A integração dessas ferramentas no âmbito de um hospital geriátrico poderia promover resultados efetivamente favoráveis para o cidadão e para o sistema público de saúde?

4. METODOLOGIA

Surpreendentemente, no Brasil, com exceção da Faculdade de Direito da UFMG, o processo de elaboração e os impactos da aplicação das leis ainda não são de conhecimento público e sequer são ministrados nas faculdades de Direito.

Entendendo que essa lacuna curricular tem reflexos na aplicação e na efetividade das normas, e à luz dessas considerações legais e das prerrogativas ditadas pela doutrina Legística, também é necessário conhecer os instrumentos que favorecem a efetividade da lei que influirá no objeto do presente estudo: a segurança sanitária de um hospital geriátrico.

Dentre os diversos modelos conceituais que possibilitam o estudo sobre a efetividade das políticas públicas, destaca-se o modelo de processo que designa a política pública como um ciclo fundamentado em três fases político-administrativas: formulação, implementação e avaliação (FREY, 2000).

Considerando que não participamos da formulação das leis que pretendemos investigar, focamos na sua implementação e na avaliação desse processo.

Assim, ancorado em teóricos da Legística, nos estudos sobre Políticas Públicas e na literatura sobre gestão hospitalar, o presente trabalho consistiu em:

- selecionar o estabelecimento a ser investigado;
- definir e analisar os indicadores que refletem a segurança sanitária de um hospital com base no índice de conformidade com o padrão sanitário (ICPS) a partir da análise do banco de dados do Sistema de Informação da Vigilância Sanitária de Belo Horizonte (SISVISA-BH);
- buscar informações junto à instituição hospitalar;
- investigar outras explicações para a atuação do Estado brasileiro junto à população idosa.

O hospital geriátrico escolhido passou a ser fiscalizado pela Vigilância Sanitária de Belo Horizonte, desde a municipalização desse serviço em 1996. A partir de 2004, a Vigilância Sanitária de Belo Horizonte passa por uma remodelação gerencial, introduzindo novas ferramentas para a garantia da segurança sanitária dos municípios.

O presente estudo interessa-se por verificar se houve alguma mudança na realidade sanitária do estabelecimento investigando os impactos dessa nova metodologia, antes e após a conformação do referido hospital às normas sanitárias.

Esta análise de impacto das normas acontece sob a égide da Legística Material, na linha de investigação da Metodica proposta por Delley, e sob a égide da Lei da Informação

(Lei Federal nº 12.527/2011), utilizando as informações de interesse público disponíveis no banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Serão analisados os resultados medidos (Monitoramento/produção de estatísticas por indicadores, a saber: taxa de infecção hospitalar; taxa de óbitos; taxa de permanência no leito; utilização racional dos recursos financeiros), no hospital geriátrico escolhido.

Pretende-se com este trabalho contribuir para o aprimoramento das Políticas Públicas e para o melhor entendimento da situação sanitária no país, bem como debater as responsabilidades do Estado face ao acelerado envelhecimento populacional brasileiro.

5. INTRODUÇÃO

Durante muito tempo, apenas a orientação da tecnocracia vinha sendo utilizada na elaboração das leis. Porém, o olhar tecnocrata funciona como uma projeção da racionalidade instrumental na gestão pública. Sua orientação, usualmente, concentra-se no cálculo de meios e fins em detrimento do conteúdo intersubjetivo inerente a qualquer relação social (TENÓRIO, 2006). Ao superestimar os aspectos racionais e procedimentais das políticas públicas, o saber técnico ignora a essência da política, isto é, o embate em torno de ideias e interesses.

Além disso, quando o saber dos atores locais - que serão os beneficiários das políticas públicas, bem como as suas experiências, estilos de vida, percepções e valores -, não são considerados, negligencia-se o contexto no qual esta política pública será criada e aplicada.

Assim, a elaboração e a análise de políticas públicas fundamentadas apenas no viés técnico, quantitativo e unilateral, resta limitada, pois ignora que os avanços qualitativos dependem da mediação das relações e dos saberes das diversas instituições do Estado com a sociedade civil em prol de uma gestão de políticas públicas em conjunto.

Dessa forma, torna-se fundamental superar essa dicotomia entre os saberes – tecnocracia X afetados pela lei - para que haja uma gestão social de políticas públicas, com o deslocamento das ações dos escritórios das instituições públicas para as bases da sociedade (Souza, 2006).

É sob esse prisma que o presente estudo analisa o direito à Saúde, tomando como ponto de partida a experiência da aplicação das normas em um hospital geriátrico.

No caso da clínica Santa Genoveva, o estudo de Guerra *et al* (2000) demonstrou que, segundo a análise da série histórica do número e das taxas mensais brutas de mortalidade comparados com aquelas de 15 hospitais definidos como referência, o risco de morrer naquela clínica foi superior ao dos hospitais de referência em 28 dos 41 meses considerados. Os maiores riscos relativos foram observados em janeiro de 1993 (mais que o dobro de chances) e maio de 1996 (uma chance 2,7 vezes maior para uma pessoa internada na clínica do que em outro hospital). Esses resultados apontam que a alta mortalidade na clínica já vinha ocorrendo desde 1993.

Nota-se que a utilização adequada do sistema de informações sobre internações do SUS poderia ter antecipado e evitado o excesso de mortalidade, o qual só foi identificado em meados de 1996 após denúncia na mídia. Estes fatos levam à reflexão a respeito da

necessidade de o SUS monitorar a qualidade da assistência hospitalar dos serviços por ele contratados.

Na verdade, já existem instrumentos de monitoramento da mortalidade em nível macro (sistema de informações sobre a mortalidade e a internação hospitalar do próprio SUS), mas que não redundam em alteração da situação-problema que gerou essa alta mortalidade de idosos. O monitoramento também poderia acontecer no próprio ambiente hospitalar, com a utilização dos dados da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e ou a atuação da Vigilância Sanitária, em caráter preventivo.

Na mesma linha de pensamento, outra instituição que poderia atuar como indutor de políticas públicas e defensor dos direitos das pessoas idosas seria o Ministério Público.

Porém, pesquisa recente da promotora pública, Dra. Iadya Gama Maio, que atua na defesa dos direitos dos idosos, buscou conhecer como o Ministério Público dos 27 Estados e do Distrito Federal tem atuado na temática das políticas públicas voltadas à população idosa. Os Coordenadores de Centros de Apoio indicaram que 1.079 promotores de justiça atuam na área do idoso e que existem em torno de 74 promotorias especializadas na defesa dos direitos dos idosos. A promotora Maio solicitou aos Coordenadores dos Centros de Apoio, especificamente, que respondessem como se dava a atuação na área cível de seu Ministério Público (ou do Distrito Federal) e que ordenassem em uma escala de 1 a 9, por ordem decrescente de prioridade da sua atuação, nas áreas de direitos: da pessoa idosa, infância e juventude, saúde, consumidor, educação, pessoa com deficiência, habitação, improbidade administrativa e meio ambiente. Dentre os três assuntos considerados de alta prioridade, para a maioria dos Ministérios Públicos, estavam: 1) improbidade administrativa; 2) infância e juventude; e 3) educação. Os assuntos com média prioridade são: 1) saúde; 2) meio ambiente; e 3) consumidor. Nos três últimos lugares (baixa prioridade) ficam: 1) habitação; 2) pessoa com deficiência; e 3) pessoa idosa.

Portanto, pelas respostas obtidas, a percepção é que a área de direitos da pessoa idosa é a última na escala de prioridade para o Ministério Público, contrariando o que reza o artigo 3º do Estatuto do Idoso. Por que isso ocorre? Porque se trata de pessoas idosas?

Segundo a promotora Maio, no discurso dos promotores que responderam à sua entrevista, ficou em evidência que o motivo alegado da dificuldade para implementação de equipamentos de cuidados que poderiam inclusive evitar internações e institucionalizações de idosos seriam os entraves criados pelo próprio Poder Público, incluindo: a falta de prioridade ou de vontade política; a escassez de recursos financeiros; os problemas com recursos humanos; entre outros. Porém, o problema não reside “na falta de uma política

legal de cuidados” formalmente estabelecida, posto que legislações como a das Políticas Públicas, da dignidade da pessoa humana constitucional, do direito à saúde, asseguram o direito ao cuidado. Mas elas não estão sendo materializadas a contento no país. Por que isso ocorre? Porque se trata de pessoas idosas?

O problema não é a falta de leis, mas a sua pouca efetivação no mundo real. Não há transformação do que a lei apregoa em norma social vivenciada. Conforme Dieter Grimm, a questão é que:

“a efetividade dos direitos fundamentais, em geral (e não apenas dos direitos sociais), não se alcança com a mera vigência ou validade da norma e, portanto, não se resolve exclusivamente no âmbito do sistema jurídico, transformando-se em problema de uma verdadeira política dos direitos fundamentais” (apud SARLET, 1998, p. 321).

Para KELSEN (1998, p. 6), os fatos jurídicos resultantes de uma manifestação de vontade denominam-se atos jurídicos e a norma é um “ato através do qual uma conduta é prescrita, permitida ou, especialmente, facultada, no sentido de adjudicada à competência de alguém”.

Assim, outras questões subjazem as decisões tanto da sociedade, dos gestores de hospitais e das políticas públicas, quanto dos Membros do Ministério Público, que influenciam a eleição de prioridades no que diz respeito ao desenvolvimento de políticas sociais e, conseqüentemente, à alocação de recursos orçamentários para a sua implementação.

Ao aludir à frase “*o governo só pode trabalhar para quem existe ou para quem resiste*”, Maio (2015) reconhece que ela sintetiza bem a questão: o tema da invisibilidade da categoria “idoso” ou da representação social da velhice, inclusive para o Ministério Público.

Segundo Minayo (2011), os sinais que marcam o envelhecimento são apropriados e elaborados simbolicamente por todas as sociedades e pelos próprios sujeitos, em rituais que definem, nas fronteiras etárias, um sentido político organizador do sistema social. De fato, em torno da velhice, existe uma multiplicidade de discursos e ainda que a velhice não seja silenciada, surgem eufemismos para nomeá-la: terceira idade, melhor idade, idoso, pessoa idosa. A palavra “velho” é quase proscrita, compreendida como uma ofensa.

Essa situação revela uma sociedade fundada em valores de consumo e individualistas que tende a segregar, desprezar e encarar o idoso como alguém sem valor, afastado da produção e limitado em sua capacidade de consumo (Maio, 2015).

Além disso, a epidemia recente de dengue em todo o Brasil mostra o descaso com situações amplamente conhecidas da Saúde Pública: trata-se de uma doença sazonal, que pode ser prevenida pelo combate ao vetor desde que haja limpeza urbana, saneamento, educação sanitária e investimento público no combate ao vetor. Infelizmente, dados do site “Contas Abertas” denunciam que o SUS não usou 50% da verba prevista nesta ação de combate:

“O Brasil está registrando, este ano, 220 casos de dengue por hora. Só nos três primeiros meses do ano, o total de casos soma quase meio milhão. A epidemia pode ser resposta ao baixo desempenho da iniciativa de combate a doença por parte do governo federal. Apenas R\$ 5 milhões foram pagos em 2014 no plano orçamentário “Coordenação Nacional da Vigilância, Prevenção e Controle da Dengue”. O montante representa menos da metade dos R\$ 10,1 milhões autorizados para a iniciativa no ano passado. A previsão orçamentária do plano ainda diminuiu durante o ano passado. A dotação inicial previa R\$ 4,2 milhões a mais para essas iniciativas, isto é, montante final de R\$ 14,3 milhões. Além da retração no orçamento e da baixa execução da verba, a quantia reservada em orçamento também não é satisfatória. Apenas 8,1% foram empenhados para o plano orçamentário da dengue.” (5 de maio de 2015)²

Isso talvez explique a epidemia no país. Apenas no Estado de São Paulo³ até o dia de 05 de maio de 2015 foram registrados 169 óbitos. Mas, o que chama a atenção é que destes 130 são de pessoas idosas, ou seja, 9 em cada 10 mortos. Este fato, mais uma vez demonstra a incapacidade do Estado de tratar da saúde da pessoa idosa de forma diferenciada, considerando a sua vulnerabilidade específica.

Portanto, é preciso que a lei e sua materialização em políticas públicas de proteção social, inclusive a Saúde, considerem o envelhecimento populacional em outra perspectiva mais realista e solidária, fato absolutamente indispensável em um país tão desigual como o Brasil. Isso passa por considerar a legislação à luz de ferramentas da Legística que impulsionem o próprio Estado a ser mais eficiente, para atuar como o indutor dessas transformações por meio da legislação e da regulamentação existentes.

² <http://www.contasabertas.com.br/website/arquivos/11057>, consultado em 5 de maio de 2015.

³ <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/05/1624791-idosos-sao-9-em-cada-10-mortos-por-dengue-no-pais.shtml>

Este tema, a atenção em saúde em hospitais geriátricos, revela-se um tema de interesse para a pesquisa no Direito, especialmente, como forma de contribuir para a elaboração e execução de políticas públicas (Camarano, 2010).

Assim, as perguntas que norteiam esta pesquisa são:

- Como acontece o envelhecimento populacional brasileiro?
- Em uma sociedade que nega o envelhecimento e não percebe que exclui o idoso, considerando o papel do Direito para construir o que será, o devir, como criar os elementos para proteger a vida das pessoas idosas, especialmente as mais frágeis?
- Como enxergar o problema das políticas públicas como uma construção coletiva resultado do diálogo entre o Estado e a sociedade?
- Como mitigar os aspectos negativos do envelhecimento valendo-se de recursos que a Legística oferece antes e após a aplicação da lei que resultam na efetivação das políticas públicas?

5.1 O envelhecimento populacional

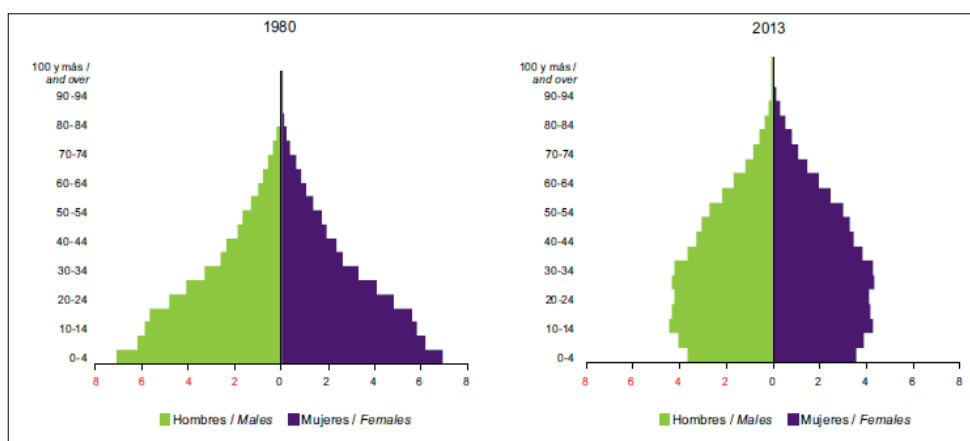
No cenário mundial, segundo dados fornecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU, 2012), em todo o mundo, existem aproximadamente 868 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. A tendência é que essa população ultrapasse 2 bilhões em 2050, quando, pela primeira vez na história, será maior que a dos mais jovens (menores de 14 anos).

O envelhecimento da população é reflexo do aumento da expectativa e da qualidade de vida; da adoção, no campo da saúde, de técnicas de saneamento básico; da baixa fecundidade; da redução da taxa de natalidade e do desenvolvimento da tecnologia médica (CAMARANO, 2010; CEPAL, 2014a).

No Brasil, como lembra a pesquisadora Maria Cecília Minayo (2011), em menos de um século, a esperança de vida mais que dobrou. No início do século XX não passava dos 33,5 anos, chegando aos 50, apenas na metade desse século e atingindo 74,9 anos em 2013, sendo ainda maior - 78,6 anos - entre as mulheres, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dados da PNAD 2013 apontam que a participação relativa dos idosos de 60 anos ou mais de idade foi de 13,0% da população total, sendo maior na Região Sul (14,5%) e menos expressiva na Região Norte (8,8%).

A distribuição relativa da população brasileira por sexo e idade em idade está apresentada na Figura 1.

Figura 12 - Distribuição relativa da população por sexo e idade, 1980 e 2013, Brasil, 2014



Fonte: CEPAL, 2014.

Além disso, o processo de envelhecimento da população brasileira acontece em ritmo bastante diferente daquele ocorrido em países da Europa, onde esse processo foi

gradativo, observa-se no Brasil um crescimento exponencial e acelerado da população idosa (Camarano, 2010): de 7,6% em 1996 para 10,8% em 2010, e em 2025 espera-se que ela atinja 14% da população total, ou seja, 32 milhões de pessoas, tornando o Brasil o sexto país com maior população de idosos no mundo (PNAD, 2011). Além disso, nota-se um aumento proporcional dos indivíduos “mais idosos”, ou seja, acima de 80 anos, intensificando o envelhecimento entre os idosos e a heterogeneidade desse segmento populacional. A elevação da expectativa de vida é também impressionante no próprio grupo dos idosos, pois entre 1997-2007, enquanto a população brasileira entre 60-69 anos apresentou crescimento relativo de 21,6%, o grupo de 80 anos ou mais aumentou 47,8%, chegando a 65% em alguns lugares, (IBGE, 2010).

Para Minayo (2011), ainda mais importante que o aumento quantitativo, é importante lembrar que os atuais velhos brasileiros compõem uma coorte da população na qual a maior parcela tem total ou parcial autonomia, capacidade de contribuir para o desenvolvimento econômico, social e cultural, desempenha papéis importantes na família e conta com rendimentos próprios. Do ponto de vista sociodemográfico, segundo dados da PNAD 2013, as características mais marcantes para a população idosa foram:

- a composição majoritária de mulheres (55,5%), sendo menor na Região Norte (50,5%) e maior no Sudeste (56,7%);
- a maioria se declarou como branca (53,4%), com indicador atingindo 79,5% dos idosos na Região Sul e somente 24,4% na Norte;
- a escolaridade média foi de 4,7 anos de estudo, variando de 3,3 anos no Nordeste a 5,5 anos na Sudeste; quase um terço (28,4%) tinha menos de um ano de estudo e no Nordeste quase a metade dos idosos (46,9%);
- 76,1% recebiam algum benefício da previdência social, mas a proporção diferiu entre os sexos: 75,3% dos homens e 59,8% das mulheres eram aposentados; e
- quase a metade (48,4%) tinha rendimento de todas as fontes superior a um salário mínimo (55,4% estavam nesta condição na Região Sul), mas 41,6% dos idosos residiam em domicílios com rendimento mensal per capita igual ou inferior a um salário mínimo, sendo os valores significativamente mais altos no Norte (59,6%) e Nordeste (61,2%) (IBGE, 2014).

Outra dimensão importante ao tratar da população idosa refere-se ao tipo de arranjo domiciliar no qual a pessoa idosa está inserida e como se dá a convivência familiar. Em 2013, o arranjo familiar mais comum para os idosos (30,6%) foi aquele composto por idosos morando com filhos, todos com 25 anos ou mais de idade, na presença ou não de

outros parentes ou agregados, sendo ainda mais frequente entre idosas (33,3%) do que entre idosos (27,3%). Outro arranjo comum foi o formado por casais sem filhos (26,5%), e foi o mais comum (33,4%) para os homens esse arranjo do que para as mulheres (21,0%). A proporção de idosos que viviam sozinhos, ou seja, sem filhos, cônjuge, outros parentes ou agregados, foi de 15,1%, e entre as mulheres este indicador atingiu o valor de 17,8%. Desta forma, 84,9% dos idosos estavam em arranjos em que havia presença de outra pessoa com quem estabelecesse alguma relação familiar, seja cônjuge, filho, outro parente ou agregado (IBGE, 2014).

Um terço dos arranjos familiares, residentes em domicílios particulares tinha ao menos uma pessoa de 60 anos ou mais de idade e para os arranjos familiares com idosos o rendimento mensal familiar per capita médio foi 25,0% superior ao rendimento dos arranjos familiares sem idosos e 16,6% superior ao rendimento do total de arranjos familiares (IBGE, 2014).

Porém, no grupo de pessoas de 60 anos ou mais de idade, 23,9% não recebiam aposentadoria ou pensão, enquanto 7,8% acumulavam aposentadoria e pensão. A proporção de pessoas idosas que acumulavam aposentadoria e pensão foi diferenciada por sexo, sendo que 2,6% dos homens e 11,9% das mulheres estavam nesta condição.

A alta proporção de idosos que não recebia aposentadoria ou pensão (23,9%) possivelmente está relacionada à inserção no mercado de trabalho, dado que a taxa de ocupação foi de 27,4% nesta faixa de idade, mas para aqueles que não eram aposentados ou pensionistas a taxa de ocupação foi de 45,1%. Merece destacar também que 15,6% dos idosos de 60 anos ou mais de idade eram aposentados e estavam ocupados na semana de referência, sendo que o indicador foi de 23,2% para os homens e 9,5% entre as mulheres deste grupo etário (IBGE, 2014).

Entre idosos, o tempo médio semanal dedicado ao trabalho foi de 34,7 horas, valor abaixo do tempo médio para a população total ocupada. A principal fonte do rendimento dos idosos, na semana de referência, foi de aposentadoria ou pensão (67,6%), mas o trabalho contribuiu com 28,3% da composição do rendimento nesta faixa etária.

Assim, o Brasil também está diante de uma revolução da longevidade, entendendo revolução como tudo aquilo que acontece de súbito e tem impacto na sociedade, como é o caso do envelhecimento populacional (KALACHE, 2014). Porém, conforme registrado no Relatório de Gestão (2010-2012) do Conselho Nacional de Diretos dos Idosos (CNDI), observa-se um grande hiato entre essa constatação histórica, demográfica e social e seus reflexos em termos de organização do Estado brasileiro para tratar dessa nova realidade:

“Apesar de alertado nos últimos 40 anos por organismos internacionais e nacionais sobre o acelerado e intenso processo de envelhecimento populacional em curso no país, o Estado brasileiro ainda se encontra em um processo incipiente e descoordenado de incorporação de suas responsabilidades na formulação de políticas voltadas para este público.”⁴

Quanto à saúde, estima-se que 85% dos idosos brasileiros sejam ativos e produtivos, mesmo quando vivenciam algum problema de saúde como apontado pela PNAD 2008 (IBGE, 2010a): metade das pessoas acima de 60 anos apresentavam mais de uma doença crônica (isso não significa que elas não tivessem autonomia), sendo que 32,5% não tinham cadastro na Estratégia de Saúde da Família nem plano de saúde particular.

Tomando por base este cenário, fica evidente a demanda por intervenções públicas que deem respostas à necessidade de assistência qualificada e com suporte às pessoas idosas no âmbito da Saúde Pública. Contudo, a questão do envelhecimento populacional aparece quase sempre distorcida e atrelada a uma visão apocalíptica do futuro das políticas de Seguridade Social e ainda coloca a pessoa idosa como a vilã da história. O Relatório de Gestão do CNDI (gestão 2010-2012) denuncia:

“A violência contra a pessoa idosa, tanto no espaço doméstico quanto institucional e aquela produzida pela ação ou falta de ação do próprio Estado estão de certo modo banalizadas, em um país que se recusa a envelhecer e para o qual ser velho é ser decadente, doente, sem valor. Diante disso e talvez por isso, apesar de o envelhecimento da população exigir um redimensionamento de todas as políticas do país, este processo não tem sido considerado como elemento estruturante do planejamento e, conseqüentemente tem ficado de fora do orçamento do atual governo e de seus antecessores.”

Assim, é preciso compreender o que explica tal inoperância do Estado. Seria por falta de leis que o obrigassem a intervir? Haveria outras questões subjacentes que poderiam explicar essa resistência em lidar com a velhice em nosso país?

5.2 A visão estereotipada e negativa da velhice

No âmbito do indivíduo, o envelhecer, como parte do curso da vida de cada um, é composto simultaneamente de ganhos e perdas. Assume-se que o desenvolvimento humano se dê do nascimento até a morte, ocorrendo em múltiplas direções e funções do organismo e sendo influenciado pelo contexto em que se encontra o indivíduo. Essas duas questões, a do

⁴ Relatório de Gestão Conselho Nacional dos Direitos do Idoso Gestão 2010-2012, Pg. 10.

potencial e a das limitações da velhice, representam o grande desafio para o homem contemporâneo (Minayo, 2011).

Para compreender o que representa envelhecer nos tempos atuais foram propostas teorias, apresentamos a seguir a teoria junguiana e uma análise sobre os mitos que contribuem para a discriminação contra a velhice no Brasil.

Carl G. Jung (1995) em sua obra “O Homem e Seus Símbolos” (1964), propõe que em nosso processo civilizatório progressivamente vimos separando a consciência das camadas instintivas e mais profundas da psique humana. Para maior benefício do equilíbrio mental e mesmo da saúde fisiológica, o consciente e o inconsciente devem estar completamente interligados, a fim de que possam se mover em linhas paralelas, se se separa um do outro ou se se ‘dissociam’, ocorrem distúrbios psicológicos, como as psicoses, esquizofrenia e outros transtornos mentais. Jung chama de instinto aos impulsos fisiológicos percebidos pelos sentidos, que podem também se manifestar como fantasias e se revelar, muitas vezes, apenas através de imagens simbólicas.

Os Arquétipos seriam estas manifestações simbólicas do inconsciente, que criam mitos, religiões e filosofias que influenciam e caracterizam nações e épocas inteiras. Essa dimensão semântica culmina por orientar o horizonte hermenêutico de uma dada era.

Jung inova ao conceber que o fenômeno arquetípico também pode ser estendido a uma coletividade, a uma sociedade e que essa cisão entre percepção da realidade e arquétipo seria uma das maldições do homem moderno, que pode ser observada em qualquer época e em quaisquer lugares. Dessa maneira, na concepção junguiana, muitos símbolos podem significar sempre mais do que o seu significado imediato e óbvio, têm uma natureza coletiva, isto é, são as “representações coletivas” de um fenômeno (Jung, 1995).

Quanto mais pesquisamos as origens de uma ‘imagem coletiva’, mais vamos descobrindo uma teia aparentemente interminável de esquemas arquetípicos com origens imemoriais. Porém, o homem civilizado, sem precisar recorrer a cânticos ou batuques hipnóticos, aparentemente, aprendeu a traduzir suas ideias em ação sem maiores obstáculos, mas faz do lema “querer é poder” a grande superstição do homem moderno (Jung, 1995).

Segundo o autor, para sustentar esta crença, o homem contemporâneo paga o preço de uma incrível falta de introspecção. Não consegue perceber que, apesar de toda a sua racionalização e toda a sua eficiência, continua possuído por “forças” fora do seu controle. Seus deuses e demônios absolutamente não desapareceram; têm apenas, novos

nomes. E o conservam em contato íntimo com a inquietude, com apreensões vagas, com complicações psicológicas, com uma insaciável necessidade de pílulas, álcool, fumo, alimento e, acima de tudo, com uma enorme coleção de transtornos psíquicos.

Em síntese, a teoria junguiana propõe que o homem criou um mito, um sonho arquetípico ilusório e santificado através dos tempos, de que haveria uma Idade de Ouro (ou Paraíso) na qual um grande chefe, justo e sábio, reinará dentro de um jardim de infância humano com abundância para todos. Esse mito sustenta a civilização ocidental que acalenta esperanças e expectativas no Estado da Providência, na paz universal, na igualdade do homem, nos seus eternos direitos humanos, na justiça, na verdade e no Reino de Deus sobre a Terra (Jung, 1995).

Enquanto a verdade é que a vida do homem consiste de um complexo de fatores antagônicos inexoráveis: o dia e a noite, o nascimento e a morte, a felicidade e o sofrimento, o bem e o mal. Não nos resta nem a certeza de que um dia um destes fatores vai prevalecer sobre o outro, que o bem vai se transformar em mal, ou que a alegria há de derrotar a dor. A vida é uma batalha. Sempre foi e sempre será, e se tal não acontecesse ela chegaria ao fim.

Ouvimos repetidamente a mesma história do herói de nascimento humilde, mas milagroso, provas de sua força sobre-humana precoce, sua ascensão rápida ao poder e à notoriedade, sua luta triunfante contra as forças do mal, sua falibilidade ante a tentação do orgulho e seu declínio, por motivo de traição ou por um ato de sacrifício “heroico”, onde sempre morre. Em cada fase do ciclo de vida, a história do herói toma formas particulares, que se aplicam a determinado ponto alcançado pelo indivíduo no desenvolvimento da consciência do ego e também aos problemas específicos com que se defronta a um dado momento. Isto é, a imagem do herói evolui de maneira a refletir cada estágio da evolução da personalidade humana. Como regra geral, pode-se dizer que a necessidade de símbolos heroicos surge quando o ego necessita fortificar-se (Jung, 1995). Esse mito do herói serve de pano de fundo para pensarmos os arquétipos que sustentam a representação da velhice no mundo hodierno.

Em que pesem todos os avanços tecnológicos que permitem o envelhecimento populacional - inegável conquista da humanidade -, algumas verdades permanecem negadas pelo homem moderno: a vida do homem na terra é finita, o envelhecimento é um processo natural da vida, em termos racionais, conscientes a compreensão da vida e da ideia de transcendência nos ultrapassam. Diante disso, diante das dificuldades para lidar com a perspectiva do envelhecimento, seja em âmbito individual e ou populacional, argumentamos pela existência do que chamamos os arquétipos da “**Velhice Sem Mérito**”, contraposto pelo

arquétipo compensatório da “**Eterna Juventude**” e, ambos, sem o alento do misticismo nem o sentimento de transcendência presentes no homem primitivo.

O velho, nas culturas primitivas era valorizado pelo acúmulo de experiências e aprendizados que são úteis aos mais novos. O velho constituía-se em um repositório da cultura da comunidade e porta-voz de uma sabedoria útil aos mais novos. Além disso, o velho estava mais próximo do ‘Outro Mundo’, do mundo do “Além Vida”. Este mundo invisível, inconsciente, transcendente era habitado por entidades que conversavam com o mundo dos vivos.

De modo distinto, o homem moderno ocidental valoriza a ‘razão’ em detrimento da intuição. Não tem dado atenção à influência do inconsciente na nossa maneira de reagir a pessoas e fatos, não distingue o conteúdo intencional e o conteúdo involuntário da mente. Já não existem. O seu tempo é o agora, o que percebe conscientemente, pelo uso da razão.

Assim, o *velho* já não é visto como portador de uma valorizada sabedoria, pois na lógica do tempo do agora, na sociedade de consumo impactada pela tecnologia, ser *velho* pode ser sinônimo de ser obsoleto.

Vivenciamos pela primeira vez na história do homem um momento em que a geração mais nova que domina ferramentas tecnológicas ágeis pensa “saber mais” que os mais velhos. Isso em função da rapidez com que a tecnologia avança. A única coisa que é constante é a mudança. As experiências vividas não resolvem mais as questões novas. O velho já não tem importância. O velho é sinônimo de ultrapassado, sem valor. Ninguém quer ser identificado com a velhice. Essa talvez a tradução mais próxima do arquétipo que chamaríamos de “Velhice Sem Mérito”.

Enquanto se afasta da sua relação com o inconsciente, com o que lhe parece inexplicável com o uso da razão, o homem dissocia-se das ideias que simbolicamente explicavam a vida e lhe davam um sentido pacificador. Desta maneira, como numa neurose cultural coletiva, afasta-se de verdades que, apesar de não saber explicar racionalmente, existem e com as quais tem que conviver, como a vida e a morte.

Com a perda do misticismo, do sentimento de transcendência do homem primitivo, que motivava e pacificava as angústias existenciais buscando dar um sentido válido à vida do homem moderno, o homem agarra-se ao presente e nega as perspectivas de finitude e de velhice. O que importa é prolongarmos a juventude.

Por isso, o arquétipo do tipo “mito do herói” nos salvará do sentimento de impotência frente à percepção de finitude do homem. O que ele fará sem a perspectiva do mundo transcendental, do alento da ideia do céu após a morte, da terra prometida, onde

vivenciariamos as compensações pelas dificuldades inerentes à vida e as recompensas por uma vida de obediência às normas divinas, e conformação às restrições e limitações a ela inerentes?

Quando só a vida é valorizada, quanto mais envelhecemos, mais próximos estaremos da morte. Evita-se, então, identificação com a velhice. Poderíamos dizer que o homem moderno se agarra ao arquétipo da “Eterna Juventude”. Este mito traz a ideia de superação da velhice, do sentimento de menos valia. Daí o sucesso das clínicas que prometem o não envelhecimento, o uso de produtos que retardam a aparência da velhice, as cirurgias plásticas, o uso de silicone em várias partes do corpo.

Segundo Le Breton (2011), o problema da velhice é que ela sempre vem acompanhada da ideia da morte e da precariedade da condição humana: a pessoa idosa encarna o envelhecimento e a morte - os inomináveis da Modernidade. O velho fica reduzido ao seu corpo. Sua singularidade, quem ele foi e é, o que construiu e toda a sua trajetória de vida, restam apagados sob a ótica limitada ao corpo danificado, que precisa ser cuidado. Ele passa a ser objeto de seu corpo e não mais um sujeito.

Em um movimento pendular em direção oposta à velhice dependente, impomos aos velhos o que o sociólogo francês Michel Billé e o filósofo Didier Marz denominaram “a tirania do envelhecer bem”. Percebe-se assim que a ciência e os hábitos mais saudáveis de vida aumentam a expectativa de vida e vida com qualidade, com saúde. Assim, vivemos o que poderíamos chamar da ‘ditadura da vida saudável’, a culpabilizar, inclusive, aquele que fica doente, imputando-lhe ser responsável por negligenciar os cuidados à sua saúde.

Para sermos aceitos somos obrigados a perseguir a aparência e as atitudes da juventude, porque a juventude tornou-se um valor que dita comportamentos (Debert, 1999). Buscamos construir imagens opostas e incrivelmente positivas, ruidosas, ligadas a sexualidade feliz, esportes radicais, consumo fácil. Quem envelhece com doenças, dificuldades, dando trabalho aos outros, é considerado um perdedor, cuja presença ou lembrança incomoda. Em quais mitos se ancora a visão da velhice no contexto brasileiro?

5.2.1 Os mitos sobre a velhice no contexto brasileiro

Maria Cecília Minayo (2012), cientista social, apresenta alguns mitos e estereótipos que precisamos vencer – a sociedade junto com os próprios idosos:

- o lugar social estereotipado do velho na sociedade brasileira: como demonstram os dados sociodemográficos apresentados em seção anterior, na contramão do papel real dos idosos na conjuntura atual do País no que tange à vida econômica, política, cultural e social, o velho continua marginal;

- a velhice vista como um fato homogêneo: a sociedade olha os idosos como se todos fossem iguais, enquanto as diferenciações nesta fase da vida são infindas. Envelhecer é completamente diferente no campo ou na cidade, em família rica ou pobre, para homens e mulheres, com ou sem incapacidades físicas e mentais, com ou sem limitações econômicas ou sociais. Isso explica por que a velhice pode ser, como experiência pessoal, o tempo da decadência, do isolamento, ou do protagonismo e do amadurecimento;

- o mito que iguala o envelhecimento a uma doença, consagrando uma visão reducionista e de dimensão biológica. Ainda que haja algum tipo de enfermidade ou falta de autonomia, nada substitui o envolvimento do sujeito na condução de sua existência. Pois uma coisa é a preservação da saúde (o que muitas vezes independe da vontade pessoal) outra é a manutenção da autonomia moral que está na raiz da expectativa de ter uma vida feliz e realizada. A ideia que ela propõe é que como a velhice faz parte do ciclo da vida, o velho colherá na última etapa existencial o que plantou ao longo de toda a sua história⁵;

- o mito do velho como um ser descartável: o imaginário social traz uma visão negativa do envelhecimento que “mantém e reproduz a ideia de que a pessoa vale o quanto produz e o quanto ganha” (Minayo, 2011, , p.12) Ou seja, os velhos por estarem fora do mercado do trabalho, recebendo aposentadoria ou dependendo financeiramente dos filhos ou do Estado seriam considerados um peso morto e inútil. Essa ideologia do descarte é típica e muito relevante na sociedade ocidental.

No Brasil, mesmo quando todos os dados objetivos demonstram o contrário: a maioria das famílias depende economicamente dos seus membros idosos (Camarano, 2010). Mais grave é que os próprios idosos costumam internalizá-lo, o que resulta na sua transformação social em que se mostram menores e menos potentes do que poderiam ser.

Ademais, essa discriminação internalizada frequentemente também leva os mais velhos a assumirem uma atitude de negação, pois para serem aceitos e acolhidos precisam parecer mais jovens (Lins e Barros, 2000), o que, em última análise, leva-os a obscurecer suas características, seus atributos e sua identidade.

⁵ Minayo lembra que “ninguém se torna um idoso respeitável, saudável e sábio se não construiu esses valores, palmo a palmo” (2011, p. ??).

Finalmente, Minayo sintetiza todos esses arquétipos no mito da “velhice como problema”. Essa visão negativa da velhice atravessa todas as classes sociais e instituições e tem três focos principais: a família, o setor saúde e o Estado. Na família, embora seja o espaço onde viva a maior parte dos idosos recebendo amor e carinho, em muitos casos a presença da pessoa idosa é um incômodo. Frequentemente, ela é alvo perdedor dos espaços na casa e de negligências quanto a suas necessidades de alimentação, segurança, lazer e participação (Queiroz et al, 2010).

Segundo outra estudiosa do envelhecimento a Professora Maria de Lourdes Quaresma, são fatores que favorecem a exclusão dos mais velhos: as dificuldades de comunicação, a falta de oportunidade de relações intergeracionais, as representações negativas acerca do envelhecimento e da velhice, a ausência de estratégias coletivas de valorização do envelhecimento e dos mais velhos, nomeadamente ao nível da mídia. Além desses aspectos, todas as formas de *ageism* - termo inglês que trata do agismo, etarismo ou idadeísmo – referindo-se à discriminação por idade, acentuam ainda mais as diferenças em função da idade, estigmatizando as perdas (de atividade econômica, capacidades sensoriais e intelectuais, mobilidade e dinamismo social).

Nessa ótica, os mais frágeis são facilmente reconhecidos como inúteis, sem préstimo e sem valor. Neste grupo encontram-se os que mais precisam de ajuda e de cuidados, mas o que está em causa é a noção de valor da pessoa, seja qual for a idade, o estatuto ou qualquer outro atributo. Sofrem mais os idosos sem condições financeiras de se manter e os que possuem maiores dependências físicas e mentais, como os pacientes que necessitam de ser internados em hospitais, como é o objeto do presente trabalho.

5.3 As representações sociais da velhice como hermenêutica para entender a atuação do Estado brasileiro na (des)proteção social à velhice

No caso brasileiro, a ideia de que os velhos constituem um problema social também vem sendo construída pelo Estado (Minayo, 2011). Na verdade, o Estado brasileiro – com suas políticas, diretrizes e formulações – tem uma posição contraditória: a Lei protege, mas a Política Pública não se efetiva.

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) reconhece em vários artigos a pessoa idosa como sujeito de direitos e atenção. Em seu artigo 230, ela determina que a:

[...] “família, a sociedade e o Estado tem o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade,

defendendo sua dignidade e bem estar e garantindo-lhes o direito à vida”. Determina ainda que “os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.” (BRASIL, 1988).

Embora a inclusão da proteção à pessoa idosa na Constituição possa ser interpretada como um avanço, ela também reflete a transferência, por parte do Estado, da responsabilidade de cuidar para a família e a sociedade, que encontram grandes obstáculos ao cumprimento da lei. A partir da CF/88, outros marcos legais de proteção e garantia de direitos à pessoa idosa foram regulamentados: a Política Nacional do Idoso (PNI), o Estatuto do Idoso, a Política de Saúde, que institui o SUS e a Estratégia de Saúde da Família, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Cabe ainda destacar a Política de Assistência Social, regulamentada através da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) e da Política Nacional de Assistência Social (PNAS).

Há duas décadas, foi promulgada Lei nº 8.842/1994 que institui a Política Nacional do Idoso (PNI) e assegura, no artigo 1º, os direitos sociais desse grupo social, especificando as condições necessárias para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. A PNI foi regulamentada em 1994 com o objetivo de “[...] assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação na sociedade” (BRASIL, 1994, p. 5), cria os conselhos de direitos e determina o desenvolvimento de ações por parte do Estado em várias áreas. O Conselho Nacional dos Direitos do Idoso com a finalidade de impulsionar a implantação da política somente veio a ocorrer em 2002.

Em 2003, o governo promulgou o Estatuto do Idoso (Brasil, 2003), uma legislação considerada avançada internacionalmente, que reconhece os direitos e o protagonismo dos idosos em todas as esferas sociais, políticas e culturais (Souza & Minayo, 2010). O Estatuto do Idoso aprofunda a PNI, afirmando que os direitos fundamentais e inerentes à pessoa humana são também direitos dos idosos e que o envelhecimento é um direito personalíssimo e sua proteção, um direito social. A lei estabelece ainda que, havendo violação de direitos, o Ministério Público deve ser acionado para proteção da pessoa idosa (FALEIROS, 2007).

Lemos (2013) chama atenção para o fato de que a legislação busca assegurar os direitos dos idosos e a melhoria das suas condições de vida, porém privatiza o envelhecimento e o cuidado e criminaliza a família, que tem que resolver de forma

solitária problemas que estão além de sua capacidade. A família é fundamental para o idoso, mas é fundamental também que o Estado assuma a responsabilidade de criar condições para a sua permanência no lar, em convívio com a família e a comunidade.

Com relação à Assistência Social, foram regulamentadas, em 1993, a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) e em 2004 a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), com a proposta de criação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). A partir do SUAS ficam definidas as responsabilidades do Estado no atendimento à família, à pessoa idosa, pessoas com deficiência e todos que vivem em situação de vulnerabilidade ou risco social. O serviço de proteção social do SUAS deve atender casos de violação de direitos, como vítimas de abandono, privação, exploração, violência, dentre outras (BORGES, 2012).

Quanto à política de Saúde, o SUS foi criado com a CF/88, quando a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado. Foram estabelecidas como diretrizes do novo sistema de saúde a descentralização das ações, integralidade do atendimento com prioridade para as ações de prevenção e promoção da saúde e o controle social, que se dá com a participação da comunidade através dos conselhos. Sua criação representou um avanço na organização da assistência à saúde, que passou de um modelo hospitalocêntrico para um modelo organizado em rede e voltado à atenção primária (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Esse modelo pós-Constituição trabalha com a ideia de responsabilização múltipla e combinação de estratégias e associa um conjunto de valores como saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania e desenvolvimento. Busca garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, além de ações curativas e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde (BRASIL, 2006).

Pinheiro (2006) define o cuidado em saúde como uma ação integral voltada para a compreensão da saúde como direito, pautado em atitudes de tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. A autora ressalta ainda que o cuidado se dá na relação dos usuários com os profissionais e o serviço, que devem entender que cada pessoa é singular e, portanto tem diferenças e necessidades que precisam ser respeitadas. É o sujeito quem determina o cuidado que lhe deve ser dado e o serviço deve garantir acesso aos vários

níveis de atenção do sistema (PINHEIRO; MATTOS, 2006). Nessa direção, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), atualizada em 2006, passando a se chamar Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), tem por finalidade:

“recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2006).

Assim, as questões relativas à velhice permeiam todas as políticas públicas: da Educação à Habitação, da Justiça ao Lazer, mas neste trabalho, consideramos as questões relativas à Saúde. Ora, em todas as idades, a vida humana é frágil: vivemos um equilíbrio instável, precisamos contar com uma rede de proteção, como aquela que sustenta os equilibristas em caso de algum acidente ou queda.

Constitucionalmente, a Seguridade Social representa esta rede de proteção ao cidadão. Ela é um conjunto de políticas sociais que tem por finalidade amparar e assistir o cidadão e a sua família em situações como a velhice, a doença e o desemprego (Giacomin e Couto, 2013).

Porém, ao discutir a ideia de “dar, receber e retribuir” presente no horizonte “moral” que serve de referência para a legislação e a sociedade (Sarti, 2004), enquanto garante juridicamente os direitos básicos da pessoa idosa, a legislação distribui responsabilidades entre a família, a sociedade e o Estado (Giacomin e Couto, 2013). A prática aponta para uma concepção privatista do processo de envelhecimento (Debert, 1999) ao colocar sobre a “família idealizada” a responsabilidade de resolver problemas que estão além de suas possibilidades, reflexo da omissão do Estado.

Nessa perspectiva de reciprocidade (Sarti, 2004), a família tida como uma instituição perfeita, infalível, e imutável, contradiz a realidade, pois relações entre pais, filhos, irmãos podem ser conflituosas e difíceis (Lemos, 2013).

Atualmente, apesar da significativa transformação nas configurações e modelos de família, a legislação ainda opera com uma concepção de família natural e universal do passado, principalmente no que diz respeito a sua configuração e extensão (Debert e Simões, 2006). “A família” assume vários tipos e formatos, com vínculos mais frágeis, menor número de filhos e ou de potenciais cuidadores (Camarano, 2011).

Por sua vez, Lemos (2013) problematiza a transferência de apoio por parte do poder público, especialmente o Executivo, às famílias pobres e a seus idosos e denuncia que a precariedade dessa solidariedade estatal é silenciada pela sobreposição da ideia de

ingratidão familiar em relação à pessoa idosa que acompanha as denúncias de negligência e abandono nos processos que chegam ao Ministério Público.

Essa opção de criminalizar a negligência e o abandono familiar não resolve a falta de estruturas de apoio para cuidar da velhice com dependência. Ao fazê-lo o Estado expõe um processo perverso pelo qual o próprio poder público viola direitos dos idosos ao abandonar a família que realmente não tem como lidar com tal dependência, especialmente aquelas de baixa renda. Nestas, o cuidado com o idoso dependente não tem como acontecer eficazmente sem a transferência do apoio público, pois os custos financeiros, físicos e emocionais são altos demais (Giacomin e Couto, 2013).

Por sua vez, a saúde pública também costuma ver o idoso como problema, em razão do aumento das enfermidades crônicas, como distúrbios cardiovasculares, articulares, respiratórios, de movimento, demências e outras doenças neuropsiquiátricas degenerativas (Minayo, 2012). O público idoso assistido pelo hospital que será objeto de investigação neste trabalho reflete este cenário de morbimortalidade: essencialmente frágil, doente e demandante de cuidados crônicos.

5.4 A questão do financiamento da Saúde

No caso da Política de Saúde, outro aspecto a ser discutido é o seu financiamento.

Uma pesquisa divulgada pela agência de notícias Bloomberg⁶, do dia 19 de agosto de 2014, - realizada com base em dados oficiais do Banco Mundial, FMI (Fundo Monetário Internacional) e OMS (Organização Mundial de Saúde) - classificou os sistemas de saúde das 48 nações com populações maiores que 5 milhões, PIB per capita superior a 5.000 dólares e expectativa de vida maior que 70 anos, em todo o mundo.

O Brasil ficou na última posição da lista atrás de países como Romênia, Peru e República Dominicana. Ainda de acordo com o documento, os brasileiros possuem uma baixa expectativa média de vida - atualmente, em 73,4 anos. Apenas o Irã, a Argélia e a República Dominicana possuem valores piores que os brasileiros, mas, nenhum deles ficou abaixo dos 73 anos de expectativa de vida.

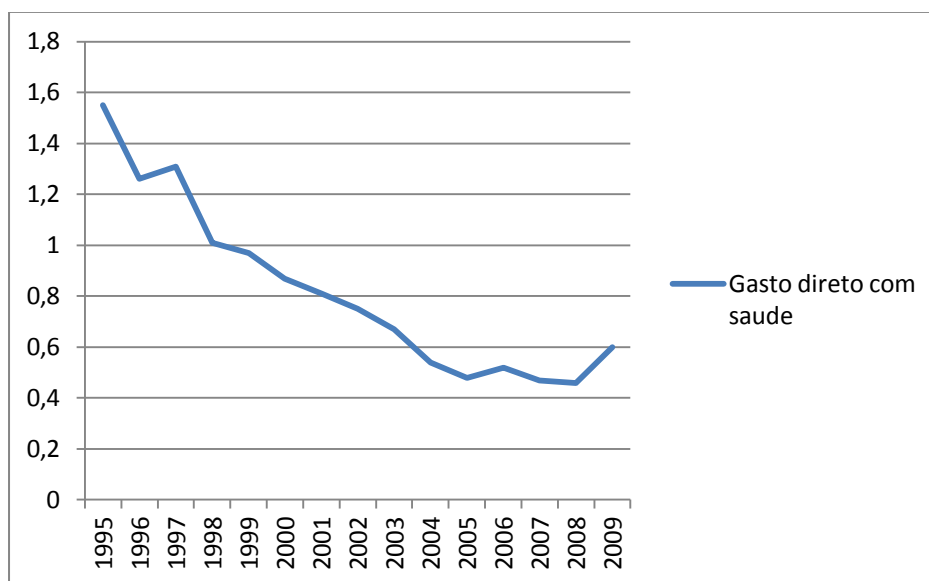
⁶ A Bloomberg foi fundada em 1982 com uma missão: trazer transparência aos mercados financeiros e de capitais por meio do acesso a informação. A Bloomberg de hoje - com mais de 15.000 funcionários em 192 escritórios localizados em 72 países. Acessado em 24 de abril de 2015: <http://noticias.r7.com/saude/sistema-de-saude-brasileiro-fica-em-ultimo-lugar-em-ranking-mundial-31082013>

Além disso, observa-se a redução de recursos, uma vez que o acesso à Saúde foi universalizado, mas a verba minguou, como afirmou o ex-ministro da Saúde Dr. Adib Jatene à *Revista da Seguridade Social*, na edição de janeiro a março de 2008:

“A situação da saúde continua difícil porque, ao tempo em que se universalizou o atendimento, dando acesso a toda a população, foram retirados os recursos que a Previdência aportava no setor e que representavam mais da metade dos recursos da saúde. Isso ocorreu em duas etapas: a primeira em 1990, quando o Inamps passou para o MS, e a segunda em 1993. Essa brutal perda financeira se deveu ao aumento do número de aposentados e à inclusão de mais de seis milhões de trabalhadores rurais. Hoje, a própria Previdência busca recursos adicionais no orçamento da União. Desde então, está-se buscando viabilizar o sistema de saúde, muito bem equacionado como política pública, porém subfinanciado. Em relação a outros países como Argentina, Chile e Colômbia, nosso gasto público é bem menor”,

Esta situação está apresentada no Gráfico 1 abaixo:

Gráfico 1- Gasto Federal com Saúde como proporção do PIB (referência 2000).



Fonte: Revista da Seguridade Social.

No Brasil, a efetivação do direito à saúde, segundo as diretrizes estabelecidas constitucionalmente, acarretou uma majoração em torno de 136% nos gastos com saúde, passando de R\$ 3,3 para R\$ 4,5 bilhões somente no período entre 1987 e 1995. Confrontados com o PIB, os gastos com saúde saíram de montantes em torno de 1,5% (1992) a 2,55% (1989), para valores que, na estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), chegaram a 7,6% do PIB em 2004, dos quais uma parcela de 35% seria de gastos efetuados diretamente pelas famílias.

Lembrando que mais de 70% das famílias é totalmente dependente dos SUS. Em termos concretos, tais investimentos apresentaram resultados positivos: a taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos reduziu-se, no Brasil, de 49,4 para 27,43 no período de 1990 a 2001, num decréscimo de 38,6%, ou seja, mais de 400 mil óbitos de crianças menores de um ano foram evitados, com uma “importante redução de óbitos por diarreias, pneumonias e desnutrição (71%, 48% e 61%, respectivamente)”⁷, como destaca Barjas Negri – isto é, causados pelas “doenças da pobreza” (Sarlet e Figueiredo, 2008).

Em suas conclusões, Sarlet e Figueiredo (2008) explicitam as contradições entre uma realidade de centralização de recursos e um ideal de federalismo cooperativo, as quais abrem todo um novo capítulo à discussão (inviável, todavia, nos limites deste trabalho), bem como a falta de garantia de aplicação dos percentuais mínimos estabelecidos pelo texto constitucional para as ações e os serviços de saúde.

Além disso, as dificuldades de real efetivação da Emenda Constitucional nº 29/2000, somadas à problemática da Desvinculação das Receitas da União (DRU), rondam as políticas públicas de Saúde como verdadeiras ameaças, impondo um fundado receio a respeito do sucesso dos programas de saúde.

A carência de infraestrutura nos diferentes níveis de complexidade do sistema, por sua vez, embora atenuada pelas diversas ações estatais que vêm sendo realizadas, ainda é uma realidade enfrentada por muitos brasileiros, e, pior, pelos mais carentes, que não têm a opção pelos serviços privados dos planos e seguros de saúde, menos ainda o acesso aos consultórios e clínicas particulares.

Segundo divulgação do Conselho Federal de Medicina, do grupo de países com modelos públicos de atendimento de acesso universal, o Brasil era, em 2011, o que tinha a menor participação do Estado (União, Estados e Municípios) no financiamento da Saúde. Segundo os cálculos da OMS, enquanto no Brasil o gasto público em Saúde alcançava US\$ 512 por pessoa, na Inglaterra, por exemplo, o investimento público era cinco vezes maior: US\$ 3.031. Em outros países de sistema universal de saúde, a regra é a mesma: França (US\$ 3.813), Alemanha (US\$ 3.819), Canadá (US\$ 3.982), Espanha (US\$ 2.175), Austrália (US\$ 4.052) e até a Argentina (US\$ 576) aplicam mais que o Brasil⁸.

Um gasto de R\$ 3,05 ao dia em saúde. Este é o valor que os governos federal, estaduais e municipais aplicaram em 2013 para cobrir as despesas dos mais de 200 milhões de

⁷ BRASIL, Ministério da Saúde. “A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites”, op. cit., p. 30.

⁸http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24847:governo-gasta-em-media-r-305-ao-dia-na-saude-de-cada-habitante&catid=3. Acessado em 24 de abril de 2015.

brasileiros usuários do SUS. Ao todo, o gasto *per capita* em saúde naquele ano foi de R\$ 1.098,75. O valor, segundo análise do Conselho Federal de Medicina (CFM), está abaixo dos parâmetros internacionais e representa apenas metade do que gastaram os beneficiários de planos de saúde do Brasil no mesmo período.

As informações levantadas pelo CFM consideraram as despesas apresentadas pelos gestores à Secretaria do Tesouro Nacional, do Ministério da Fazenda, por meio de relatórios resumidos de execução orçamentária. Em 2013, as despesas nos três níveis de gestão atingiram a cifra de R\$ 220,9 bilhões. O montante agrega todas as despesas na chamada “função saúde”, destinada à cobertura das ações de aperfeiçoamento do sistema público de saúde. Boa parte desse dinheiro é usada também para o pagamento de funcionários, dentre outras despesas de custeio da máquina pública.

Para o presidente em exercício do Conselho Federal de Medicina (CFM), Carlos Vital, os indicadores de saúde e as condições de trabalho para os médicos nos municípios revelam como os valores gastos estão abaixo do ideal:

“Como podemos ter uma saúde de qualidade para nossos pacientes e melhor infraestrutura de trabalho para os profissionais do setor com tão poucos recursos? O pior de tudo isso é que, enquanto Estados e Municípios se esforçam para aplicar o mínimo previsto em lei, a União deixa de gastar, por dia, R\$ 22 milhões que deveriam ser destinados à saúde pública” (<http://portal.cfm.org.br>, julho 2014)

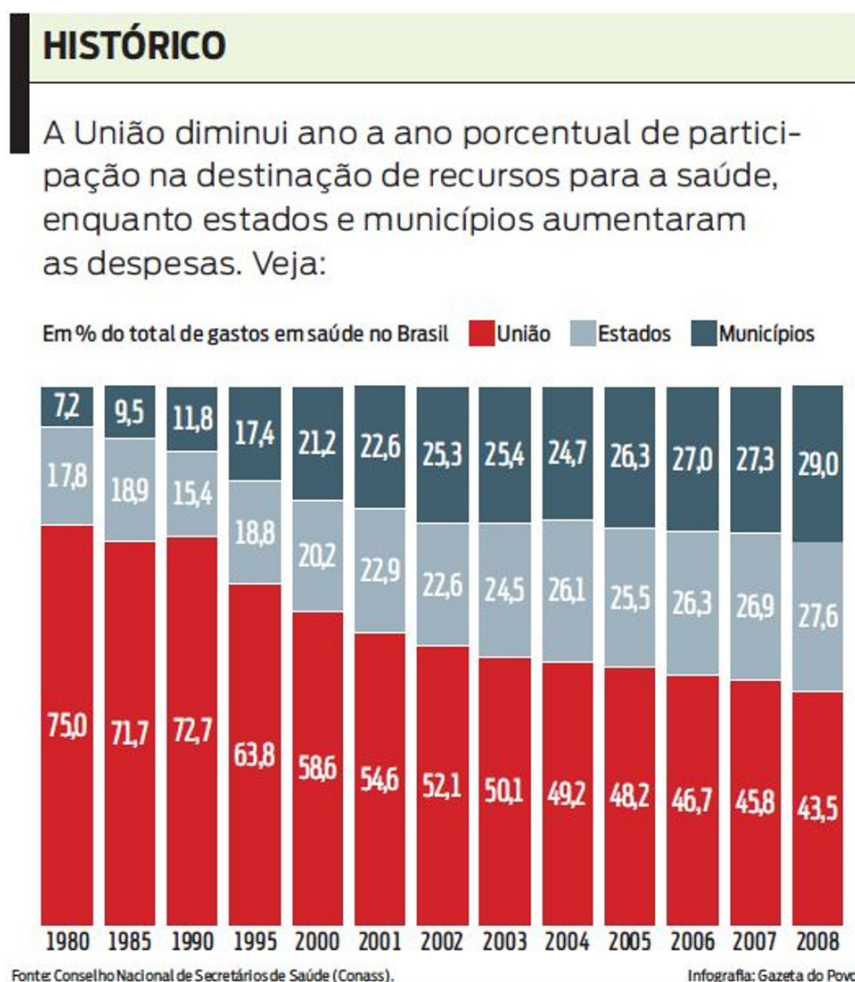
Em sua crítica, o presidente relembra um estudo do mesmo CFM, no qual aponta que, entre 2001 e 2012, o Ministério da Saúde deixou de aplicar quase R\$ 94 bilhões de seu orçamento previsto.

Além da má qualidade da gestão dos recursos, que tem impacto direto na assistência da população e na atuação dos profissionais, os representantes dos médicos acreditam que a saúde pública no Brasil não é uma prioridade de governo. Pode-se observar na Figura 2 que a participação da União no orçamento do sistema público vem diminuindo ao longo dos anos.

A Procuradoria Regional dos Direitos do Cidadão e o Ministério Público de Contas do Estado de São Paulo instauraram um inquérito civil público para apurar a diminuição da capacidade de atendimento regular, com o mínimo de qualidade, no âmbito do SUS. O procedimento considera que entre as causas que levaram à queda do percentual de

gastos federais em saúde desde 2000 estão manobras orçamentárias e lacunas na legislação sobre o financiamento do setor.⁹

Figura 2 Evolução anual da participação na destinação de recursos da Saúde (1980-2008)



Segundo um levantamento do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), a participação da União no total de recursos que o poder público emprega no SUS caiu de 59,8% em 2000 para 44,7% em 2011. O peso proporcional do gasto da União em Saúde em face da sua própria receita global caiu de 8% para 6,9% nos últimos 11 anos. Um dos motivos para o decréscimo é o critério adotado para a definição do orçamento dessa Política.

Até a Emenda Constitucional 86/2005, a Lei Complementar 141/2012 determinava que estados, Distrito Federal e municípios ajustassem o volume de recursos para o setor de acordo com o montante de impostos arrecadados. Ou seja, quanto maior a

⁹ 10/07/14 - MPF e MP de Contas de SP abrem inquérito sobre queda do financiamento federal em saúde. Disponível em: http://www.prsp.mpf.mp.br/prdc/sala-de-imprensa/noticias_prdc/10-07-14-mpf-e-mp-de-contas-de-sp-abrem-inquerito-sobre-queda-do-financiamento-federal-em-saude. Acessado em 24 de abril de 2015.

arrecadação, mais verba era destinada ao SUS. Para a União, porém, a mesma lei impunha apenas a obrigatoriedade de manter os valores previstos no orçamento do ano anterior, corrigidos de acordo com a variação nominal do PIB. Assim, não havia qualquer vinculação com eventual crescimento da receita tributária. Como a variação do PIB geralmente era inferior ao aumento da arrecadação, a participação proporcional do governo federal no financiamento da saúde automaticamente caía, em relação aos demais entes.

Outro fator relacionado à piora no atendimento à população é a falta de reajuste na tabela unificada do SUS. Os valores repassados a hospitais e laboratórios por procedimentos realizados em pacientes da rede pública estão muito abaixo dos praticados por planos de saúde ou em atendimentos particulares. Essa defasagem deixa as unidades de saúde, como hospitais filantrópicos e laboratórios, em situação financeira delicada, o que consequentemente afeta o serviço prestado.

Segundo a Professora Élide Graziane Pinto, chegamos ao paroxismo de ver o governo federal questionar a má qualidade da gestão municipal e estadual em saúde, quando significativa parte dos problemas enfrentados pelos gestores do setor passa pela falta de correção monetária adequada da Tabela SUS. Tal proceder revela a ocorrência de desequilíbrio econômico-financeiro deliberadamente causado pelo chamado “imposto inflacionário” em detrimento dos prestadores de serviço que trabalham no setor¹⁰.

A chamada Desvinculação de Receitas da União - DRU também contribui para esse cenário. O mecanismo permite ao governo federal gastar livremente até 20% do total de sua receita, sem obrigatoriedade de investimentos em áreas específicas. Na prática, a DRU possibilita o uso de recursos que deveriam ser aplicados em saúde, por exemplo, para gastos de natureza fiscal, o que reduz a capacidade orçamentária do setor. O dispositivo está em vigor graças a sucessivas prorrogações de sua validade por meio de emendas constitucionais, estando a última DRU válida até 31 de dezembro de 2015. A título de comparação, as verbas para a Educação estão a salvo da DRU, como prevê a EC 59/2009, o que leva à conclusão de que os recursos da Saúde também deveriam ser preservados⁹.

Em 17 de março de 2015, foi publicada a Emenda Constitucional - EC 86/2015 estabelecendo nova sistemática para o financiamento do SUS pelos entes federados, alterando a Emenda 29. Sobre este respeito os Procuradores Élide Graziane Pinto e Ingo Wolfgang Sarlet

¹⁰ <http://www.conjur.com.br/2013-jul-06/proposta-trazer-medicos-estrangeiros-contradicoes-constitucionais>. Por Élide Graziane Pinto, Cláudia Fernanda de Oliveira Pereira e Gabriel Guy Léger. Acessado em 24 de abril de 2015.

se manifestaram sobre o assunto¹¹. Os procuradores consideraram justificado o sentimento de perda entre os que defendem histórica e consistentemente a máxima eficácia e efetividade do direito à Saúde no Brasil, tal como estabelecido pela Constituição Federal de 1988¹² e pelos tratados internacionais de direitos humanos, com destaque para o Pacto Internacional de Direitos Sociais, Econômicos e Culturais.

Esse Pacto estabelece um dever de progressividade na realização, pelos Estados signatários, dos direitos consagrados no Pacto, incluindo o direito humano à Saúde. Segundo os autores, de certo modo, a norma auxiliou a impedir que fosse enfrentada, com seriedade e densidade, a raiz do subfinanciamento crônico da saúde pública brasileira, pois esvaziou, direta ou indiretamente, o escopo da iniciativa popular que lastreou o Movimento Saúde +10, o qual consistentemente questionava o regressivo critério de gasto mínimo federal no setor (mera correção do gasto do ano anterior pela variação nominal do PIB¹⁰).

Porém, a diferença entre a Emenda Constitucional 86 (15% da receita corrente líquida federal, piso esse a ser alcançado de forma escalonada ao longo dos próximos 5 anos) e o projeto de iniciativa popular - Saúde +10 - (10% da receita corrente bruta da União) não reside apenas nos percentuais e nas bases de cálculo do quanto a União deveria ser chamada a verter em favor das ações e serviços públicos de saúde. Segundo os Procuradores, além da redução drástica da equação¹³ de financiamento, o novo arranjo constitucional inscrito no artigo 198, parágrafos 2º e 3º, incide fundamentalmente no horizonte de progressividade ou estagnação que se está a fixar para o avanço do sistema público de saúde. Isso porque o artigo 3º da EC 86 determina que até mesmo os recursos oriundos da exploração do petróleo e gás natural sejam contabilizados como gasto mínimo da União, ao invés de operarem como acréscimos ao mesmo¹⁰.

Esta sutil, mas muito prejudicial reversão do regime prometido após as manifestações de junho de 2013 pela Presidente Dilma Roussef, não se concretizou. Segundo a promessa pós-manifestação popular, um montante de 25% das receitas oriundas da exploração do pré-sal seria destinado à Saúde pública, em acréscimo ao patamar mínimo constitucional¹⁰:

“Hoje, ao invés de celebrarmos a vinda da EC 86/2015, estamos a quantificar perdas, ademais de imprimir um ritmo menor aos avanços

¹¹ <http://www.conjur.com.br/2015-mar-24/gasto-saude-previsto-ec-862015-piso-nao-teto>. Acessado em 24 de abril de 2015.

¹² Artigo 5º, parágrafo 1º, combinado com artigo 6º e artigo 196 e subsequentes.

¹³ A conta poderia chegar, segundo uma estimativa aproximativa, a uma perda de R\$200 bilhões nos próximos cinco anos, em desfavor do SUS, na troca feita pelo Legislativo em acordo com o Executivo.

na conquista de novas fontes de recursos federais para o SUS, tal como implicado pela troca de critérios ora levada a efeito. Interessante notar que o primeiro exercício financeiro após a promulgação da EC 86/2015 será 2016, quando a União aplicará 13,2% da receita corrente líquida, por força do art. 2º, inciso I da Emenda, mas, em 2000, quando foi editada a Emenda Constitucional nº 29, a União aplicava 14% da RCL federal. Temos aqui proporcionalmente mais um retrocesso histórico de 0,8% em face da receita corrente líquida da União. Nesse contexto, importa frisar que a vulnerabilidade fiscal dos direitos sociais, e, em especial, do direito à Saúde, tem sido um óbice concreto à sua plena efetividade desde o raiar da Constituição de 1988, resultado de um conjunto de medidas e omissões que ora apenas tendem a se agravar”. (2015)

Nesses termos, os procuradores se mostram pessimistas quanto à melhoria da Saúde no país, a considerar o histórico dos últimos 30 anos.

O Ministério Público Federal de São Paulo recorre ao Judiciário, fazendo uso da sua prerrogativa constitucional de questionar a violação da concretização do direito à Saúde no país e instaura o Inquérito Civil Público nº 1.34.001.003510/2014-07 pela Procuradoria Regional dos Direitos do Cidadão da PR-SP/MPF, conjuntamente com o Ministério Público de Contas do Estado de São Paulo. Após perceber o esgotamento, depois de 30 anos da CF/88, de todas as medidas administrativas, políticas, e da atuação de movimentos sociais como o “Saúde + 10” em prol do cumprimento do direito à saúde por parte do Estado brasileiro, no âmbito desse Inquérito foi realizada, em 05/09/2014, audiência pública¹⁴ onde restou faticamente diagnosticado o subfinanciamento federal das ações e serviços públicos de saúde desde a EC 29/2000.

Dessa feita, resumem a questão do subfinanciamento com a seguinte declaração, que é a exposição da desimportância da Política Pública de Saúde pelos governos, em não levar a efeito os direitos constantes na letra da lei da CF/88:

“Precisamente porque se trata de problema longo e sistêmico e porque á chegamos a quase três décadas de fixação do direito à saúde como direito fundamental do cidadão e dever constitucional incontestado do Estado brasileiro (o que tem dado causa a uma intensiva demanda social, inclusive em sede judicial), não podemos mais nos contentar apenas em contabilizar perdas e retrocessos no

¹⁴ Sobre a Audiência Pública podem ser acessados o seguinte endereço http://www.prsp.mpf.mp.br/prdc/sala-de-imprensa/noticias_prdc/08-09-14-audiencia-publica-debate-subfinanciamento-e-baixa-qualidade-de-atendimento-no-sus. Para assistir aos vídeos da audiência, recomenda-se acessar os endereços <http://www.tvmpf.mpf.mp.br/videos/672> e <http://www.tvmpf.mpf.mp.br/videos/675>, onde são expostas as opiniões dos juristas Elida Graziane Pinto e Ingo Sarlet com as quais concordamos.

custeio constitucionalmente adequado das ações e serviços públicos de saúde. (...)“Não se trata, portanto, de um cenário atrelado a determinado ciclo de governo, mas de um claro conflito distributivo entre direitos sociais e política econômica.”¹⁵

Ademais, observa-se uma crescente Judicialização da Saúde exatamente em função de toda a ineficiência do Estado em fornecer serviços de qualidade minimamente razoável. Evidentemente, a Judicialização decorre de multifatores, inclusive de uma cultura do litígio que prevalece em nossa sociedade, da falta de diálogo entre os poderes, da carência de experts em saúde assessorando os magistrados ou mesmo exercendo uma mediação entre sociedade e Estado, etc.. Todavia, acreditamos que o subfinanciamento e a má qualidade dos serviços, com certeza, respondam pela maior parte dessa crescente Judicialização da Saúde no Brasil.

Contudo, no caso dos serviços hospitalares, como alertam Gerard M. La Forgia e Bernard F. Couttolenc¹⁶: a falta de recursos talvez não seja a única causa do baixo desempenho. Como veremos a seguir, a prestação do serviço hospitalar de qualidade depende de gestão eficiente e, no caso do idoso, este se vê ainda em piores situações em relação à prestação de cuidados à sua Saúde pelo Estado, devido ao estigma de desvalorização que o acompanha em nossa sociedade.

¹⁵ <http://www.conjur.com.br/2015-mar-24/gasto-saude-previsto-ec-862015-piso-nao-teto>. Acessado em 24 de abril de 2015.

¹⁶ http://www.ibedess.org.br/imagens/biblioteca/62_Desempenho%20Hospitalar.pdf. Acessado em 22 de abril de 2015.

6. HOSPITAL PAULO DE TARSO – GERIATRIA E REABILITAÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde um hospital é:

“Parte de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde vinculados tecnicamente” (BRASIL, 2006, p. 46).

Contudo, é de conhecimento geral, que os médicos brasileiros, diante das limitações de recursos, se veem obrigados a escolher qual paciente será atendido, uma vez que não é possível atender todos, pois há menos leitos que pacientes. Com isso, optam por investir em pacientes mais jovens em detrimento dos idosos.

Em seu trabalho antropológico Arêdes (2014) ouviu de um profissional médico que se trata de mortes distintas:

“Você querendo ou não é diferente, olha só: um paciente idoso, com AVC¹⁷, acamado, que está lá dando trabalho para a família que tem que dar banho, comida, cuidando de ferida e o paciente já está no fim do ciclo da vida dele. Esse paciente quando chega aqui grave, eu vejo como uma fatalidade, aquilo para mim não me comove, mas outra coisa é o cara de 30 anos de idade, que foi atropelado e chegou aqui, não sobreviveu ao trauma e morreu. Então essa é uma morte mais difícil de digerir. O paciente jovem que infartou, você tentou reanimar, mas não conseguiu, e você tem que comunicar a família, esposa, filhos pequenos, o arrimo da família morreu, então é uma morte difícil de trabalhar”.

Isso reforça a importância de investigar a prestação de serviços em um hospital destinado a atender pessoas cujas mortes são consideradas mera “fatalidade”.

6.1 O hospital e sua inserção no SUS

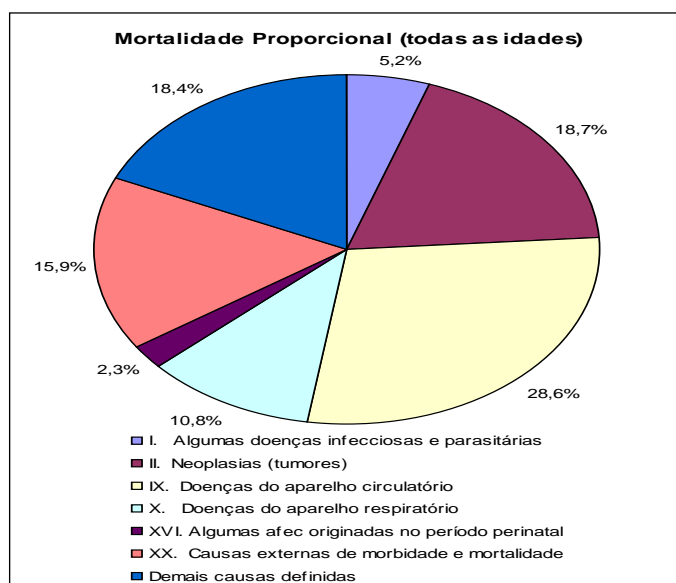
O hospital pesquisado está situado no município de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais, que conta com 2.375.151 habitantes, dos quais 299.572 (12,61%) são idosos (Censo, 2010). Seguindo a tendência geral ocorrida no país, o município registra, nos últimos 20 anos, queda da fecundidade com conseqüente redução do grupo etário de 0 a 4 anos e o aumento do grupo etário mais velho, o qual é majoritariamente do sexo feminino.

¹⁷ Acidente vascular cerebral.

Belo Horizonte dispõe de um alto índice de desenvolvimento humano - IDH estimado em 0,839, o que permite deduzir que os problemas de saúde nesta capital sejam predominantemente “doenças da civilização”, ficando restrito aos bolsões de miséria o ciclo de doenças relacionadas com a pobreza (Plano Municipal de Saúde – 2005 - 2008).

Quanto ao perfil epidemiológico da população de Belo Horizonte, as principais causas de mortalidade encontram-se mostradas no Gráfico 2 e a distribuição por faixa etária na Tabela 1.

Gráfico 2 – Mortalidade proporcional segundo a faixa etária, Belo Horizonte, 2007.



Fonte: SIM

Tabela 1 - Mortalidade Proporcional (%) por Faixa Etária Segundo Grupo de Causas – CID10 – 2005.

Grupo de Causas	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 49 anos	50 a 64 anos	65 anos e mais	60 anos e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3,4	16,9	2,3	1,4	0,9	8,5	5,8	4,0	4,2	5,2
II. Neoplasias (tumores)	0,2	18,5	18,6	12,9	3,1	14,1	27,6	19,5	20,3	18,7
IX. Doenças do aparelho circulatório	0,4	4,6	4,7	4,3	2,5	12,6	32,9	37,3	37,1	28,6
X. Doenças do aparelho respiratório	3,8	12,3	4,7	5,7	0,9	4,4	7,6	15,6	14,9	10,8
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	66,1	-	-	-	-	-	-	-	-	2,3
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	2,9	20,0	32,6	57,1	87,3	46,1	7,9	3,3	3,6	15,9
Demais causas definidas	23,1	27,7	37,2	18,6	5,2	14,5	18,2	20,3	20,0	18,4
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: SIM

Para permitir a efetivação sanitária, o SUS de Belo Horizonte utiliza, desde 1989, como estratégia para construção do modelo de atenção à saúde, o processo de territorialização/distritalização baseado no risco epidemiológico dos territórios.

Entendendo que estes territórios apresentam características diferentes nas condições de vida e saúde entre si, na sua organização e recursos disponíveis, administrativamente, Belo Horizonte foi dividida em nove Secretarias de Administração Municipal Regional, conforme apresentado na Figura 3.

Figura 3 - Distribuição dos Distritos Sanitários de Belo Horizonte



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Segundo o Relatório de Gestão deste município (2007)¹⁸, a distribuição espacial do crescimento populacional acontece de maneira desordenada e desigual, concentrando-se, prioritariamente, na região Noroeste.

Cada uma das nove Administrações Regionais conta com o seu respectivo Distrito Sanitário, o qual tem definido certos espaços geográficos, populacionais e administrativos de sua abrangência. Cada Distrito Sanitário engloba todos os serviços de saúde prestados à população sob sua responsabilidade sanitária e tem seu território dividido em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS), compostas por setores censitários. A vulnerabilidade dessas áreas de abrangência das UBS é definida conforme o Índice de Vulnerabilidade em Saúde (IVS), que classifica os territórios em baixa, média, elevada e muito elevada vulnerabilidade, com base em indicadores populacionais e de saúde que

¹⁸ <http://www.pbh.gov.br>. SES, Secretaria de Estado de Saúde MG. Relatório de Gestão de Belo Horizonte, 2007. Acesso em 25/04/2015.

estimam as diferenças sociais, de acesso a serviços, perfis epidemiológicos e os problemas de saúde da população adscrita (BELO HORIZONTE, 2009). Em média, 15 a 20 unidades ambulatoriais fazem parte de um Distrito, constituído de unidades básicas Centros de Saúde, Unidades secundárias como os URS's - Unidades de Referência Secundária para realização de consultas especializadas e Centros de Referência em Saúde Mental - Cersam's, unidades de urgência/emergência para Pronto-atendimento - UPA's -, além de uma unidade hospitalar pública (Hospital Municipal Odilon Behrens) e da rede contratada.

Atualmente, a Rede Municipal de Saúde de BH dispõe de 583 Equipes de Saúde da Família (ESF) distribuídas em 147 Unidades Básicas de Saúde (UBS), alcançando uma cobertura de 83% do território. Cada equipe de saúde é responsável por de 2.000 a 4.000 pessoas (BRASIL, 2011). Quanto à rede hospitalar, a cidade possui 11 UPA's - Unidades de Pronto Atendimento, 5 URS's - Unidades de Referência Secundária, mais de mais de 100 unidades conveniadas¹⁹, sendo mais de 40 hospitais conveniados de diferentes naturezas, como se vê na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos hospitais da rede SUS-Belo Horizonte, segundo natureza, 2015

Tipo de prestador	2006	
	Número	%
Próprio	1	2,33
Público Estadual	10	23,26
Fundação Pública de Administração Indireta*	1	2,33
Público Federal	2	4,65
Privado – filantrópicos e privados	29	67,44
TOTAL	43	100

Fonte: CNES /GECV/SMSA

*Hospital de Pronto Socorro Risoleta Tolentino Neves.

Quanto à complexidade dos procedimentos executados nas internações conveniadas ao SUS-BH, vale destacar que aproximadamente 90% são de média complexidade, o que corresponde a 65% do total de recursos recebidos. Informações²⁰ sobre as principais causas de internação segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID)-10 e a faixa etária, estão apresentadas na Tabela 3, enquanto os repasses relativos às internações hospitalares estão apresentadas na Tabela 4.

¹⁹

http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=PAS_2013_completa.pdf. Acessado em 25 de abril de 2015.

²⁰ <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>. Acessado em 25 de abril de 2015.

Tabela 3 Distribuição das Internações segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e a faixa etária (2006).

Capítulo CID-10	< 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 49 anos	50 a 64 anos	65 anos e mais	60 anos e mais	Total
I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	10,1	17,2	11,7	6,1	1,9	3,1	3,4	3,8	3,6	4,8
II. Neoplasias (tumores)	0,5	2,6	3,7	6,3	2,6	6,1	13,6	12,5	12,9	7,0
III. Doenças sangue órgãos hematológicos e transtornos imunitários	0,2	1,1	1,8	2,0	0,5	0,4	0,3	0,6	0,5	0,5
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1,3	2,2	2,0	1,8	0,6	1,6	2,8	3,2	3,1	1,9
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	0,1	0,7	3,2	1,3	0,3	0,4	1,9
VI. Doenças do sistema nervoso	1,3	2,3	2,8	2,4	1,1	1,6	2,5	2,0	2,2	1,8
VII. Doenças do olho e anexos	0,2	0,4	1,0	1,8	0,2	0,3	0,8	0,7	0,7	0,4
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,2	0,5	1,0	1,5	0,3	0,2	0,1	0,0	0,0	0,2
IX. Doenças do aparelho circulatório	0,5	0,4	1,1	1,9	1,2	8,8	28,9	29,4	29,8	11,9
X. Doenças do aparelho respiratório	35,9	52,7	33,4	14,9	2,8	4,4	9,4	16,3	14,9	12,5
XI. Doenças do aparelho digestivo	2,2	5,1	10,4	12,5	4,9	9,6	12,8	8,7	9,4	8,9
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,3	1,3	2,8	2,4	1,3	1,4	1,3	1,2	1,1	1,3
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	0,1	0,7	2,9	5,5	2,3	3,2	3,7	3,4	3,5	2,9
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	2,5	2,9	5,3	5,8	4,4	6,5	6,5	6,5	6,4	5,8
XV. Gravidez parto e puerpério	0,0	-	-	5,8	59,5	31,3	0,1	0,1	0,1	19,7
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	39,4	0,9	0,3	0,3	0,0	0,0	-	-	-	2,8
XVII. Malformações congênitas deformidades e anomalias cromossômicas	2,8	3,7	4,5	4,3	0,7	0,4	0,2	0,1	0,2	0,9
XVIII. Sintomas sinais e resultados exames clínicos e laboratoriais	1,0	1,2	2,1	2,8	1,1	1,6	2,5	2,8	2,7	1,8
XIX. Lesões envenenamentos e outras consequências	0,9	4,5	12,4	19,3	12,1	11,8	8,4	8,0	7,8	9,9
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0
XXI. Contatos com serviços de saúde	0,5	0,2	0,9	2,4	1,6	4,6	1,4	0,6	0,8	2,8
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: SIH/SUS

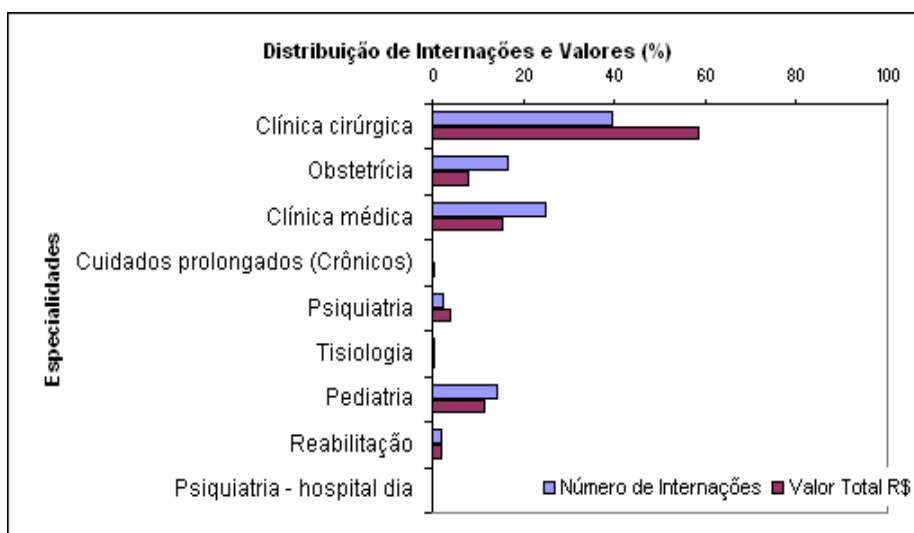
Tabela 4 - Informações sobre Assistência Hospitalar e remuneração do SUS, Belo Horizonte (2006)

Especialidade	Internações		Valor Total em R\$	%	Valor Médio em R\$	Média de Permanência (dias)	Mortalidade Hospitalar	
	Número	%					Número de Óbitos	%
Clínica cirúrgica	81.157	39,5	118.972.632,48	58,7	1.465,96	5,6	3.537	4,4
Obstetrícia	34.445	16,8	16.323.911,57	8,1	473,91	2,1	8	0,0
Clínica médica	50.992	24,8	31.385.325,23	15,5	615,50	9,5	4.882	9,6
Cuidados prolongados (Crônicos)	159	0,1	543.925,22	0,3	3.420,91	51,3	53	33,3
Psiquiatria	4.926	2,4	7.627.938,38	3,8	1.548,51	50,9	9	0,2
Tisiologia	611	0,3	684.233,16	0,3	1.119,86	28,0	26	4,3
Pediatria	29.163	14,2	23.356.169,31	11,5	800,88	7,3	568	1,9
Reabilitação	4.111	2,0	3.866.146,91	1,9	940,44	19,9	30	0,7
Psiquiatria – hospital dia	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	205.564	100	202.760.282,26	100	986,36	7,7	9.113	4,4

Fonte: SIH/SUS

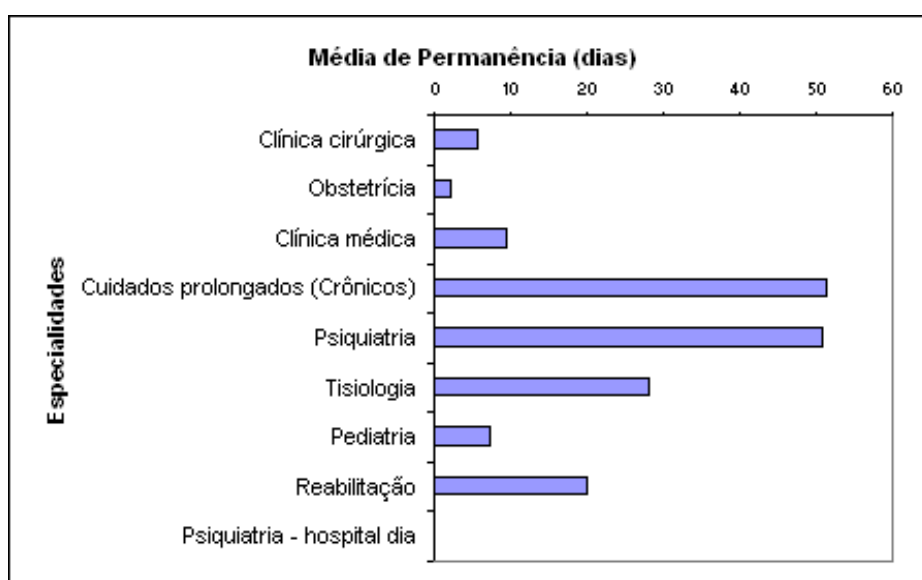
As distribuições das internações segundo a especialidade e a média de permanência estão apresentadas nos Gráficos 3 e 4. Observa-se que o maior número de internações foi destinado à Clínica Cirúrgica, as maiores médias de permanência e taxa de mortalidade relacionavam-se aos Cuidados Prolongados (Gráfico 5).

Gráfico 43 - Distribuição das Internações em Belo Horizonte, segundo a especialidade (2006).



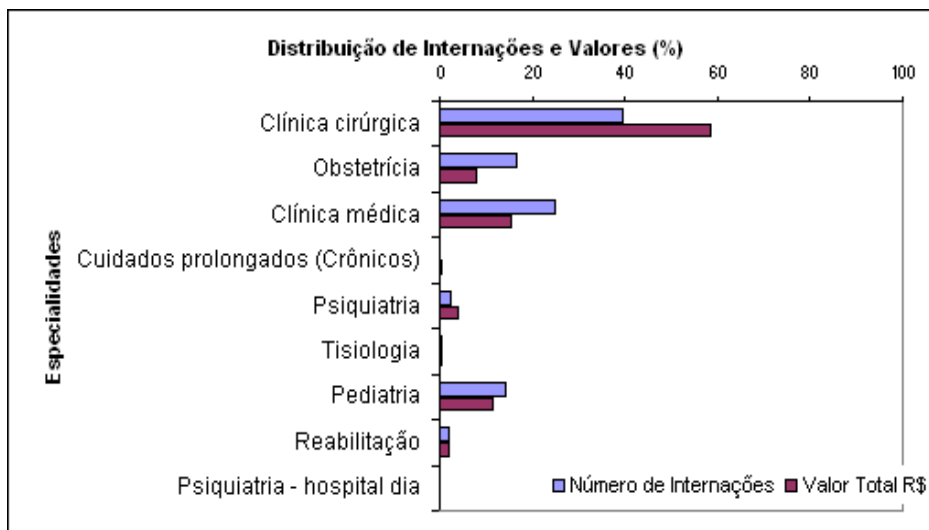
Fonte: SIH/SUS

Gráfico 4 - Média de permanência, segundo a especialidade, Belo Horizonte (2006).



Fonte: SIH/SUS

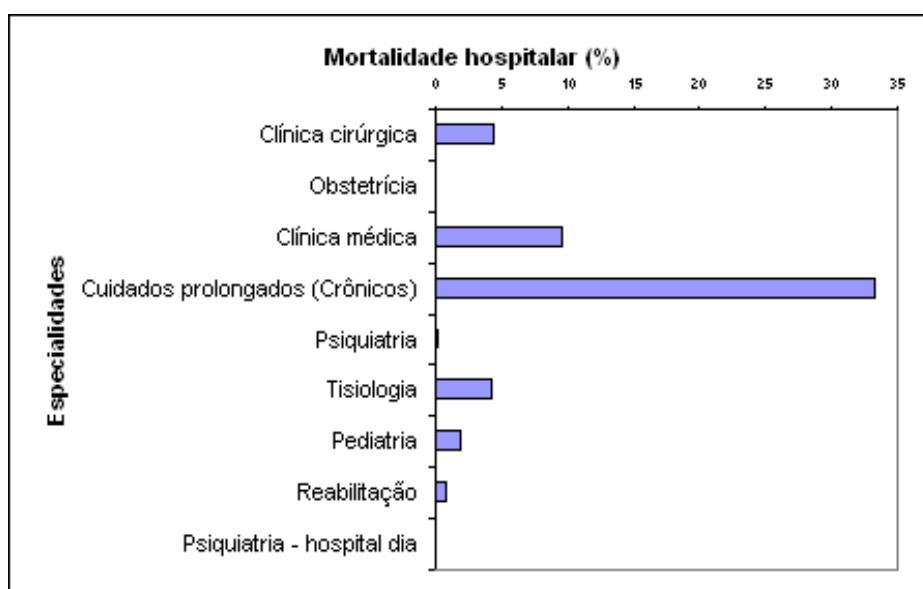
Gráfico 5 Número de Internações, Valor Total, Valor Médio, Média de Permanência, Número de Óbitos e Taxa de Mortalidade por Especialidade, Belo Horizonte, 2006.



Fonte: SIH/SUS

Por sua vez, a análise da mortalidade hospitalar segundo a especialidade aponta que pacientes em cuidados prolongados são os mais vulneráveis (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Mortalidade hospitalar segundo a especialidade, Belo Horizonte, 2006.

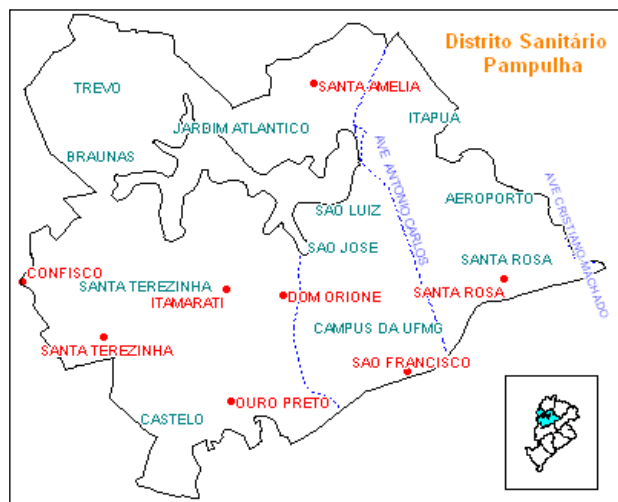


Fonte: SIH/SUS

É neste cenário que se insere o hospital geriátrico objeto deste estudo.

O Hospital Paulo de Tarso está localizado no Distrito Sanitário da Pampulha (Figura 4).

Figura 4 Mapa do Distrito Sanitário da Pampulha



Fonte: SUS-BH

O Distrito Sanitário da Pampulha possui 08 Centros de Saúde, um Centro de Referência da Saúde Mental (CERSAM Pampulha) e uma Farmácia Distrital.

Fundado em 01/01/1958, por Virgílio Pedro de Almeida (*in memorian*), o então “Asilo Paulo de Tarso” foi instituído em conformidade com as disposições legais e vigentes, recebendo na data de 17 de março daquele mesmo ano o número de registro N° 1.349 conferido pelo Cartório Civil de Pessoas Jurídicas de Belo Horizonte. Entidade sem fins lucrativos e com personalidade jurídica de direito privado, ela passou a denominar-se “Associação Beneficente Paulo de Tarso” em 19/08/1975, presidida por Amarílio Domingos da Costa (*in memorian*), quando assinou o seu primeiro convênio destinado à assistência de idosos carentes.

A Associação Beneficente Paulo de Tarso, instituída de conformidade com as disposições legais e vigentes, é entidade particular sem fins lucrativos com personalidade jurídica de direito privado e tem sede e Foro na cidade e comarca de Belo Horizonte, no Estado de Minas Gerais.

Ao longo dos quase 60 anos de fundação, essa Associação vem modernizando as suas Unidades Assistenciais para atender a idosos e crianças deficientes, bem como promover a qualificação de jovens carentes através de convênio firmado com o Serviço Nacional da Indústria - SENAI. Para tanto, busca a participação de empresas e da

comunidade com o intuito de viabilizar a sua manutenção e o desenvolvimento dos seus programas.

Com fins a demonstrar a complexidade dessa unidade hospitalar apresentamos algumas informações acerca da sua estrutura organizacional e administrativa (Quadros 1 e 2) e o seu organograma (Figura 5).

Tabela 5 - Distribuição da capacidade de internação por tipo de leitos, Hospital Paulo de Tarso, Belo Horizonte.

Clínica	Capacidade			Leitos Operacionais			
	Planejada	Instalada	Operaciona 1	Emergencia	Privado	SUS	% SUS
Médica	15	15	15	0	09	08	53
Crônico	48	48	48	0	23	30	83
Reabilitação	80	80	80	0	20	53	54
Isolado	01	01	01	0	0	01	100
TOTAL	144	144	144	0	52	92	63,88

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)²¹

A ambiência, a saúde e a segurança dos profissionais e trabalhadores são realizadas por profissional de Segurança do Trabalho, interligado à Medicina do Trabalho. O Hospital apresenta colaboradores sob regime celetista e terceirizados (Quadros 1 e 2).

²¹ <http://www.cnes.datasus.gov.br> Ministério da Saúde. Acesso em 25 de abril de 2015.

Quadro 1 - Serviços Profissionais do Hospital Paulo de Tarso

Unidades de Produção de Serviços	Cargo	Nº de Profissionais	Carga Horária
Enfermagem (Supervisão)	Enfermeiro	10	30 h/ semana
	Auxiliar Administrativo	03	40 h/ semana
Enfermagem (Auxiliares)	Técnico Enfermagem	68	40 h/ semana (12 por 36)
CME	Enfermeiro	01	30 h/ semana
	Técnico Enfermagem	01	30 h/ semana
Farmácia	Farmacêutico	01	30 h/ semana
	Auxiliar de farmácia	05	30 h/ semana
Fisioterapia	Fisioterapeuta	08	30 h/ semana
	Maqueiros	04	30 h/ semana
Reabilitação	Fonoaudiólogo	02	20 h/ semana
	Psicologia	02	20 h/ semana
	Terapia Ocupacional	02	20 h/ semana
	Serviço Social	02	20 h/ semana
Nutrição e Dietética	Nutrição	02	20 h/ semana
	Auxiliar de copa e cozinha/cozinheira	15	30 h/ semana
Lavanderia	Encarregada de lavanderia	01	30 h/ semana
	Auxiliar de lavanderia	06	30 h/ semana
	Encarregado.de limpeza	01	30 h/ semana
Higienização	Auxiliar de limpeza/Auxiliar de limpeza externa	17	30 h/ semana
RAIO X	Técnico de Raio X	02	25h/semana
Segurança do trabalho	Técnico de segurança do trabalho	01	30 h/ semana
	Médico	01	20h/semana
CCIH	Enfermeiro	01	30 h/ semana
	Auxiliar Administrativo	01	40 h/ semana
Compras/Estoque	Comprador	01	30 h/ semana
	Auxiliar de almoxarifado	03	30 h/ semana
Contabilidade	Contador	01	30 h/ semana
	Assistente de contabilidade	01	30 h/ semana
CPD	Auxiliar de informática	01	30 h/ semana
	Supervisor de informática	01	30 h/ semana
Desenvolvimento de mercado	Coordenador	01	30 h/ semana
	Supervisor Operacional	01	30 h/ semana
	Coordenador RH	01	30 h/ semana
Recursos Humanos (RH)	Auxiliar de Departamento Pessoal	01	30 h/ semana
	Auxiliar de faturamento/assistente de faturamento		
Recepção/ Faturamento	Assistente de internação /Auxiliar de internação/motorista/ supervisor de Internação	09	30 h/ semana
	Secretaria	Secretária	01
	Office boy	01	30 h/semana

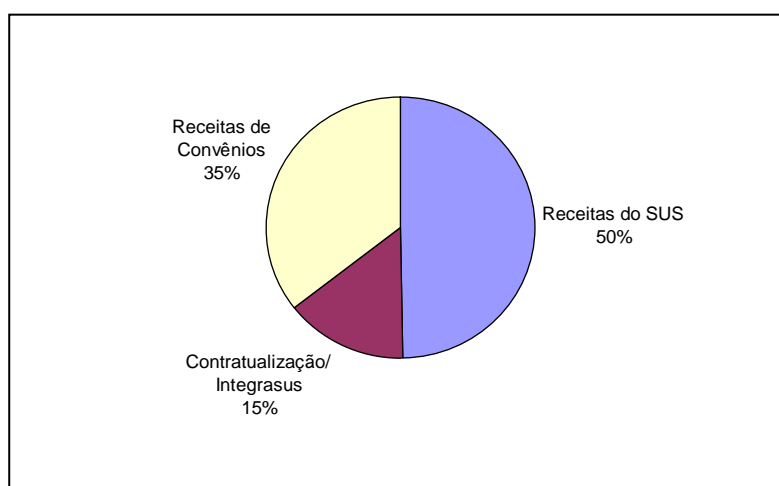
Fonte: Setor de Pessoal – HPT

Quadro 2 - Serviços de Profissionais Terceirizados – Hospital Paulo de Tarso

Unidades de Produção de Serviços	Cargo	Número de Profissionais	Carga Horária
	Médico Assistente	14	20 h/semana
Médicos	Plantonista	14	24 h/semana
Estagiários (bolsa) enfermagem	Acadêmico de Enfermagem	03	30 h/semana
Estagiários (bolsa)	Acadêmico de Nutrição	01	30 h/semana
Laboratório	Bioquímica/ Análises clínicas	-	Funciona 24h/dia
Medicina do Trabalho	Médico	-	Funciona 8h/dia exceto fim de semana

Fonte: Setor de Pessoal

Inicialmente, o Hospital Paulo de Tarso destinava 100% dos seus atendimentos a pacientes provenientes de convênio público com o Sistema Único de Saúde – SUS. Atualmente, atende 64% de pacientes provenientes do SUS e os demais provenientes de convênios privados. Quanto às fontes de recursos, sua principal receita é a operacional (96%), sendo o repasse do convênio do SUS e incentivos governamentais responsável por 65% da receita e o restante (35%) pelos convênios privados (Gráfico 7 e Tabela 6).

Gráfico 7 - Distribuição Percentual dos tipos de Receita Operacional do Hospital Paulo de Tarso (2008)

Fonte: Coordenação Contábil-Financeira

Tabela 6 - Fontes de Despesas do Hospital Paulo de Tarso (2007)

DESPESAS	VALOR (R\$)
DESPESAS COM PESSOAL	1.426.945,02
DESPESAS HOSPITALARES	1.986.437,28
DESPESAS ADMINISTRATIVAS	1.367.613,51
DESPESAS FINANCEIRAS	3.253,62
DESPESAS TRIBUTÁRIAS	45.670,89
TOTAL	4.829.920,32

Fonte: Coordenação Contábil-Financeira

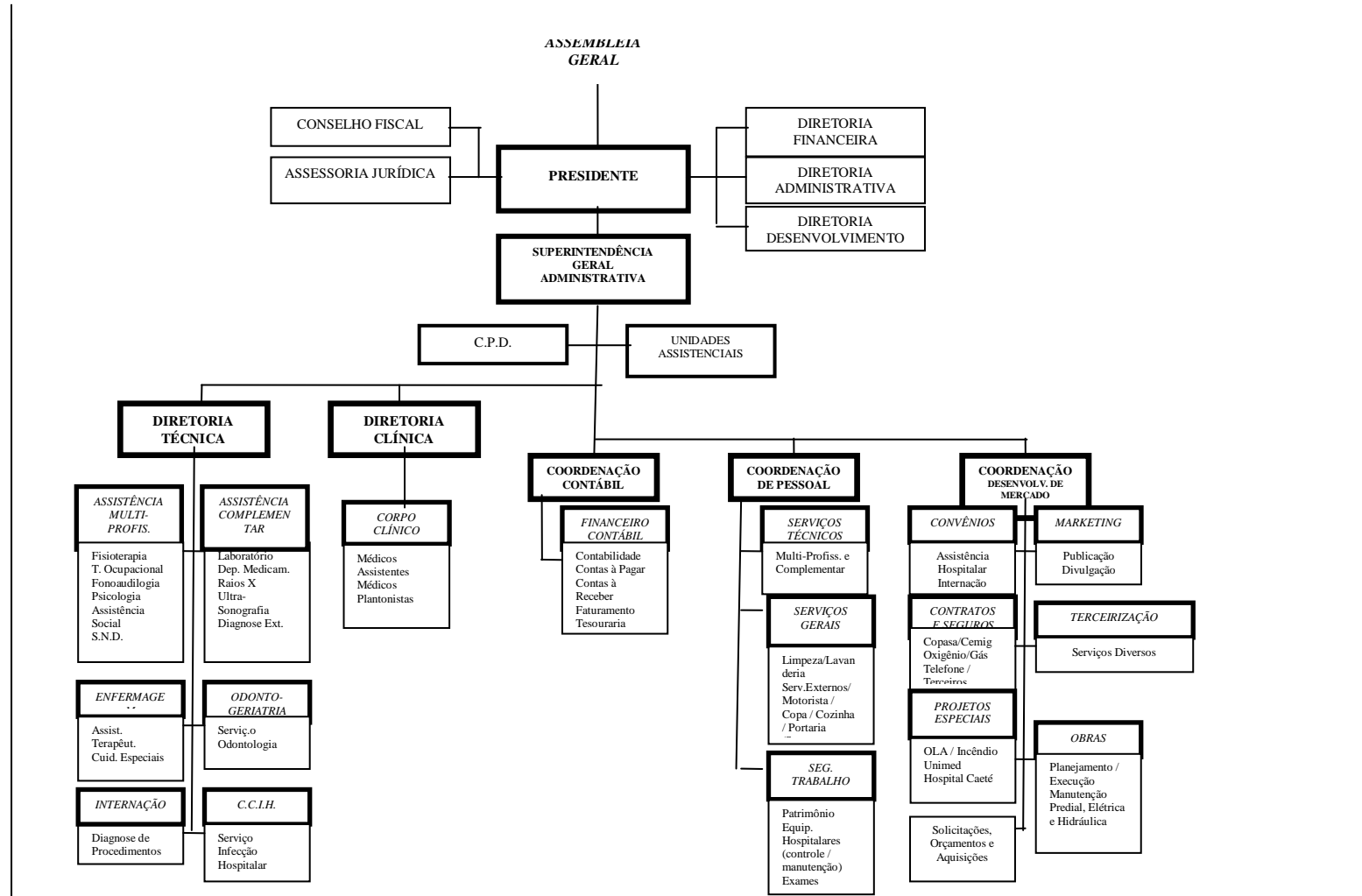
Ressalte-se que a folha de pagamento corresponde a 30% das despesas, como apresentado na Tabela 6 e que, em 2007, o hospital apresentou um saldo negativo, mesmo com o repasse do recurso da Contratualização (Tabela 7).

Tabela 7 Resumo Financeiro - Hospital Paulo de Tarso (2007)

RESUMO FINANCEIRO	VALOR (R\$)
Total das Receitas	4.489.385,78
Total das Despesas	<u>4.829.920,32</u>
DÉFICIT DO ANO	(- 340.534,54)

Fonte: Coordenação Contábil-Financeira

Figura 5 - Organograma Organizacional do Hospital Paulo de Tarso



6.2 A aplicação das normas de Vigilância Sanitária a serviço do cidadão

Inicialmente, cumpre informar que vistorias fiscais acontecem periodicamente em hospitais.

Por hipótese, cada problema detectado na vistoria fiscal é analisado em conjunto com o setor envolvido do hospital. As estratégias de intervenção e as metas para cada caso são definidas de forma pactuada entre a VISA-BH, a direção do hospital e o corpo técnico. Feito isso, aplica-se o plano pactuado, e o ciclo se reinicia com nova vistoria, à semelhança do ciclo PDCA (Figura 16).

Esses dados coletados ao longo de todo processo ficam disponibilizados no Banco de Dados do SISVISABH. O ciclo PDCA é continuamente aplicado, e conforme a Figura 13, verifica-se uma incorporação das novas práticas e dos novos conhecimentos pelos processos de trabalho do hospital. Esta metodologia proporciona conquistas de qualidade de forma contínua (Figura 19). Em hospitais ou qualquer assistência à saúde, esta metodologia tem importância ao forçar ou induzir que a organização esteja conforme as normas sanitárias e que o risco esteja sob controle ou mesmo eliminado.

Por meio da medição objetiva de indicadores, é possível analisar o impacto e a efetividade da conformação às leis sanitárias por parte do hospital geriátrico, objeto deste trabalho de pesquisa.

No Brasil, após a promulgação da portaria nº 196/83 que instituiu a implantação de Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) em todos os hospitais do país, o Ministério da Saúde elaborou um estudo em que foram avaliados 8.624 pacientes com mais de 24 horas de internação, cujo tempo médio de permanência foi de 11,8 dias. O número de pacientes com infecção hospitalar encontrado foi 1.129, com uma taxa de infecção hospitalar de 13%. Os maiores índices de infecção (18,4%) foram obtidos em hospitais públicos e os menores (10%) em hospitais privados sem fins lucrativos. A região Sudeste apresentou 16,4% dos casos de pacientes com quadro de infecção hospitalar, seguida do Nordeste com 13,1%, Norte com 11,5%, Sul com 9% e Centro Oeste com 7,2%. Diante destes dados, as infecções hospitalares são apontadas como um dos mais importantes riscos aos pacientes hospitalizados. Isso justifica a inclusão dos índices de infecção hospitalar como um parâmetro de controle da qualidade do serviço prestado por um hospital (ANDRADE; ANGERAMI, 1999; PRADE; OLIVEIRA; RODRIGUES, 1995).

Para o cálculo da densidade de incidência de infecção hospitalar, considera-se a frequência com que um evento ocorre em relação à quantidade de indivíduos-tempo sob risco (adulto-dia, etc.). A densidade de incidência que o Ministério da Saúde que admite como ocorrência máxima tolerada é de 13% dos pacientes internados.

Nesse sentido, a Dra Jeruza Aurora Quezada Romaniello, médica infectologista do Hospital Paulo de Tarso, ao concluir o relatório epidemiológico do ano de 2004, reconhece:

“A vigilância epidemiológica da morbidade, mortalidade bem como da letalidade hospitalar são de fundamental importância para uma compreensão dos processos de trabalho e qualidade da assistência da instituição. Acreditamos que seja primordial a criação de uma “comissão de óbitos” para um estudo mais profundo dos dados apresentados neste relatório, bem como de outros levantamentos estatísticos mais detalhados.”.

No caso específico, em meados de 2004, o Hospital passou por um processo de adequação às normas sanitárias por força da atuação da Vigilância Sanitária, que funcionou como impulsionadora para uma gestão horizontal, humanizada e baseada em planejamento com realização de metas e indicadores.

Àquela ocasião, o médico Fiscal Sanitário Lucas Cesar Carvalho de Lacerda, ao aplicar os roteiros de vistoria (mais de 50 roteiros são aplicados em cada estabelecimento. A guisa de ilustração apresentamos um desses roteiros no Anexo I) no Hospital, ficou alarmado com a situação encontrada: o índice médio de óbitos era de 28 ao mês, muitíssimo alto percentualmente em relação ao número de pacientes atendidos. Ainda não havia Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH – funcionando de forma a controlar as crescentes taxas de infecção hospitalar, de mortes por diversos fatores relacionados ao enfrentamento das diversas cepas resistentes aos antibióticos convencionais, como foi diagnóstico nas vistorias fiscais.

Essa situação foi levada ao Gerente da Vigilância Sanitária que decidiu usar este caso como piloto da intervenção sob a nova metodologia de trabalho recém-implantada.

A nosso ver, houve ainda uma feliz coincidência: a utilização da nova metodologia de inspeção da Vigilância Sanitária e a mudança do responsável pela CCIH com a chegada da Dra Jeruza Aurora Quezada Romaniello. Some-se a isso o pacto exitoso estabelecido entre a Vigilância Sanitária, a CCIH e a direção do hospital, e ainda a coação exercida pela potencial aplicação das penalidades previstas nas normas, inclusive a possibilidade de interdição do estabelecimento de saúde. Tudo em prol de um movimento

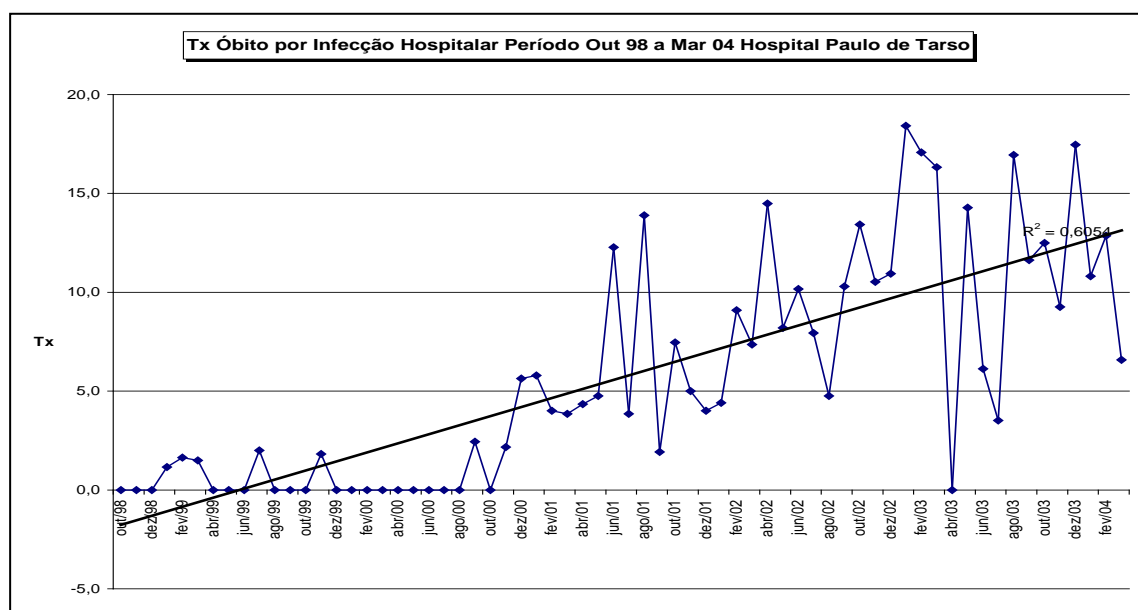
de adequação do referido Hospital às normas sanitárias para monitorar e controlar os pontos de riscos da sua atividade hospitalar.

Nesta seção apresentaremos dados que refletem os impactos da aplicação da metodologia de trabalho da VISA-BH, desde a mudança de paradigma estabelecida pela orientação dos trabalhos a partir do parâmetro risco sanitário medido.

O ano de 2004 serve como referência da aplicação das normas de cuidados. Serão apresentados dados epidemiológicos do Hospital Paulo de Tarso, coletados no período de Jan/2004 a Dez/2014.

No gráfico 8, podem ser vistas as taxas de óbito geral de out/98 a mar/04 demonstrando a crescente piora do principal parâmetro de controle da qualidade do serviço prestado por um hospital.

Gráfico8 - Taxa de Óbitos por infecção Hospitalar – out/98 a março/2004 (antes da intervenção da VISA).



Fonte: DATASUS

Um dos melhores indicadores de segurança sanitária de um hospital é a medida da ocorrência de infecções entre as pessoas internadas. A evolução da taxa de infecção hospitalar deste período está apresentada no Gráfico 9 e na Tabela 8.

A medida da taxa de densidade de infecção hospitalar (TDIH) refere-se ao número de pacientes infectados em um dado período, conforme a fórmula abaixo:

$$\text{TDIH} = \frac{\text{número de infecções hospitalares no período} \times 1.000}{\text{número de pacientes em risco no período}}$$

Gráfico 9 - Evolução das taxas de densidade de infecção e de média mensal de infecção, Hospital Paulo de Tarso 2004-2014

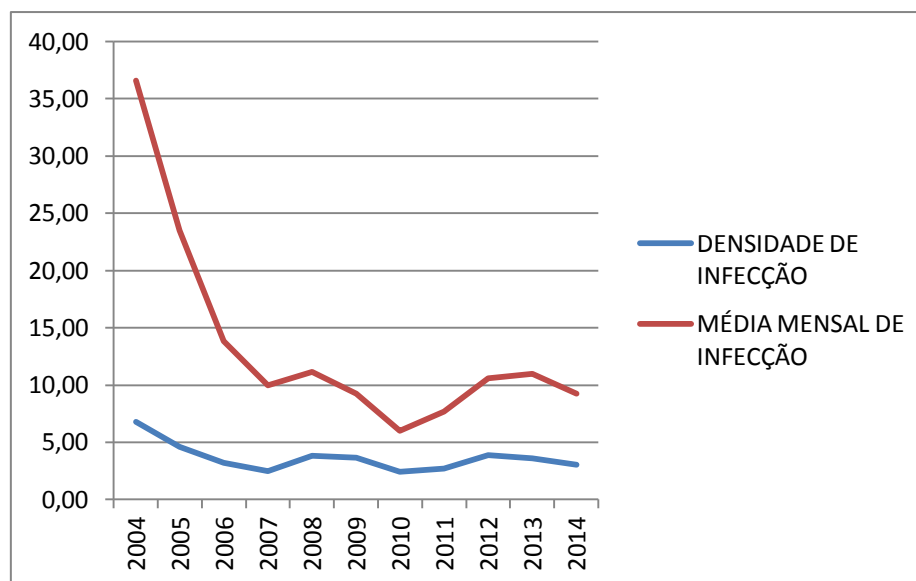


Tabela 8 - Evolução da densidade de infecção hospitalar, Hospital Paulo de Tarso, 2004-2014

Ano	Pacientes-Dia	Infecção Hospitalar	Densidade de Infecção
2004	64.752	439	6,78
2005	61.392	282	4,59
2006	51.736	166	3,21
2007	47.874	120	2,51
2008	35.166	134	3,81
2009	30.346	111	3,66
2010	29.586	72	2,43
2011	34.287	92	2,68
2012	32.567	127	3,90
2013	36.384	132	3,63
2014	36.717	111	3,02

Fonte: CCIH.

A maior taxa global de infecção hospitalar acontece no ano de 2004 e coincide com o diagnóstico da situação sanitária do hospital pela Vigilância Sanitária. Porém, já no ano de 2005, constata-se uma redução de 32% da densidade de infecções hospitalares e, em 10 anos – até 2014, a queda foi de 66% neste parâmetro.

Esses resultados refletem o impacto positivo da aplicação das normas, ou seja, da intervenção da Vigilância Sanitária e do efetivo controle pela CCIH local no sentido de aumentar os cuidados para evitar a disseminação bacteriana infectante. Várias mudanças decorreram da intervenção da Vigilância Sanitária de Belo Horizonte visando à melhoria da

sua prestação de serviços do referido Hospital. Dentre elas, destaca-se a criação ou aprimoramento de várias comissões com fins a executar tarefas de segurança sanitária, tais como: a Comissão de Ética Médica, a Comissão de Eventos Adversos, a Comissão de Prontuário, a Comissão de Revisão de Óbito, a Comissão de Farmácia e Terapêutica, a Comissão de Humanização e a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH.

Sobre a CCIH, como vimos acima, trata-se de uma comissão permanente, que atua como órgão de assessoria da Diretoria, com autonomia plena para decidir sobre assuntos que, direta ou indiretamente, estiverem relacionados com o controle de infecções hospitalares. Dentre as diversas funções da CCIH, destacam-se:

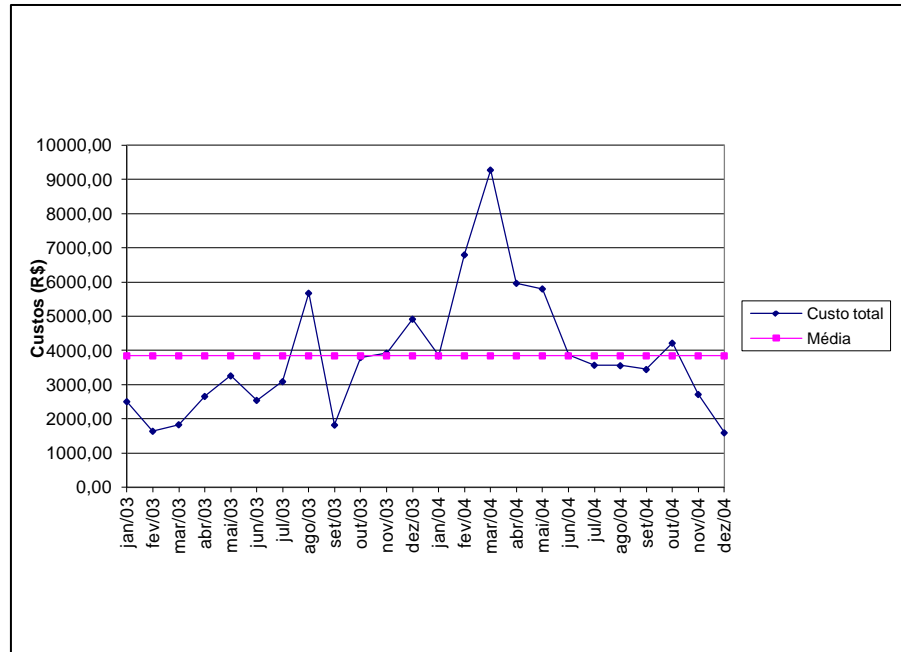
- a criação do Regimento Interno da CCIH;
- a implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções;
- a implantação de um Sistema de Vigilância Microbiológica das Infecções Hospitalares;
- a adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- a capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- o uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;
- a realização de auditoria interna (visitas técnicas) dos setores de assistência direta ao paciente;
- a elaboração e divulgação regular de relatórios acerca da situação do controle das infecções hospitalares e sua comunicação a todos os setores do hospital, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar.

A atuação da CCIH, sob a coordenação da Dra. Jeruza Aurora Quezada Romaniello, conseguiu estabelecer protocolos de adequação da antibioticoterapia e treinar o staff do Hospital. Também deve ser destacada a parceria firmada com o Hospital Municipal Odilon Behrens, por iniciativa da CCIH, para as situações de debridamento cirúrgico de úlceras de pressão (escaras).

Outro efeito imediato refere-se ao gasto financeiro com antimicrobianos (Gráfico 10). No primeiro semestre, o gasto foi em média de R\$ 5.925,29/mês. No segundo semestre houve uma reavaliação na padronização dos antimicrobianos, na qual foram introduzidas novas drogas permitindo realizar terapia sequencial, e os gastos diminuíram para em média

R\$ 3.184,90/mês, ou seja, uma redução de 53,75% ao mês. O custo total com antimicrobiano no ano de 2004 foi de R\$ 54.661,13.

Gráfico 10 - Gastos em reais com antibióticos, Hospital Paulo de Tarso, Janeiro 2003 a Dezembro 2004.



Fonte: CCIH

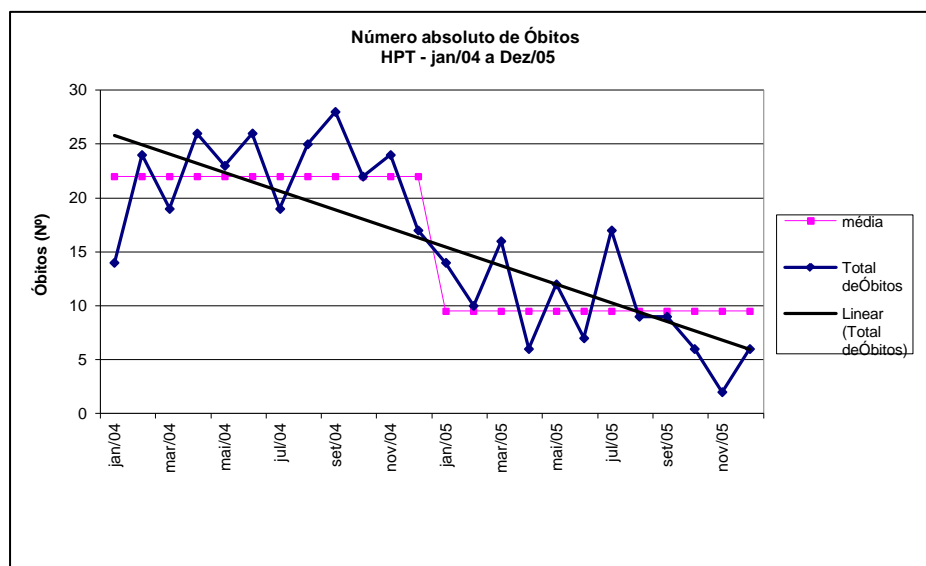
Outro indicador extremamente relevante é a taxa de mortalidade relacionada à infecção hospitalar. Três infecções são particularmente importantes na população geriátrica: pneumonias, infecção do trato urinário e úlceras de decúbito (escaras).

Assume-se para o cálculo da Taxa de Letalidade associada à infecção hospitalar (TLAIH):

$$\text{TLAIH} = \frac{\text{n}^\circ \text{ óbitos de pacientes com IH no período}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes com IH no período}} \times 100$$

Desde 2004, observa-se uma tendência à redução do número absoluto de óbitos (Gráfico 11).

Gráfico 11 - Número absoluto de óbitos, Hospital Paulo de Tarso - Janeiro de 2004 a Dezembro de 2005.

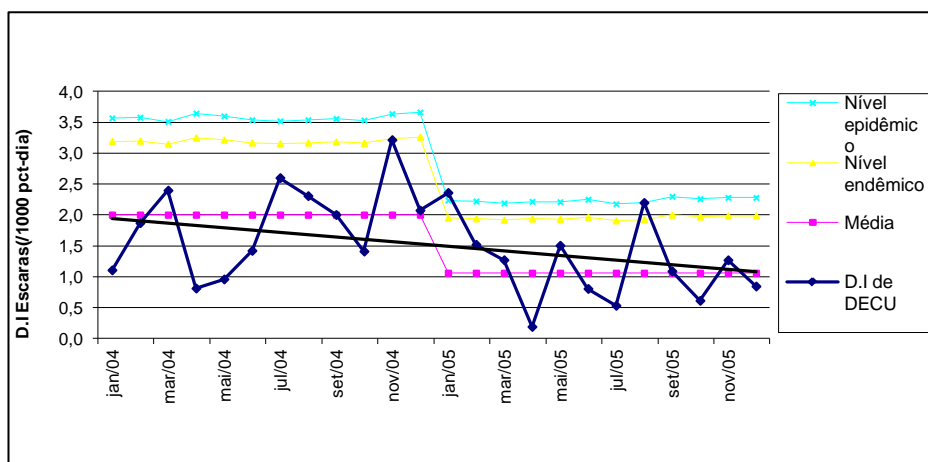


Fonte: CCIH

Essa inflexão na curva em janeiro de 2005 reflete a parceria firmada com o Hospital Municipal Odilon Behrens para realização de debridamento de úlceras de pressão (escaras) dos pacientes internados no Hospital Paulo de Tarso. A densidade de Incidência de Escaras apresentou tendência ao declínio em função da reestruturação do Grupo de acompanhamento de lesões cutâneas, da agilização dos procedimentos cirúrgicos (Debridamento) e da estruturação do grupo de Suporte Nutricional. Apresentaremos a seguir gráfico da evolução da incidência de úlceras de pressão (escaras), no período de 2004 a 2006, os dois anos iniciais deste processo.

A seguir, são apresentados gráficos relativos à evolução dos indicadores de infecção hospitalar e de mortalidade de acordo com o sítio da infecção e a clínica de cuidados, de diferentes períodos de observação no mesmo hospital, até 2014 (Gráficos 12 a 23).

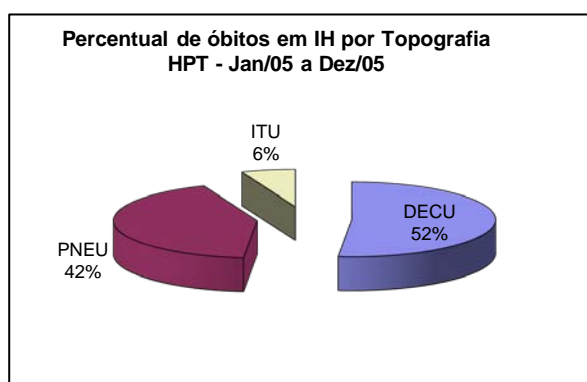
Gráfico 12 - Densidade de Incidência de Escaras – DECU, Hospital Paulo de Tarso, janeiro 2004 a dezembro 2005



Fonte: CCIH

Em setembro 2005, a mudança da coordenação do grupo de Lesão resultou em um aumento do número de escaras, o que denota a importância de se ter uma equipe bem treinada. No ano de 2005, a taxa de mortalidade por infecção hospitalar caiu para 12,95 e variou com a topografia de Infecção de Trato Respiratório – PNEU 42%, Pele e tecidos moles (escara) 52%, seguido de Infecção do Trato Urinário – ITU 6% (Gráfico 13).

Gráfico 13 Distribuição dos óbitos segundo a localização da Infecção hospitalar, Hospital Paulo de Tarso, 2005

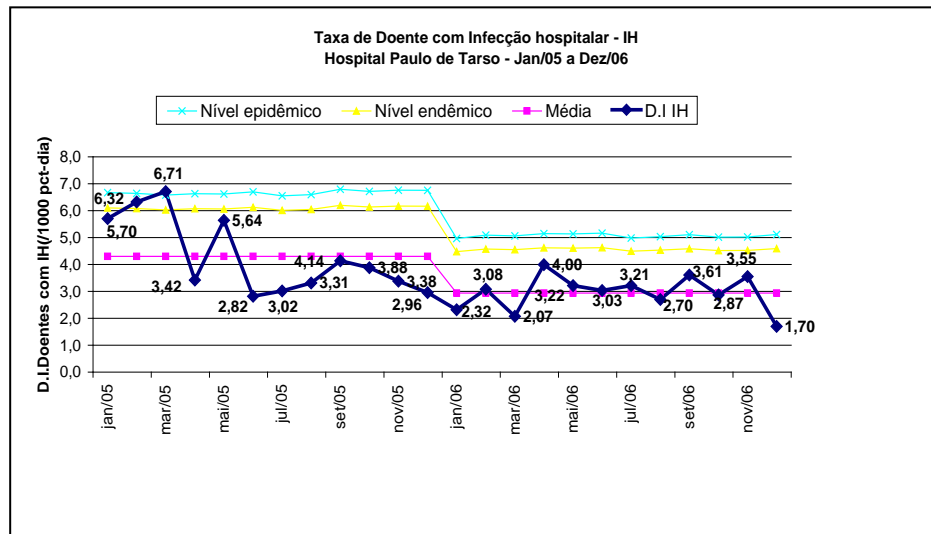


Fonte: CCIH

A média anual de óbitos em 2005 e 2006 foi, respectivamente, de 4,59 e 3,21 e já se observa uma tendência a queda dessa taxa (dados não apresentados).

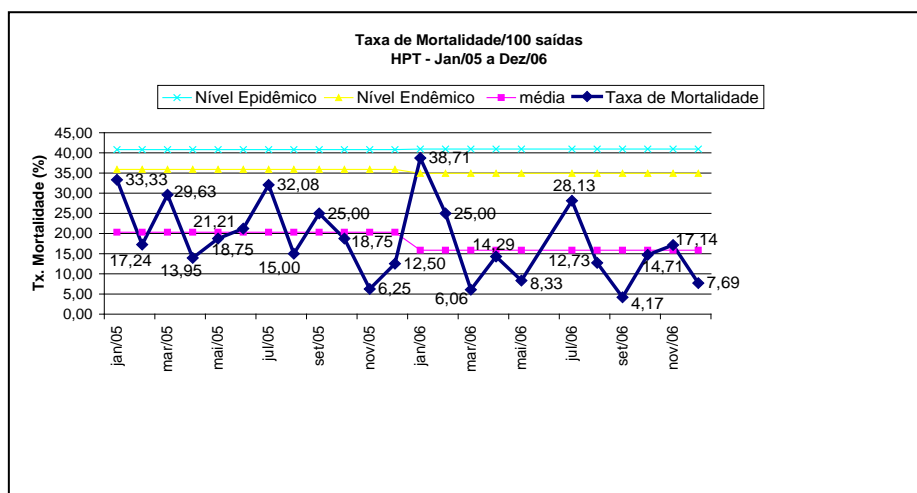
Cumprе ressaltar que, a partir de Julho de 2006 foram admitidos, na instituição, pacientes de plano privado de saúde, cadastrados como pacientes da Clínica Médica, cujo perfil era de cuidados paliativos, tendo havido um aumento da taxa de óbito de 2006 em relação a 2005.

Gráfico 14 - Taxa de infecção hospitalar, Hospital Paulo de Tarso (janeiro 2005 a dezembro 2006)



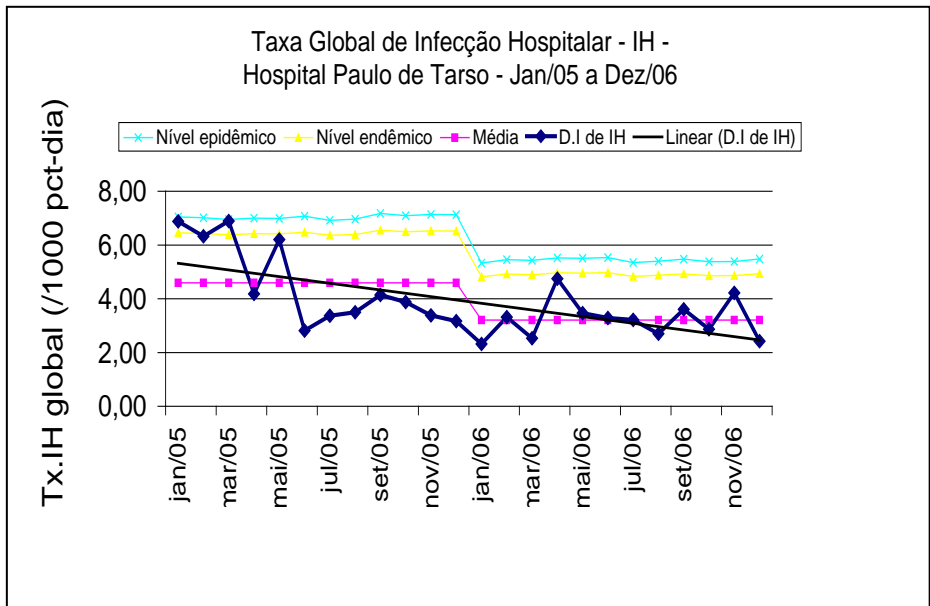
Fonte: CCIH

Gráfico 15 - Taxa de Mortalidade/100 saídas, Hospital Paulo de Tarso, Janeiro 2006 a Dezembro 2008.



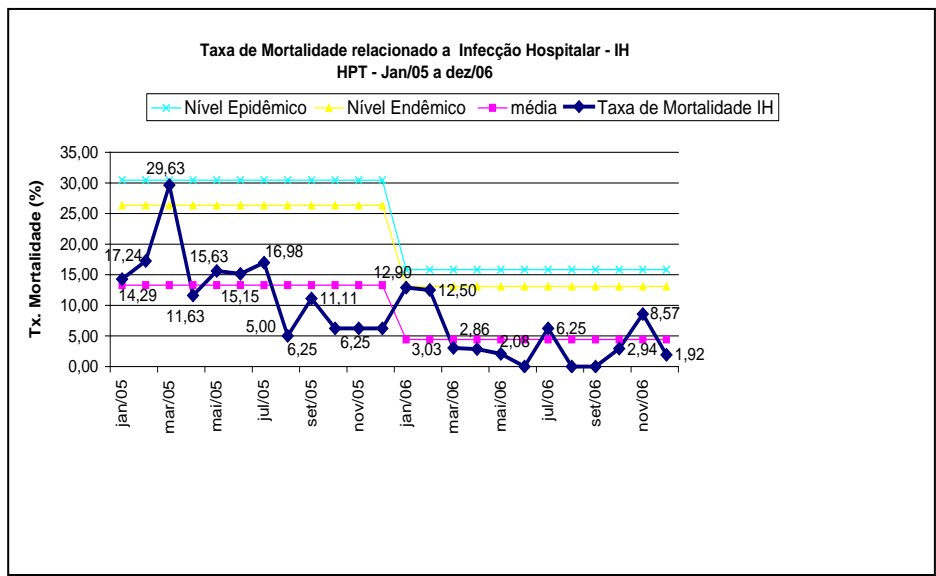
Fonte: CCIH

Gráfico 16 – Taxa Global de Infecção Hospitalar, Hospital Paulo de Tarso, Janeiro 2005 a Dezembro 2006.



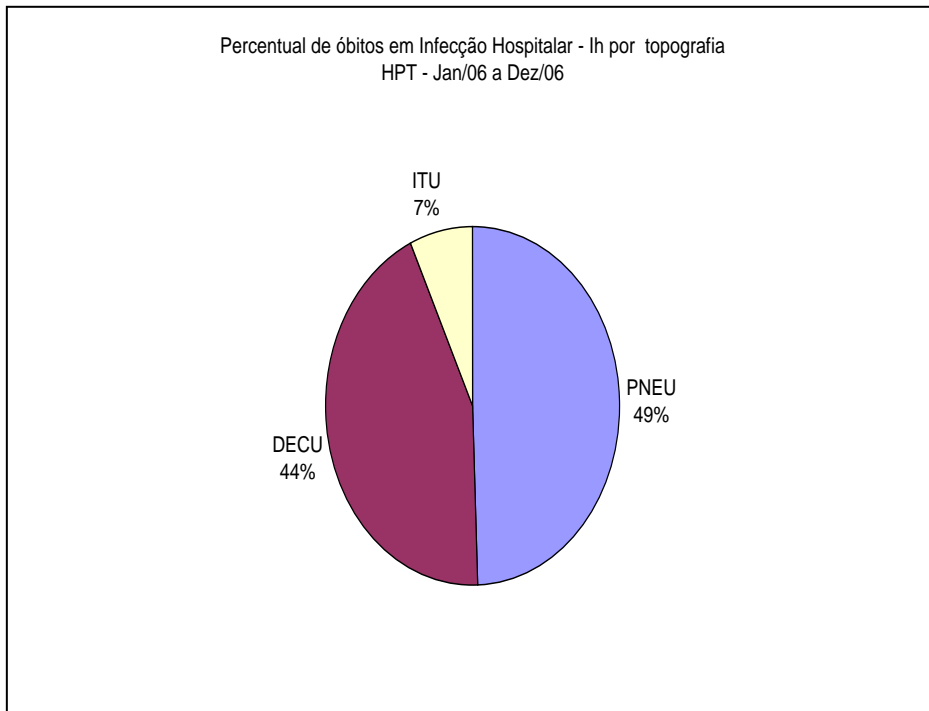
Fonte: CCIH

Gráfico 17 - Taxa de Mortalidade relacionada a Infecção Hospitalar, Hospital Paulo de Tarso, janeiro 2005 a dezembro 2006.



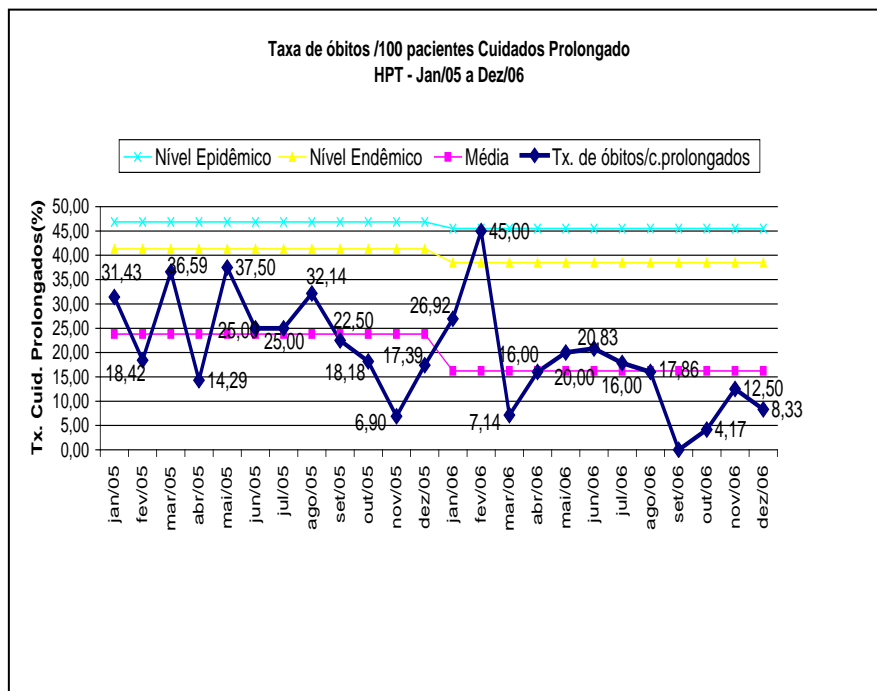
Fonte: CCIH

Gráfico18 - Percentual de Óbitos segundo a topografia da infecção hospitalar, Hospital Paulo de Tarso, janeiro 2005 a dezembro 2006.



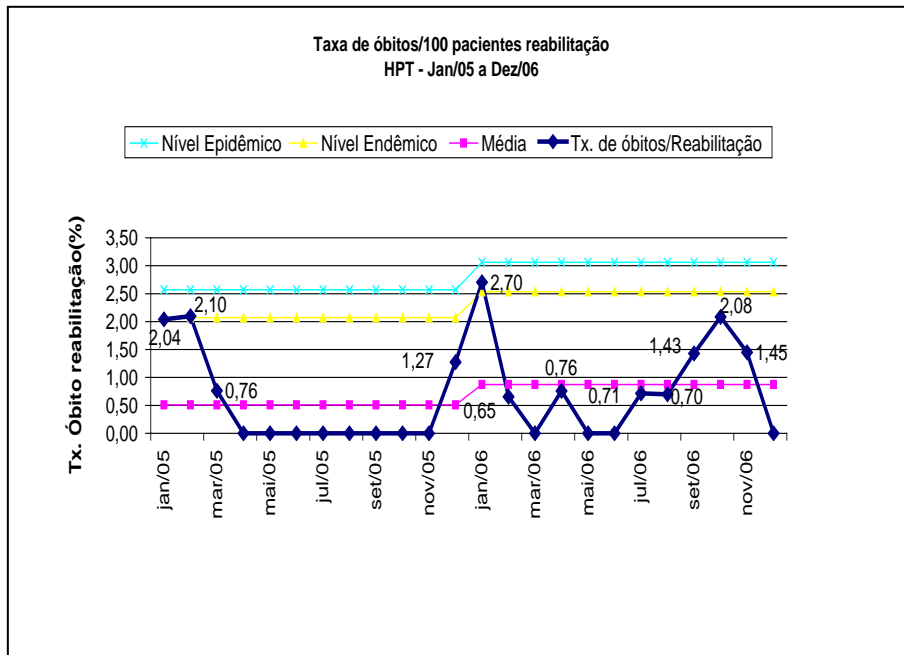
Fonte:SIM

Gráfico 19 - Taxa de Óbitos/100 pacientes Cuidados Prolongados, Hospital Paulo de Tarso, janeiro 2005 a dezembro 2006.



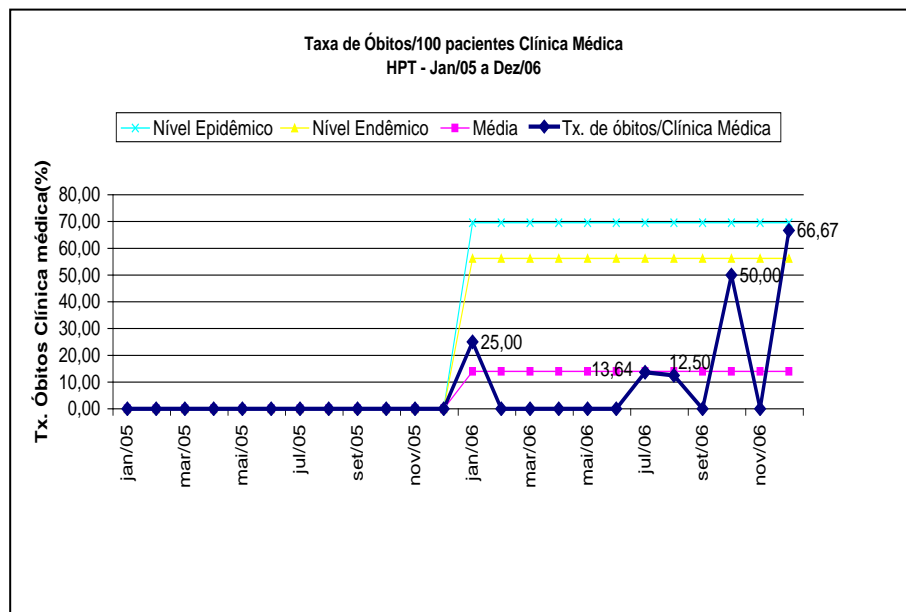
Fonte: SIM

Gráfico 20 - Taxa de Óbitos/100 pacientes reabilitação, Hospital Paulo de Tarso, janeiro 2005 a dezembro 2006.



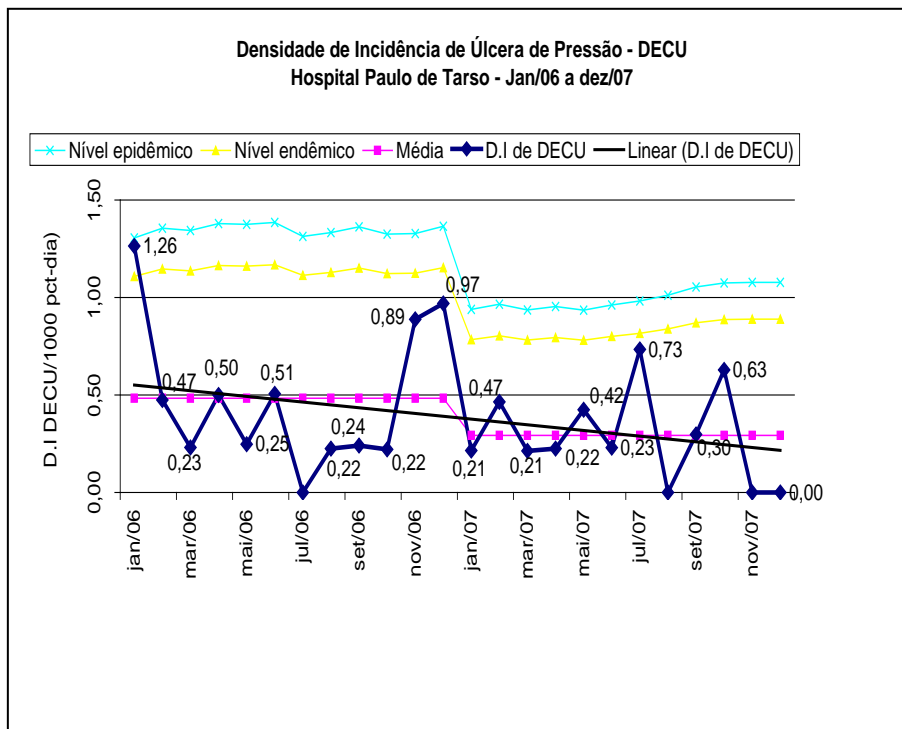
Fonte: CCIH

Gráfico 21 - Taxa de Óbitos/100 pacientes Clínica Médica, Hospital Paulo de Tarso, janeiro 2005 a dezembro 2006.



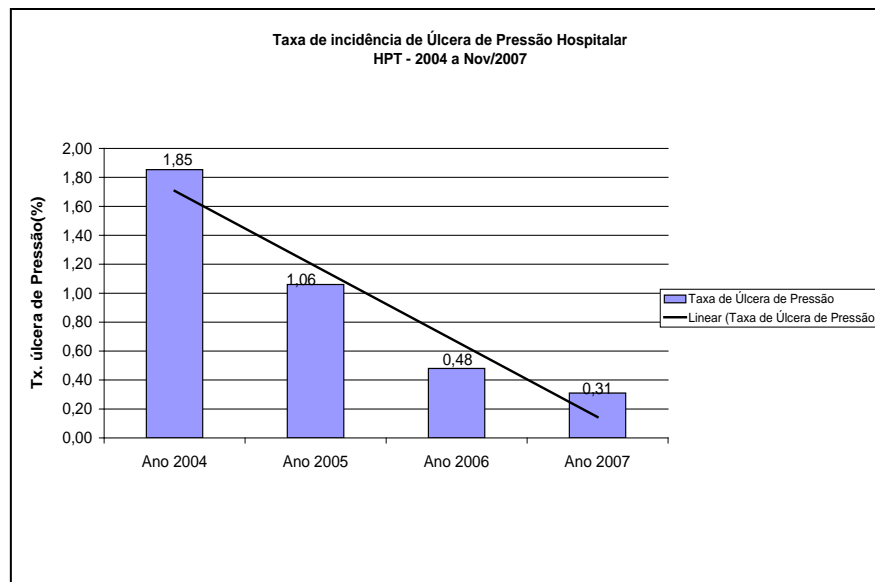
Fonte: CCIH

Gráfico 22- Densidade de Incidência de Úlcera de Pressão (DECU), Hospital Paulo de Tarso, Janeiro 2006 a Dezembro 2007



Fonte: CCIH

Gráfico 23 - Taxa de Incidência de Úlcera de Pressão, Hospital Paulo de Tarso (2004-2007)



Fonte: CCIH

Em novembro de 2006, houve um aumento no surgimento de úlceras de pressão, decorrente da troca da gerência de enfermagem, em outubro de 2006, gerando nova

adequação e treinamento da equipe de enfermagem. Em setembro 2007 houve um pico de úlceras, não ultrapassando o limite epidêmico. A CCIH entrou em contato com a supervisão de enfermagem e orientou sobre a prevenção de infecção de pele e Tecidos moles.

Outra evolução histórica diz respeito à Gestão de Qualidade, que são atividades relacionadas à organização e coordenação dos processos relativos ao planejamento, a melhoria da gestão e política da qualidade. A partir de 2007, com a criação do Grupo Gestor, condutor das decisões do Hospital, conforme apresentado no Organograma Organizacional (Figura 05), foi iniciado um monitoramento da qualidade à assistência prestada aos usuários do serviço de saúde que em conjunto com representantes da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte compuseram a Comissão de Acompanhamento do Convênio com o SUS.

Ainda em 2007, o Hospital firma a Contratualização junto ao Ministério da Saúde, a qual norteou as primeiras metas a serem cumpridas e monitoradas. A confecção do Plano Diretor direcionou a criação de novas metas a serem cumpridas para o próximo período.

Segundo a Dra. Jeruza Aurora Quezada Romaniello, desde então, a preocupação com a melhoria da assistência hospitalar passou a ser compartilhada com todos os colaboradores da instituição e novas metas foram criadas baseadas no bem estar do paciente. A equipe passa a ser mais consciente em relação ao seu papel na instituição objetivando o crescimento profissional e humanizado de todos os colaboradores. Como outro reflexo, o hospital vem conquistando, desde então, melhorias em relação à sua gestão como um todo, tendo certificado ISO9001/2000.

6.3 Os impactos financeiros da aplicação da norma

No Brasil, após a promulgação da portaria 196/83, o Ministério da Saúde elaborou um estudo em que foram avaliados 8.624 pacientes com mais de 24 horas de internação, cujo tempo médio de permanência foi de 11,8 dias. O número de pacientes com infecção hospitalar encontrado foi 1.129, com taxa de pacientes com infecção hospitalar de 13%. Os maiores índices de infecção (18,4%) foram obtidos em hospitais públicos e os menores (10%) em hospitais privados sem fins lucrativos. A região Sudeste apresentou 16,4% dos casos de pacientes com quadro de infecção hospitalar, seguida do Nordeste com 13,1%, Norte com 11,5%, Sul com 9% e Centro Oeste com 7,2%. Diante destes dados, as infecções hospitalares são apontadas como um dos mais importantes riscos aos pacientes hospitalizados. Isso justifica a inclusão dos índices de infecção hospitalar como um

parâmetro de controle da qualidade do serviço prestado por um hospital (ANDRADE; ANGERAMI, 1999; PRADE; OLIVEIRA; RODRIGUES, 1995).

O impacto econômico das infecções hospitalares e na comunidade foi relatado em inúmeros estudos, mas a interpretação desses dados tem limitações em função das diferenças na estrutura das economias dos países, das mudanças no perfil das casuísticas ao longo do tempo e da heterogeneidade dos componentes incluídos na equação de custos (BROEX *et al.*, 2009; GASTMEIER, 2004). Além disto, derivar estimativas precisas dos custos diretamente associados às infecções hospitalares pode ser difícil quando os efeitos da gravidade clínica do paciente não podem ser corrigidos adequadamente (DUNAGAN *et al.*, 2002). Os custos hospitalares dessas infecções decorrem, essencialmente, do aumento na permanência hospitalar do paciente, do tempo gasto pela equipe profissional, e da utilização de recursos diagnósticos e terapêuticos (DEFEZ *et al.*, 2008; DIPIRO *et al.*, 1998; PLOWMAN *et al.*, 2001). Uma revisão sobre o tema encontrou que os custos hospitalares aumentam de 34% a 203% (média de 115%) nos pacientes que desenvolvem uma infecção do sítio cirúrgico (BROEX *et al.*, 2009).

Em estimativas pontuais para os custos atribuíveis e tempo de internação hospitalar, infecções da corrente sanguínea associadas a cateteres centrais foram consideradas as infecções hospitalares mais caras, seguido de pneumonia associada à ventilação mecânica, infecções de sítio cirúrgico, infecção por *Clostridium difficile*, e infecções do trato urinário associadas a cateter. Os custos anuais totais para as cinco principais infecções foram U\$ 9,8 bilhões dólares, com as infecções de sítio cirúrgico sendo as que mais contribuíram para os custos totais, seguido de pneumonia associada ao ventilador, infecções da corrente sanguínea associadas a cateteres centrais, infecções por *C. difficile* e infecções do trato urinário associadas a cateter (ZIMLICHMAN *et al.*, 2013).

No presente caso, a análise do impacto financeiro também é contundente.

Desde a intervenção da Vigilância Sanitária, o Hospital reduziu seus gastos, conforme dados do DATASUS (Tipo de Despesa: Internação Hospitalar – Pago pelo Ministério da Saúde e Internação Hospitalar – Pago pelo município) (Figura 6).

Figura 6 - Cópia da consulta ao DDATASUS sobre a evolução de gastos, Hospital Paulo de Tarso (2004-2006)

Ministério da Saúde

Informações de Saúde

DDATASUS
Tecnologia da Informação a serviço do SUS

[Ajuda](#) [Notas técnicas](#)

Valores aprovados da produção SUS (por Prestador) - Conceito de Período de Competência - Minas Gerais

Valor bruto por Ano Competência segundo Estabelecimento
 Tipo de Despesa: Intern.Hosp. (Pago p/MS), Atend.Ambul. (Pago p/MS), Intern.Hosp. (Pago p/mun), Atend.Ambul. (Pago p/mun), Intern.Hosp. (Pago p/est), Atend.Ambul. (Pago p/est)
 Estabelecimento: 17226044000137 ASSOCIACAO BENEFICENTE PAULO DE TAR (*)
 Período: 2004-2006

Estabelecimento	2004	2005	2006	Total
TOTAL	3.274.121,84	3.039.161,78	2.462.668,29	8.775.951,91
17226044000137 ASSOCIACAO BENEFICENTE PAULO DE TAR (*)	3.274.121,84	3.039.161,78	2.462.668,29	8.775.951,91

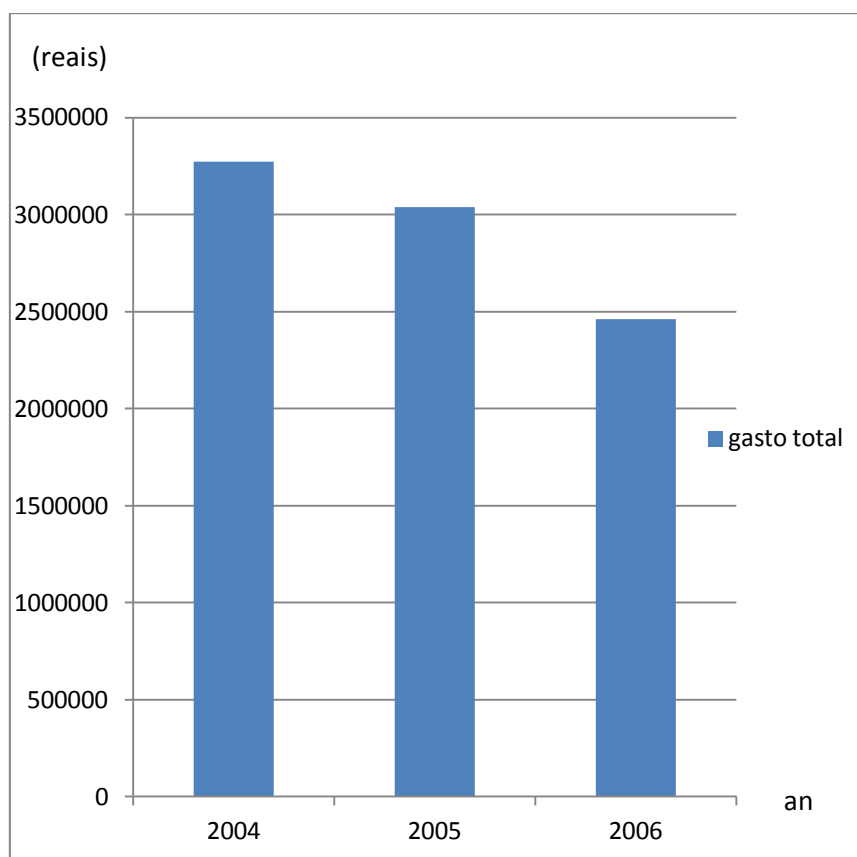
Fonte: Ministério da Saúde - SIH/SUS, SIA/SUS e Fundo Nacional de Saúde
 Observação: Os estabelecimentos assinalados com asterisco indicam que, para esta raiz de CGC, há outros estabelecimentos cadastrados com razão social diferente. Veja as [Notas Técnicas](#).
 Consulte o site da [Secretaria Estadual de Saúde](#) para mais informações.

[Copia como .CSV](#) [Copia para TabWin](#) [Mostra como gráfico](#)

[Voltar](#)

Fonte: DDATASUS.

Assim, a diferença nominal de gastos entre o ano de 2004 e o ano de 2006 foi de R\$ 811.453,00 (oitocentos e onze mil, e quatrocentos de cinquenta e três reais) a menos, o que representa uma economia de 24,78 % no período (Gráfico 24 e Tabela 9).

Gráfico 24 - Evolução anos dos gastos, Hospital Paulo de Tarso (2004-2006)

Fonte: DATASUS

Tabela 9 - Evolução dos gastos, da permanência e dos óbitos, Hospital Paulo de Tarso (2003-2006)

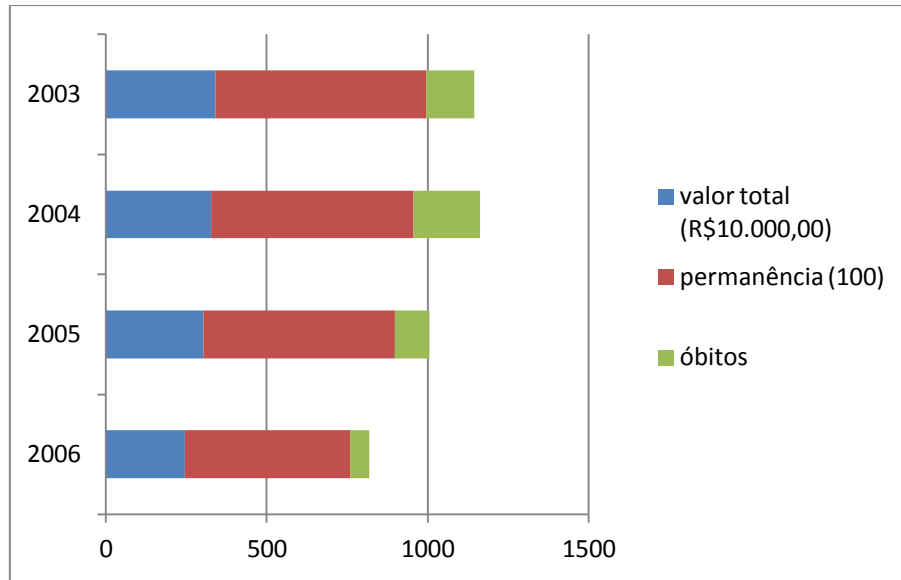
GESTÃO DA QUALIDADE ISO 9001:2000 VISA BH

Ano	Valor Total	Permanência	Óbitos
2003	3.415.710,27	65245	149
2004	3.274.121,84	62751	207
2005	3.039.161,78	59448	106
2006	2.462.672,32	51331	59

Fonte: DATASUS

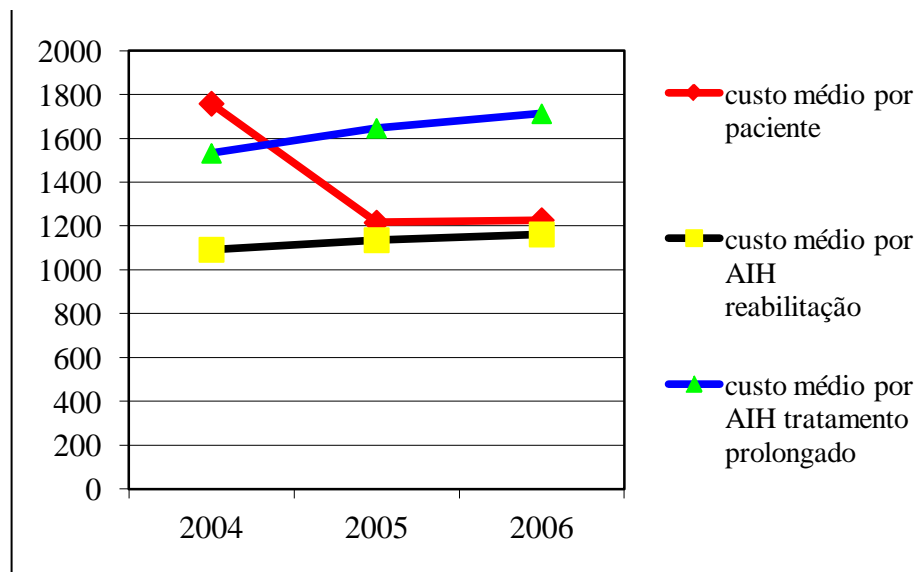
Observa-se que a redução dos gastos evolui na proporção direta da redução da permanência e do número de óbitos verificados no hospital no período 2004 a 2006 (Gráficos 25 a 28).

Gráfico 25 – Evolução dos gastos, permanência (dias) e óbitos, Hospital Paulo de Tarso (2003-2006)



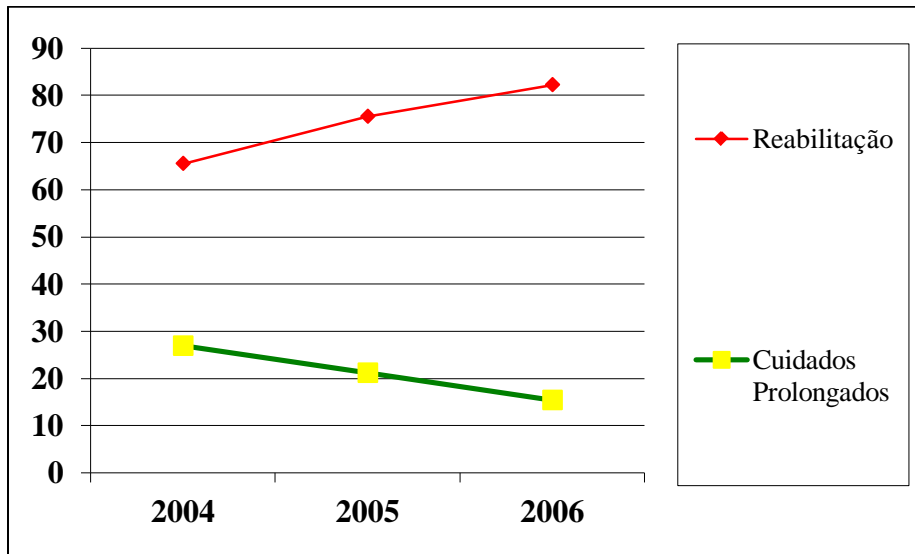
Fonte: DATASUS

Gráfico 26 - Relação custo por tipo de tratamento, Hospital Paulo de Tarso (2004-2006).



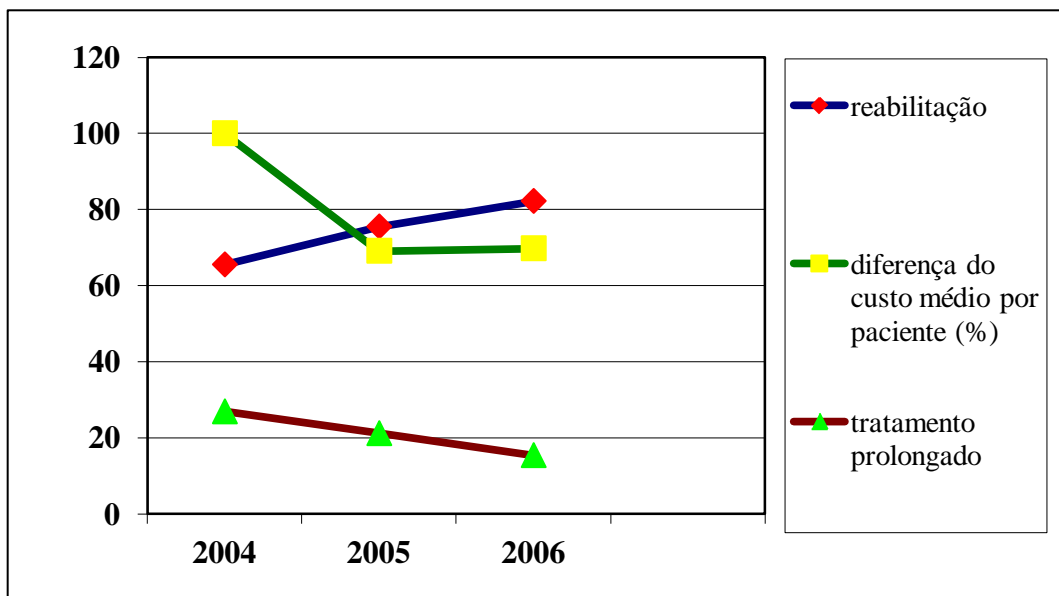
Fonte DATASUS

Gráfico 27 - Comparativo percentual entre pacientes internados para reabilitação e para cuidados prolongados, Hospital Paulo de Tarso (2004-2006)



Fonte DATASUS.

Gráfico 28 - Comparativo percentual dos custos entre pacientes de reabilitação e de cuidados prolongados, Hospital Paulo de Tarso (2004-2006)



Fonte DATASUS

Pode-se notar que o custo médio por paciente diminuiu em função da redução da duração da internação e do número de tratamentos prolongados, o que possibilitou, além da economia financeira, a abertura de vagas para pacientes de em cuidados de reabilitação.

Outro relevante resultado da atuação da Vigilância Sanitária e da CCIH foi a mudança no processo de admissão dos pacientes. O setor de acolhimento passou a:

- identificar e selecionar o perfil do paciente em condições de ser adequadamente cuidado pela instituição, uma vez que o hospital não contava com bloco cirúrgico. Pacientes com feridas extensas e complexas que demandavam debridamento cirúrgico e cuidados frequentes de enfermagem passaram a ser encaminhados para outros hospitais de maior porte, mais preparados para esse tipo de cuidado;

- mapear a flora bacteriana do recém-chegado, de modo a identificar a terapia com o antibiótico mais eficiente para cada caso, inclusive com testes de resistência bacteriana a certas categorias de antimicrobianos. Esta providência evitou a contaminação de pacientes já internados, bem como a introdução de cepas resistentes.

Em um ambiente de recursos escassos e diminuindo a cada dia, economias como estas são valiosas, ainda mais acompanhadas de ganhos de qualidade na prestação de serviços. Chamamos a atenção para o fato de que o Hospital Paulo de Tarso é uma das unidades do SUS Belo Horizonte com o menor custo para a Prefeitura de Belo Horizonte.

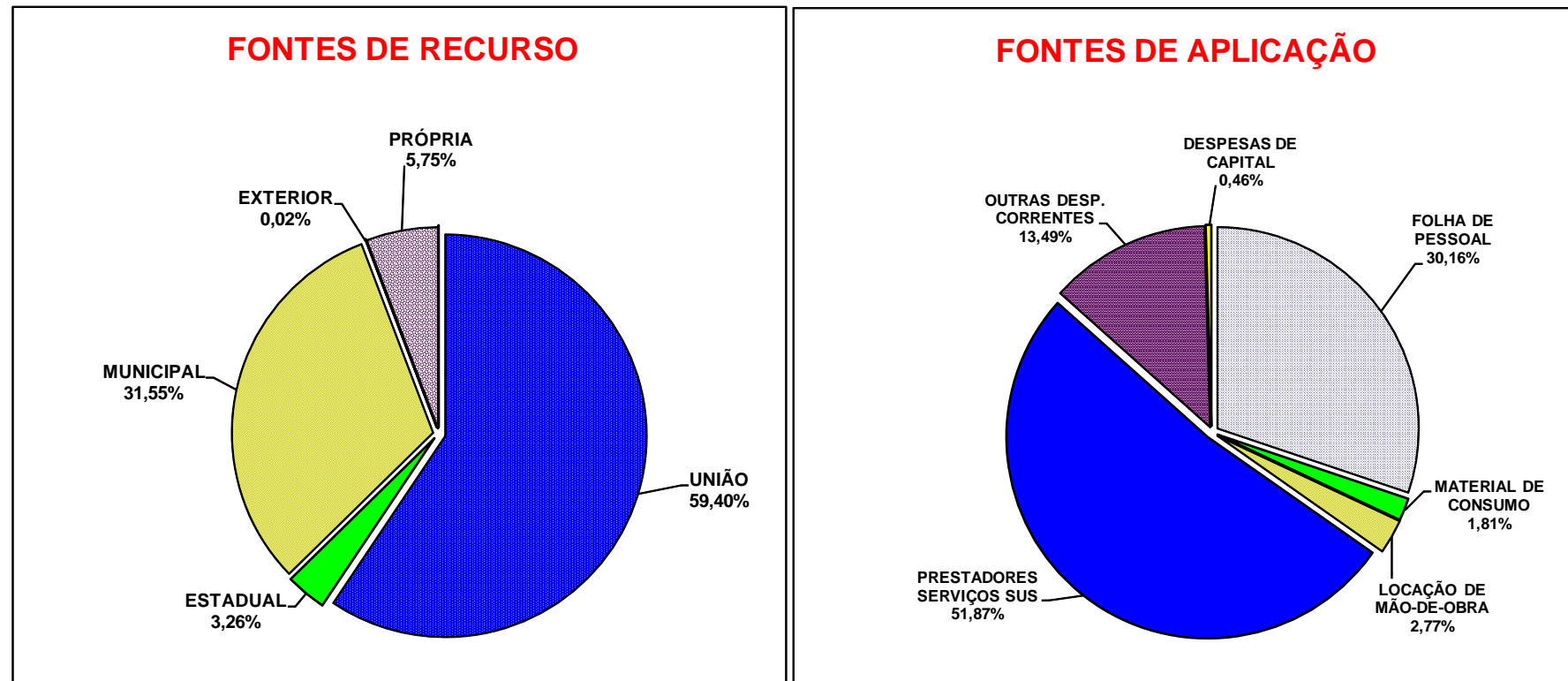
A seguir, apresentaremos, na Figura 7, uma cópia do demonstrativo de receitas e despesas da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, para o ano de 2006. Esse documento servirá como parâmetro para as projeções de cálculos da potencial economia que seria acumulada dos anos de 2007 a 2015, caso esta metodologia fosse aplicada em todos os serviços de saúde da capital e se mantivesse estável a inflação do período.

Figura 7 - Demonstrativo da Análise Financeira do Exercício Financeiro de 2006, Belo Horizonte.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE			
ANÁLISE FINANCEIRA DO EXERCÍCIO DE 2006			
POSIÇÃO EM 31 DE DEZEMBRO DE 2006			
R E C E I T A S		D E S P E S A S	
RECEITAS	907.728.787,38	DESPESAS CORRENTES	838.860.598,45
UNIÃO	539.209.789,39	FOLHA DE PESSOAL	254.146.797,84
MUNICIPAL	286.410.686,38	TRANSFERÊNCIAS A INSTITUIÇÕES –	
ESTADUAL	29.626.611,82	SUBVENÇÕES	47.737.792,92
PRÓPRIA	52.202.422,73	DIARIAS CÍVIL	111.077,38
OUTRAS INSTITUIÇÕES	87.748,08	AUXILIO ALIMENTAÇÃO	685.980,00
EXTERIOR	191.528,98	OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS E CONTRIBUTIVAS	43.699,74
		AUXÍLIO FINANCEIRO A PESSOAS FÍSICAS – TFD	483.357,86
		DESPESAS DE EXERCÍCIOS ANTERIORES	3.952.974,52
		INDENIZAÇÕES E RESTITUIÇÕES	6.059.203,41
		MATERIAL DE CONSUMO	15.259.949,73
		MATERIAL PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUÍTA	14.172.390,85
		SERVIÇOS DE CONSULTORIA	69.167,88
		OUTROS SERVIÇOS TERCEIROS – PESSOA FÍSICA	4.331.019,46
		OUTROS SERVIÇOS TERCEIROS – PESSOA JURÍDICA	468.457.540,96
		LOCAÇÃO DE MÃO-DE-OBRA	23.349.645,90
		DESPESAS DE CAPITAL	3.854.069,51
		OBRAS E INSTALAÇÕES	249.293,35
		EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE	3.603.188,83
		DESPESAS DE EXERCÍCIOS ANTERIORES	1.587,33
A = RECEITA TOTAL	907.728.787,38	B = DESPESA ORÇAMENTÁRIA TOTAL	842.714.667,96
		C = A - B = SUPERÁVIT ORÇAMENTÁRIO	65.014.119,42

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2006.

Figura 8 – Distribuição percentual das Fontes de Recursos e de Aplicação dos Recursos Financeiros da Secretaria da Saúde de Belo Horizonte, 2006



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2006.

Neste ponto, trazemos uma projeção da economia financeira acumulada, no período de 2007 até 2015 para a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Os resultados concretos obtidos no Hospital Paulo de Tarso em função do emprego da metodologia da Vigilância Sanitária permitem estimar uma economia relativa ao impacto inicial da ordem de 9,1% nos três primeiros anos e de 5% nos anos seguintes. Tomando como parâmetros para os cálculos com a assistência à saúde pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, que 51,87% dos gastos totais referem-se a prestadores do SUS (Figura 8). Caso fosse mantida a mesma proporção de economia, temos:

- Total de gastos no ano de 2006 = R\$ 842.714.667,96;
- Economia de gastos nos 3 primeiros anos = 9,12 % ao ano;
- Economia de gastos após os 3 primeiros anos = 5,00 %;
- Projeção do total de gastos no período 2007-2015 = R\$ 7.584.432.011,64;
- Projeção do total de economia acumulada no período 2007-2015 = R\$ 483.381.134,00.

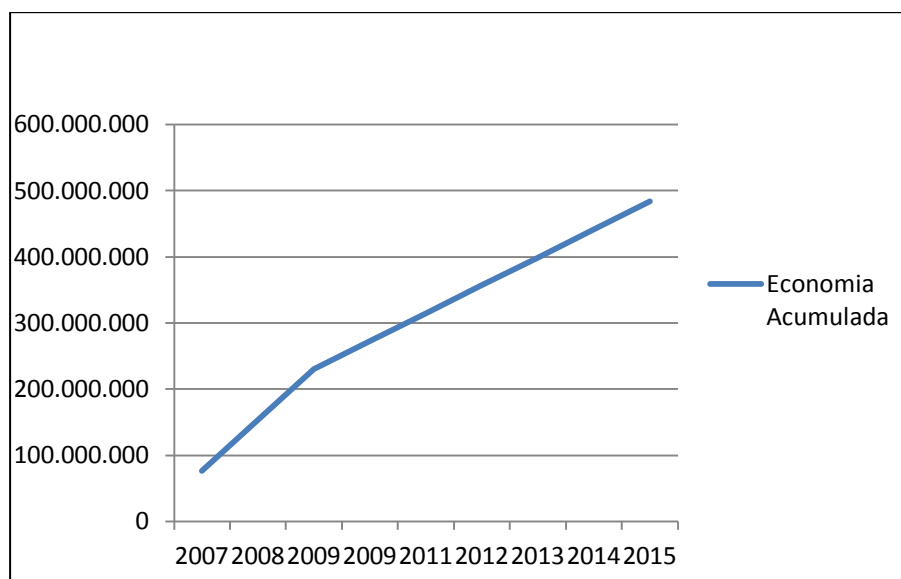
Estes dados estão sumarizados na Tabela 10 e ilustrados no Gráfico 29.

Tabela 10 - Projeção da economia financeira de assistência à saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, acumulada em caso de aplicação da metodologia da Vigilância Sanitária para o período 2007-2015.

Ano	Economia Acumulada (R\$)
2007	76.855.578
2008	153.711.155
2009	230.566.733
2010	272.702.467
2011	314.838.200
2012	356.973.933
2013	399.109.667
2014	441.245.400
2015	483.381.134

Fonte: próprio autor.

Gráfico 29 - Projeção da economia acumulada, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (2007-2015)



Fonte: Próprio autor.

A nosso ver, os resultados concretos obtidos no Hospital Paulo de Tarso refletem uma mudança na filosofia do cuidado da instituição e demonstram que a filantropia também pode e deve se profissionalizar para assistir melhor o público a que se destina. Ainda mais, se se considera a informação do conselheiro Abdon Murad do CFM:

“As Santas Casas brasileiras e demais hospitais filantrópicos são responsáveis por 60% dos atendimentos do SUS e, portanto, merecem receber do Governo Federal atenção e respeito. Se esses hospitais fechassem suas portas por falta de condições financeiras, o caos seria implantado” (Jornal do CFM, abril de 2015).

É possível imaginar que, se esta metodologia for utilizada em larga escala no país, os benefícios financeiros e de ganhos de qualidade poderão ser ampliados também em escala nacional.

Assim, concordamos com Luiza Niemeyer, pesquisadora do Instituto Brasileiro de Economia (Ibre) da FGV²², segundo a qual as deficiências no sistema de saúde, ainda que possam ser explicadas parcialmente pela escassez de recursos poderiam:

“experimentar melhoras substanciais com uma melhor gestão do sistema e dos estabelecimentos. Não só seria possível fazer mais com

²² Disponível em <http://www.revistavalor.com.br/home.aspx?pub=45&edicao=4>. Acesso em 22 de abril de 2015.

menos recursos existentes, como deveríamos estar discutindo mais ativamente como fazê-lo.”

“[...] Sob um clima de frustração que às vezes beira a hostilidade é conveniente culpar a falta de recursos pela precariedade evidente na área hospitalar. Não figura no debate sobre insuficiência de recursos, porém, qualquer discussão a respeito do custo e da eficiência dos serviços hospitalares”.

E, ainda que seja uma especulação, por ser baseada no caso concreto de economia ocorrida no Hospital Paulo de Tarso (dados do DATASUS), ela se revela uma possibilidade factível.

Insistimos que as melhorias apontadas são reflexos diretos da aplicação da norma no Hospital Paulo de Tarso e apontamos como principais ações corretivas orientadas pela VISA:

- A implementação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH;
- A reestruturação do Grupo de Lesão, diminuindo a incidência de Escaras;
- A agilização do número de procedimentos cirúrgicos (Debridamento) em outras instituições;
- A estruturação do grupo de Suporte Nutricional e a decisão de modificar a nutrição enteral, ao invés de artesanal passa a ser mecânica, orientada por um grupo de nutrólogos;
- A correção da política de antibioticoterapia;
- A maior rotatividade dos leitos que permite que o Hospital passe a se ocupar com uma maior proporção de pacientes em cuidados de reabilitação (de 65,52 % para 82,20%), enquanto se observa uma diminuição de internações por cuidados prolongados (de 26,9% para 15,4%);
- A redução da infecção hospitalar (de 7,00% para 4,90%);
- A redução do número de mortes, sequelados e inválidos;
- A economia de 33% dos gastos relativos aos pacientes do SUS internados no Hospital entre 2004 a 2006 de R\$ 3.274.121,84 para R\$ 2.462.672,32.

Porém, outro resultado lamentável da presente pesquisa foi a constatação de que a proposta inicial de verificar a evolução do índice de conformidade com o padrão sanitário (ICPS) a partir da análise do banco de dados do SISVISA-BH mostrou-se impossível, em razão da inconsistência desse banco de dados.

Este fato é consequência da interrupção do processo de implementação do Plano de Gestão da VISA, em 2007. O SISVISA, incompleto, se além a coletar dados inconsistentes que, não sendo trabalhados do ponto de vista epidemiológico e estatístico, permanecem estáticos com se no papel estivessem, como a 50 ou mais anos quando a VISA foi concebida. É lamentável ver uma ferramenta com potencial tão grande para melhorar a segurança sanitária da cidade estacionada aos níveis de projeto. Na falta deste índice, utilizamos os indicadores disponíveis no DATASUS e no banco de dados da CCIH do próprio hospital.

Contudo, devemos lembrar de que, no presente caso, partimos da constatação de uma situação silenciosa de excesso de óbitos de pessoas idosas (des)assistidas pelo SUS que passava ao largo da preocupação da gestão municipal em 2004. Assim, ele também nos interpela quanto às dificuldades de inserção das políticas de proteção à pessoa idosa no Brasil.

6.4 Análise da aplicação da Lei em um Hospital geriátrico filantrópico, a partir da utilização da Metodica da Legística

A Legística é um saber jurídico composto por princípios, métodos e técnicas que visam a melhorar a eficácia da legislação e a comunicação legislativa, por meio de instrumentos, tais como avaliação legislativa e técnicas para melhor compreensão e aplicação dos textos legislativos (Soares, 2004).

A ciência da Legística trabalha em duas perspectivas, formal e material. A Legística formal se preocupa com a forma e redação das leis (aqui no sentido amplo). No Brasil existem o Decreto 4.176/02 e Lei Complementar 95/98, normas que tratam da elaboração, redação, alteração e consolidação das leis pelo Congresso Nacional.

Classicamente, os atos jurídicos têm comportado análise científica, do ponto de vista da sua aplicabilidade, no estudo dos planos da existência, da validade e da eficácia. Segundo BARROSO (2000), a existência de uma norma jurídica significa estarem presentes seus elementos constitutivos definidos em lei como seus pressupostos materiais de sua incidência – agente, objeto e forma – e os que são específicos de determinada categoria de atos. Enquanto a validade de uma norma jurídica seria a sua conformação com os requisitos estabelecidos pelo ordenamento (atributos), quais sejam, competência do agente, licitude ou possibilidade de seu objeto e forma adequada. Mas quando se refere à eficácia de uma norma jurídica, trata-se de sua aptidão para a produção de efeitos, para a irradiação das consequências que lhe são próprias (Barroso, 2000, p. 83).

Assim, a eficácia diz respeito às condições fáticas, axiológicas e técnicas da atuação da norma jurídica. Importa lembrar que o direito autêntico não é aquele apenas declarado, mas aquele reconhecido; é o vivido pela sociedade como algo que se incorpora e se integra na sua maneira de conduzir-se (Maio, 2015). A regra de direito deve, por conseguinte, ser “formalmente válida e socialmente eficaz” (REALE, 1999, p. 113).

Contudo, a eficácia pode ser apreciada sob dois ângulos, quais sejam, o jurídico e o social, também denominada de efetividade, que são diversas, mas mantêm íntima relação, não podendo ser vistas separadamente, pois uma depende da outra (MAIO, 2015).

No plano constitucional, a análise da temática da efetividade dos direitos fundamentais é crucial – no presente caso, a Saúde – pois a sua negação resulta em exclusão social e marginalidade dos cidadãos, gerando um sentimento de “descrédito constitucional” e de impunidade. A essa falta de concretização normativo-jurídica do texto constitucional, o professor Marcelo Neves (2009) associa a sua função simbólica e que não se trata de uma mera consequência da ausência de uma legislação infraconstitucional ou do desinteresse da sociedade, que, ao contrário, espera ansiosa pela sua efetivação (MAIO, 2015).

Segundo MAIO (2015), é necessário termos uma visão dialética quanto à relação entre a Constituição (e todo o sistema normativo que dali deriva) e a realidade político-social que lhe é subjacente. Em que pese existir “entre a norma e a realidade uma tensão permanente, de onde derivam as possibilidades e os limites como forma de atuação social” (HESSE, 1991, p. 24). Além disso, caso o Estado deixe de adotar as medidas necessárias ou se abstenha de cumprir o dever que a norma lhe impôs, incidirá em violação negativa do texto constitucional. Desse *non facere* ou *non praestare* resultará a inconstitucionalidade por omissão, que pode ser total (quando nenhuma providência é adotada) ou parcial (quando a medida efetivada pelo Poder Público é insuficiente).

Para BARROSO (2000, p. 158):

“diversos são os casos tipificadores de inconstitucionalidade por omissão, merecendo destaque: (a) a omissão do órgão legislativo em editar lei integradora de um comando constitucional; (b) a omissão do Poder Executivo, caracterizada pela não expedição de regulamentos de execução das leis; (c) a omissão dos poderes constituídos na prática de atos impostos pela Lei maior”.

Portanto, a incompatibilidade entre a conduta positiva exigida pela Constituição e a conduta negativa do poder público omissivo gera o que poderia ser denominado de “inconstitucionalidade fática por omissão”. Para impedir esse estado de coisas:

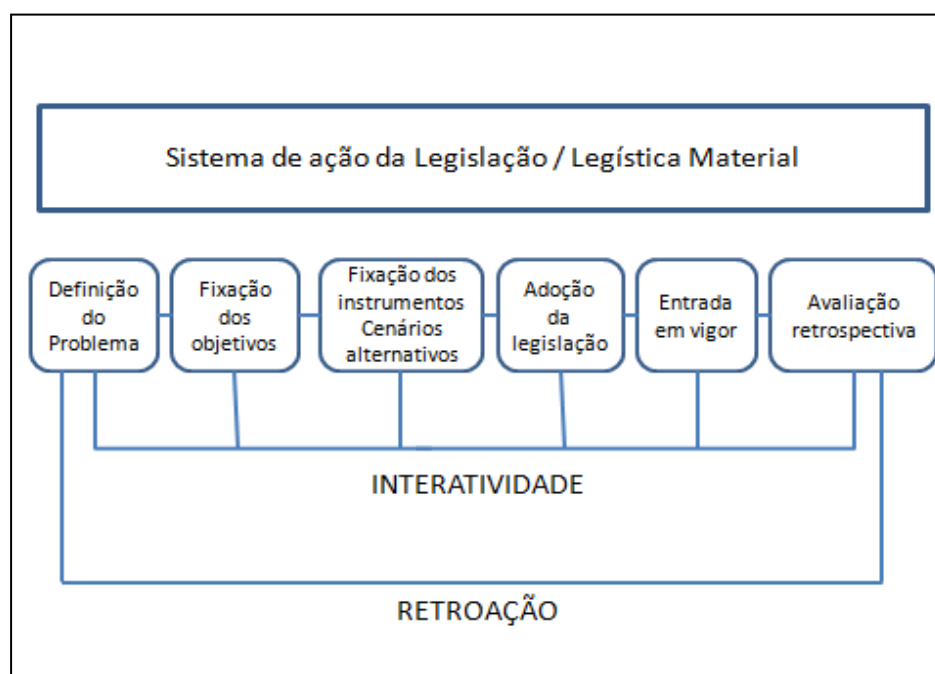
“é preciso que existam órgãos, instrumentos e procedimentos capazes de fazer com que as normas jurídicas se transformem, de exigências abstratas dirigidas à vontade humana, em ações concretas” (BARROSO, 2000, p. 121).

Em 1973, Peter Noll sistematizou uma metodologia com fins à construção de normas efetivas, eficazes e eficientes, como parte de uma ciência que estuda o processo de vida das leis, propondo como conceitos legísticos:

- A efetividade: diz respeito à questão de saber se os destinatários da norma agem de acordo, em conformidade com seu modelo ou não;
- A eficácia: está relacionado com a teleologia normativa, ou seja, se os objetivos do legislador são cumpridos ou não;
- A eficiência: diz respeito à relação meio-fim ou custo-benefício da norma, ou seja, se os meios empregados são razoáveis para atingir o fim proposto.

Soares (2007) propõe um sistema de ação da Legislação – Legística Material – que inclui desde a definição do problema de que a lei tratará até a avaliação retrospectiva de seus efeitos, como demonstrado na Figura 9.

Figura 9 – Momentos da Legística segundo Soares (2007)



Fonte: SOARES (2007)

A Legística Material reforça a faticidade (ou realizabilidade) e a efetividade da legislação. Seu escopo é atuar no processo de construção e escolha da decisão sobre o conteúdo da nova legislação, em como o processo de regulação pode ser projetado, através da avaliação do seu possível impacto sobre o sistema jurídico, por meio da utilização de técnicas (como por exemplo: *check list*, modelização causal, reconstrução da cadeia de fontes) que permitam tanto realizar, diagnósticos, prognósticos, como verificar o nível de concretude dos objetivos que justificaram o impulso para legislar e dos resultados obtidos a partir da sua entrada em vigor (SOARES, 2007).

Inicialmente, o desafio a ser enfrentado pela Legística inclui, de um lado, a adoção de metodologias e técnicas para a racionalização da produção do Direito – leia-se planejamento legislativo – e de outro a contenção da proliferação legislativa, a adoção de práticas de simplificação e consolidação, cujo fim é possibilitar um conhecimento do direito vigente mais aproximado do real, seguido de garantias de que a nova legislação terá um maior grau de efetividade (SOARES, 2007).

Nesse sentido, outro teórico da ciência Legística, DELLEY (2004), organiza esse processo em sete etapas, como ilustrado na Figura 10.

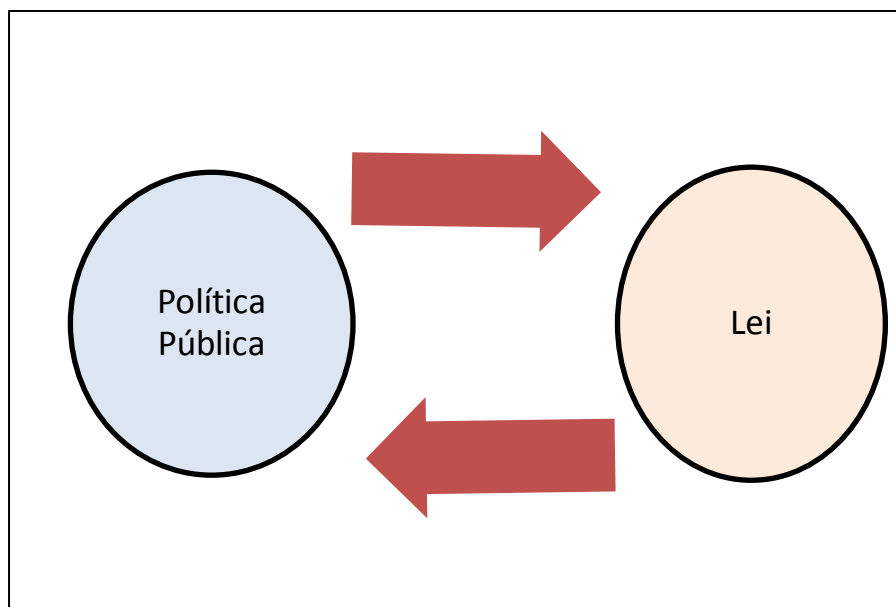
Figura 10 – Momentos da Legística, segundo Delley (2004)



Fonte: Delley (2004).

Como é sabido qualquer ente público só pode agir se houver legislação que assim o autorize. Em um ciclo fechado, para que a lei se materialize são necessárias políticas públicas, as quais são instituídas por legislação (figura 11).

Figura 11 – A relação entre a Lei e a Política Pública



Fonte: próprio autor.

Porém, as dificuldades (re)começam quando se tenta definir o que seja uma política pública. Segundo Souza (2006), em uma revisão sobre o tema, não existe uma única, nem melhor, definição a respeito:

“Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz”. (2006, p.25).

Por isso mesmo, a política pública torna-se território de várias disciplinas, teorias e modelos analíticos. Ademais, apesar de possuir suas próprias modelagens, teorias e métodos, a política pública, embora seja formalmente um ramo da Ciência Política, torna-se também objeto analítico de outras áreas do conhecimento, inclusive da Legística.

Portanto, buscamos na Legística outros conhecimentos para abordar a efetividade das políticas.

7. O CICLO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA E SEU PAPEL NA EFETIVIDADE DE DIREITOS

Uma vez desenhadas e formuladas, as políticas públicas desdobram-se em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistema de informação e pesquisas. Postas em ação, as políticas públicas são implementadas, ficando daí submetida a sistemas de acompanhamento e avaliação (Souza, 2006).

Dentre as diversas definições e modelos sobre políticas públicas, Souza (2006) extrai e sintetiza assim seus elementos principais:

- “- A política pública permite distinguir entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz.*
- A política pública envolve vários atores e níveis de decisão, embora seja materializada através dos governos, e não necessariamente se restringe a participantes formais, já que os informais são também importantes.*
- A política pública é abrangente e não se limita a leis e regras.*
- A política pública é uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados.*
- A política pública, embora tenha impactos no curto prazo, é uma política de longo prazo.*
- A política pública envolve processos subsequentes após sua decisão e proposição, ou seja, implica também implementação, execução e avaliação”.* (Souza, 2006, p.36)

A autora lembra que analisar políticas públicas significa, muitas vezes, estudar o “governo em ação” (Souza, 2006). Portanto, a análise da aplicação e materialização da norma em uma política pública:

“(...) resulta em um campo do conhecimento que busca integrar quatro elementos: a própria política pública, a política (politics), a sociedade política (polity) e as instituições onde as políticas públicas são decididas, desenhadas e implementadas. Disso pode-se concluir que o principal foco analítico da política pública está na identificação do tipo de problema que a política pública visa corrigir, na chegada desse problema ao sistema político (politics) e à sociedade política (polity), e nas instituições/regras que irão modelar a decisão e a implementação da política pública”. (Souza, 2006, p. 40)

Esse processo pode também ser traduzido em um ciclo da Política Pública, como se verá a seguir. Afinal, a qualidade de uma Política Pública se mede pela qualidade do processo legislativo da lei que a institui desde o planejamento legislativo, a sua elaboração, execução e medição do seu impacto fático. Assim, a eficácia de uma Política Pública

depende da qualidade das ações de execução, e das normas regulamentadoras emanadas pelo Poder Executivo.

Como observa Carnelutti:

“El obrar que es una especie de devenir se resuelve en el empleo de los medios para alcanzar un fin. La coincidencia de su resultado con el propósito depende de la adecuación de los medios al fin; en otros términos, de escogerlos bien y de usarlos diestramente. Según se posea al cualidad, la acción es útil y fecunda o inútil e infecunda. Tal coincidencia es lo que suele llamarse éxito”. (Carnelutti, 2011, p. 1).

Logo, para compreender a efetivação de uma Política Pública é necessário conhecer de que forma se dá a interdisciplinaridade entre a Legística, a sociologia jurídica e a ciência da administração, com ênfase na regulação e na formulação dessas políticas. Isso passa por analisar a importância da teoria da qualidade da lei, em suas relações com o sistema jurídico e com a realidade social, como também, compreender o fenômeno da judicialização da política e do ativismo judicial, a partir das problemáticas da ausência de planejamento legislativo e regulatório e as consequentes inconsistências no sistema normativo.

Conforme os teóricos da Legística, a lei deve ser construída coletivamente, ouvindo todos aqueles que serão afetados pela norma, todos os interessados. Caupers (2003) afirma que deve ser levada em consideração a proximidade do autor com os destinatários do ato normativo, a qual fortalece a legitimidade da lei e diminui as resistências que lhes poderiam ser opostas. Isso permite fazer uma lei mais possível, calcada nas limitações atuais e com diretrizes plausíveis que agreguem as evoluções desejáveis. No mesmo sentido DELLEY (2004) argumenta que:

“A definição do problema não consiste em justapor a maior quantidade possível de dados. Trata-se de compreender o funcionamento do problema, identificar os atores envolvidos e sua lógica comportamental e detectar as interações existentes entre eles. Essa abordagem é importante para a escolha ulterior dos instrumentos de ação suscetíveis de contribuir para a solução do problema.” (2004, p.109)

À medida que a sociedade se sinta responsável pela Política Pública, ela acompanhará sua execução, participará das outras etapas, monitorando as ações da Administração, evitando desvios de recursos, trabalhando para melhorar os seus efeitos. Afinal, quando as pessoas se sentem coautoras a adesão à norma é muito facilitada.

Certamente, uma norma construída coletivamente tem uma efetividade muito maior se comparada a uma norma ‘de gabinete’, como são chamadas as normas elaboradas somente por técnicos. Parte-se da lógica que quem conhece o problema, suas causas e suas possíveis soluções com maior propriedade são as pessoas que estão vivenciando os problemas no dia a dia. Contrariando essa lógica, quando se elaboram normas sem conhecer o problema em profundidade, seus resultados restam comprometidos já no seu nascedouro.

Além disso, a construção de normas de forma dialógica promove o necessário contraditório, pela disputa de interesses, argumentação persuasiva, convencimento e consenso. Esta maneira de fazer normas é respaldada pela melhor teoria da Legística, como nos ensina SOARES (2007):

“a Legística material reforça, pois, a produção do Direito Consensual, concertada, que possa antecipar os efeitos sobre os destinatários/interessados e, desse modo, matiza o conceito do que venha a ser uma boa legislação. A proposta da Legística coloca em foco uma alteração na relação comunicativa entre o destinatário/atingido e o legislador no sentido de os aproximar. Nesse particular, o sujeito, seja emissor ou destinatário, possui uma vontade que a legislação ambiciona conformar. Todavia, em vez de se configurar tão-somente no súdito submisso ao poder estatal, que, por força da coerção, altera o sinal da conduta por medo da sanção, a proposta persuasiva da Legística coloca em evidência não só a possibilidade de constrangimento da vontade, mas também a possibilidade de uma escolha que ocorra por meio do convencimento e não pela força. Daí que esse processo interno de escolha de adesão ou não da proposta de conduta contida no ato normativo, pelo processo intelectual (no qual o sujeito deverá ser convencido de que a legislação é boa e, por isso, precisa ser respeitada), realiza a liberdade.”(2007, p.10)

Por sua vez, a publicização das ações do Estado, a disponibilização da informação acessível ao cidadão comum é essencial para a participação da sociedade das decisões públicas, e cumpre a obrigação constitucional da transparência por parte do Estado (art. 37 da CF/88)²³.

No que se refere à materialização da lei, a primeira fase do ciclo de uma Política Pública é definir o problema a ser enfrentado por ela. Como ensina DELLEY (2004), definir bem o problema e suas causas possibilitará acertos necessários durante o processo de concretização da legislação. Entre a detecção do problema e a entrega de sua solução é

²³ Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte:(...)

necessária uma série de outras decisões e ações concretas que vão sendo tomadas durante todo o percurso do processo, representado pelo ciclo de Política Pública.

Faria (2003) relata que, anteriormente, as políticas públicas eram entendidas quase exclusivamente como *outputs* relacionados aos *inputs* do sistema político. Ou seja, resultados das demandas e interesse trabalhados pelos políticos. Assim, os estudos recaíam sobre os processos de decisão de políticas públicas em fazer com que um problema social entrasse na agenda pública. Dessa maneira, uma demanda societária provocava o Estado, que elaborava uma política pública, mas esta operação do Estado (executada pela Administração Pública) representava uma ‘caixa preta’ (entre o *input* e o *output*) ou não importava ou não era do conhecimento da sociedade ou do Legislativo.

A Ciência Política não se ocupava com esta operação. A Ciência Política se preocupava com a decisão estritamente política, fora da decisão executiva propriamente dita. Dito de outro modo, a política não impregnava o Poder Executivo, ela estava do lado de fora, ela estava na sociedade ou no Poder Legislativo. E a Administração Pública entendia que o Estado tinha uma operação própria, em si legitimada que não era importante estudar, o importante era estudar a entrega, o bem ou o serviço entregue pela Administração.

Acontece que a Política Pública é o resultado da ação política em todas as suas etapas. Cada etapa do ciclo de políticas públicas é permeada pela ação política, pela disputa de interesses os mais diversos pela sociedade.

Nos últimos 30 anos, esta operação do Estado passa a importar tanto para a Ciência Política quanto para a Administração Pública. E para a Administração Pública não importa apenas quais procedimentos são executados, mas o quanto isso é impregnado de política. Todo este processo, também no âmbito do Executivo, é absolutamente politizado. Este processo de execução tem implicações muito grandes na entrega que vai ser feita.

Para Frey (2000), comum a todas as propostas de divisões do ciclo político são as fases da formulação, da implementação e do controle dos impactos das políticas. Várias etapas envolvem o processo político administrativo de resolução de problemas:

- a identificação e definição do problema;
- a inclusão do problema na agenda pública;
- a elaboração e a escolha de alternativas de solução;
- o empreendimento de ações para executar o planejado;
- as avaliações pré, per e pós instituição dos impactos da Política Pública, ou seja, a avaliação deve ocorrer antes de o processo de implantação da Política Pública ser iniciado,

durante e também os resultados alcançados no final, bem como a comparação entre o resultado esperado e o obtido.

Mediante essas avaliações torna-se possível: confirmar a alternativa escolhida para a solução do problema, melhorá-la, modificá-la ou mesmo abortá-la e reprogramar o planejamento da Política Pública.

Ressalte-se que a execução da Política Pública é prerrogativa e competência do Poder Executivo, da Administração Pública. É tarefa do Poder Legislativo fiscalizar a sua execução. Mas isso não era o usual.

Contudo, durante muito tempo, a fiscalização acontecia para verificar se o gestor, ao final da execução, havia ou não executado a Política Pública conforme a autorização normativa aprovada pelo Legislativo. Atualmente, o processo fiscalizatório tende a ocorrer durante toda a concretização da Política Pública, por isso o Legislativo interage com a Administração Pública no sentido de conhecer a execução enquanto ela ocorre. Esse monitoramento de caráter preventivo presta-se a detectar os problemas naturais que ocorrem ao longo do processo, a tempo de serem corrigidos, garantindo melhor execução e resultado.

Por sua vez, a avaliação de políticas e da correção de ação, na qual se apreciam os programas já implementados no que diz respeito aos seus impactos efetivos, era feita somente ao final do processo. Investigavam-se os déficits de impacto e os efeitos colaterais indesejados para poder extrair consequências para ações e programas futuros.

Nessa etapa, caso os objetivos do programa tivessem sido atendidos, o ciclo político poderia ser suspenso ou chegar ao fim. Em caso contrário, iniciava-se um novo ciclo, isto é, uma nova fase de percepção e definição de problemas. A avaliação retrospectiva permanece importante, mas percebeu-se que, em qualquer estágio do processo de Política Pública, é importante medir e avaliar, seja no início, durante ou mesmo retrospectivamente no final.

Vários interessados e pessoas que sofrerão os impactos das Políticas Públicas participam, ou deveriam participar, ativamente de todas as etapas deste processo, como a sociedade, as entidades representativas dos setores impactados, o Legislativo, o Executivo. Essa fase da avaliação é imprescindível para o desenvolvimento e a adaptação contínua das formas e instrumentos de ação pública, como explica Frey (2000).

É sob esta concepção que apresentamos a experiência do acompanhamento do processo legislativo vinculado às políticas públicas que tem sido experimentado pela Assembleia Legislativa de Minas Gerais (ALMG).

7.1 O processo legislativo e as Políticas Públicas – o Portal de Políticas Públicas da Assembleia Legislativa de Minas Gerais²⁴

Já no ano de 2000, SOARES orientou a pesquisa – Aplicação dos modelos de consultas públicas do E-Gov (Governo eletrônico, que disponibiliza informações via internet) e da Comissão de Legislação Participativa (Câmara dos Deputados) como instrumentos de democracia direta: possibilidades e Limites – da aluna Kamila Araújo Rôla Fontes Moreira. A pesquisa aponta que o sucesso de tais iniciativas depende da publicização e transparência das políticas por parte dos governos. Reproduzimos aqui a conclusão dessa pesquisa:

“Depreendeu-se que tais órgãos governamentais que propõem uma política de transparência não possuem:

- pessoal treinado e especializado em responder perguntas do público interessado em participar e obter informações;*
- uma central de banco de dados com todas informações de consultas públicas realizadas;*
- um controle sobre o percentual de consultas realizadas e seus desdobramentos;*
- uma organização de informações apresentadas ao público;*
- a devida divulgação da realização das consultas;*
- a devida vinculação das sugestões apresentadas;*
- a devida explicação dos termos técnicos presentes nas consultas;*
- a motivação dos órgãos responsáveis pela aceitação ou não das sugestões apresentadas;*
- a sistematização de dados e a correlação dos mesmos em todas as páginas do E-Gov;*
- as explicações como: definição do que é, como funciona, como participar, quais os benefícios em participar, qual a vinculação da sugestão (consultiva ou deliberativa); por fim,*
- o incentivo à participação da população nestas decisões.”(Moreira, 2006, p.33)²⁵*

Ao fim do texto da citada pesquisa, há uma recomendação de que os órgãos governamentais deverão melhorar sua forma de sistematização de dados e promover uma efetiva publicização de seus atos. Com isso a sociedade poderá tomar conhecimento e colaborar para a formação de políticas públicas, porque o objetivo de transparência dos atos

²⁴ Esta seção foi construída tomando por base a palestra sobre o Portal proferida por Maria Regina Alvares Magalhães e Paulo Sofield, no dia 17 de abril de 2015, na Faculdade de Direito da UFMG.

²⁵ Este trabalho, orientado pela Prof.^a Fabiana de Menezes Soares, recebeu o “Prêmio Arthur Bernardes” no XIV Simpósio de Iniciação Científica, realizado no período de 20 a 23 de outubro de 2004, no Campus da Universidade Federal de Viçosa.

governamentais será mais bem compreendido, e, conseqüentemente, a transição da democracia representativa para a democracia participativa será alcançada.

Veremos a seguir que tais deficiências são sanadas de forma muito razoável no Portal de Políticas Públicas da ALMG, e que traz o espírito de ampliar e aprimorar²⁶.

Em 22 de agosto de 2013, a ALMG lança o Portal de Políticas Públicas, nas palavras do Deputado Estadual Dinis Pinheiro, presidente da Assembleia da época:

*“O povo é o nosso patrão. E agora, terá a oportunidade de acompanhar mais de perto e ainda fiscalizar como o recurso público é aplicado, como o dinheiro é gasto”, comemorou. Agradecendo ao corpo técnico, considerado por ele como “altamente qualificado”, Dinis acrescentou que essa é mais uma ação pioneira da ALMG entre os Legislativos estaduais.”*²⁷

A ideia da criação de um portal virtual de informações para o cidadão veio do direcionamento estratégico da ALMG para oferecer à sociedade um instrumento que lhe permitisse acompanhar a execução das Políticas Públicas, dos bens e serviços prestados pelo Estado.

Na medida em que este portal facilita o diálogo entre o Estado e o cidadão, observa-se uma total consonância com os preceitos da Legística. Nas palavras da professora Fabiana M. Soares:

“Tornando-se um instrumento da gestão pública, a Legística e o Planejamento Legislativo poderão colaborar decisivamente na ampliação do conhecimento e da internalização social do Direito”. (SOARES, BARROS, FARRAJ, 2008, p. 45).

Mercatali, jurista italiano e criador da palavra Legimática, para se referir ao uso da informática na Legística, citado por SOARES, BARROS E FARAJ (2008), defende o emprego da informática para a criação e a gestão de modelos de verificação “científica” da aplicabilidade financeira e administrativa da lei, bem como de avaliação prospectiva de seu impacto social. Vale dizer que este sistema funciona como suporte para a decisão, pois disponibiliza informações e ferramentas que permitem uma reconstrução dos prováveis

²⁶ Para se ter uma idéia sobre iniciativas de publicização da ALMG, sugerimos acessar uma das cartilhas em : https://www.almg.gov.br/opencms/export/sites/default/acompanhe/planejamento_publico/ppag/docs/2013/cartilha_2013.pdf

²⁷ Disponível em <http://www.iof.mg.gov.br/index.php?/legislativo/legislativo-arquivo/ALMG-lanca-site-de-monitoramento-de-politicas-publicas.html>. Acessado em 23 de abril de 2015.

contextos de inserção do ato normativo e pode cogitar acerca das variáveis de legibilidade e compreensão dos textos. As autoras assim concordam que:

“É inegável a participação dos sistemas de informação no diálogo entre cidadão e Estado. A informática tem permitido um avanço na efetivação da participação popular. Os novos meios eletrônicos permitem consultas populares via internet, a aprovação de obras públicas, como por exemplo, o orçamento participativo digital e até mesmo a possibilidade de o cidadão comum opinar sobre a forma e conteúdo de uma lei antes mesmo de sua aprovação. Todos esses novos acontecimentos que permeiam a relação entre direito e informática, demonstram que o caminho da efetivação do Estado democrático de direito com certeza possui seus alicerces no desenvolvimento das novas formas de interação tecnológica.”
(SOARES, BARROS, FARRAJ, 2008, p. 52)

Os trabalhos da ALMG estão divididos em 22 consultorias temáticas, as Comissões.

Na criação do Portal, partiu-se do conceito de Política Pública como sendo as entregas de bens ou serviços pela Administração Pública à população. São exemplos: campanha de vacinação, escola em atividade regular, pavimentação de ruas, política tributária. A entrega é o resultado de um processo que forma esta Política Pública.

Informações disponíveis no Portal esclarecem as dúvidas frequentes²⁸ dos cidadãos, entre elas as fases do processo de formulação e implantação de uma política pública:

- a identificação de um problema atual ou potencial e sua inclusão como demanda social na agenda pública;
- a formulação de alternativas para o enfrentamento do problema ou para a satisfação da demanda e a seleção daquela considerada mais conveniente;
- o planejamento para a execução, por meio da organização do aparelho administrativo e dos recursos humanos, financeiros, materiais e tecnológicos;
- a implementação das atividades destinadas a atingir os objetivos da política pública; monitoramento, por meio do acompanhamento da execução das atividades, a fim de assegurar a consecução dos objetivos;
- a avaliação, por meio da mensuração e da análise dos efeitos produzidos pelas políticas públicas na sociedade.

²⁸http://politicaspUBLICAS.almg.gov.br/perguntas_frequentes/arquivos/pergunta02.htm

O texto elaborado pela ALMG²⁹, para apresentar o Ciclo Orçamentário do Estado de Minas Gerais, inicia-se assim:

“O planejamento é uma atividade fundamental para o dia a dia de pessoas, empresas, instituições e governos. No Estado, ele envolve uma visão de curto, médio e longo prazo. Para a elaboração de um plano é preciso estar atento a algumas etapas:

Nas instituições públicas, o planejamento se refere a questões que interessam a todas as pessoas que elegem seus representantes para planejar e executar políticas públicas em áreas como saúde, educação, segurança pública, etc.

Em uma democracia, os eleitores e as eleitoras têm o direito de saber e de opinar sobre tudo o que é feito. Os deputados e as deputadas estaduais são eleitos para elaborar leis, fiscalizar as ações do governo e representar seus eleitores e suas eleitoras nas discussões sobre as ações e as políticas desenvolvidas pelo Estado. São, portanto, agentes políticos fundamentais para que a população seja ouvida e consiga ver seus interesses considerados no planejamento do Estado. Uma das principais atividades dos parlamentares estaduais é participar da elaboração do orçamento estadual, e a participação da sociedade nesse processo, seja atuando de maneira direta, seja acompanhando as discussões, é fundamental para que os problemas públicos sejam resolvidos”²¹.

Segundo a ALMG são fases de elaboração das normas do Sistema de Planejamento e Orçamento Público do Estado de MG:

- identificar uma situação que represente um problema público;
- traçar metas e objetivos a serem alcançados para se alterar essa situação;
- estabelecer ações que permitam que esses objetivos sejam atingidos;
- monitorar o cumprimento das metas e a efetividade das ações, promovendo as adequações necessárias;
- avaliar se os objetivos foram alcançados, através de dados que indiquem a transformação ou não da realidade.

Assim, entre a detecção do problema e a entrega de sua solução é necessária uma série de outras decisões que vão sendo tomadas durante todo o percurso do processo, representado pelo ciclo de Política Pública. Assim, enquanto um instrumento de aprimoramento das Políticas Públicas, o Portal reconhece e valoriza o direito dos interessados de participar da elaboração da lei, desde o começo, negociando, defendendo seus interesses, influenciando no conteúdo da legislação. O Ciclo de Políticas Públicas da ALMG reproduz

²⁹ Acessível em:
<http://dspace.almg.gov.br/xmlui/bitstream/handle/11037/6677/6677.pdf?sequence=1>

esquemáticamente a mesma lógica proposta por Delley (2004), apresentada anteriormente, e está ilustrado na Figura 12.

Figura 12 - Ciclo de Políticas Públicas - Portal da ALMG (2015)



Fonte: Portal ALMG (2015).

Consideremos a primeira etapa, a da definição do problema. O Portal proporciona uma escuta e um diálogo entre todos os interessados, na medida em que disponibiliza informações úteis em todas as fases do ciclo da Política Pública, desde a definição do problema, até a medição dos resultados da Política Pública. Aliás, ele cumpre o propósito de facilitar a participação de todos estes atores interessados em todas as fases do ciclo de Políticas Públicas.

Além disso, ao monitorar, pode-se redefinir o problema, porque no momento em que a Política Pública intervém em um problema a sociedade pode reagir de forma diferenciada, pode demandar outras ações do Estado, sendo inclusive necessário reorientar a Política Pública, a depender de vários fatores conjunturais, circunstanciais encontrados na prática. Não se trata somente de importantes correções de rumo, mas pode ser necessária uma reidentificação do problema, ou o problema uma ampliação, em função da identificação

de outras causas não percebidas no momento do planejamento, ou a conclusão de que outras causas são mais importantes de serem enfrentadas do que aquelas que estavam no desenho do problema.

Assim, o Legislativo acompanhando de perto a execução da Política Pública por parte do Executivo pode contribuir para o sucesso dela, bem como para melhor solucionar o problema público que a ensejou.

Como dissemos, a primeira fase é a identificação de um problema público. Como reconhecer um problema como público?

Problema Público é aquele que atinge a sociedade de forma suficientemente forte para que a mesma reivindique e autorize o Estado a agir. Não se trata de uma autorização necessariamente formal, mas que legitime o Estado a se envolver com aquele problema. Há problemas públicos que não precisam necessariamente da intervenção do Estado, pois são comunitariamente resolvidos e, assim, não ensejam políticas públicas, nem provocam a atuação do Estado. Há, também, problemas sociais que não dizem respeito ao Estado, como a vida privada das pessoas, incluindo aí a forma de casamento ou de união entre as pessoas ou questões de orientação sexual.

Ocorre que, em muitos casos, o problema entra na agenda pública e o Estado não age no sentido de construir uma Política Pública. Existem exemplos, os mais diversos, onde esta situação acontece, como é o caso da Política Nacional do Idoso³⁰, diretamente relacionada com o problema abordado nesta pesquisa. Esta Política Pública existe somente na lei que a estabelece, pois o Estado não age a contento no sentido de concretizá-la, conforme o Relatório de Gestão do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso³¹ - Gestão 2010-2012:

“Apesar de alertado nos últimos 40 anos por organismos internacionais e nacionais sobre o acelerado e intenso processo de envelhecimento populacional em curso no país, o Estado brasileiro ainda se encontra em um processo incipiente e descoordenado de incorporação de suas responsabilidades na formulação de políticas voltadas para este público.”³²

“A Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842/1994) completa 18 anos, mas ainda não está implementada. No Poder Executivo, para falar da esfera Federal, a política se mostra rarefeita, descoordenada e insuficiente para a magnitude que representa o envelhecimento

³⁰ Lei Federal nº 8.842/1994.

³¹ Este Relatório encontra-se disponível em vários endereços eletrônicos de organizações não governamentais e de Ministérios Públicos Estaduais. Ele não está divulgado na página eletrônica da Secretaria de Direitos Humanos e jamais teve sua versão impressa publicada pelo gestor federal.

³² Relatório de Gestão Conselho Nacional dos Direitos do Idoso Gestão 2010-2012, Pg. 10.

acelerado e crescente da Nação brasileira e o atendimento às demandas atuais de mais de 20 milhões de idosos. Vários dispositivos legais previstos nessa Política estão sendo descumpridos.”³³

Este descumprimento é novamente revelado nas deliberações da 3ª Conferência Nacional dos Direitos das Pessoas Idosas (3ª CNDPI) realizada nos dias 23 a 25 de novembro de 2011, em Brasília/DF. Nota-se, portanto, que o problema entrou na agenda pública, instituiu-se uma norma para criar a Política Pública, mas a Administração Pública não materializou esta norma por inação dos governos, na implementação da Política Nacional do Idoso³⁰.

Por sua vez, questões de cunho moral entram na agenda pública envolvendo disputas religiosas que, na maioria das vezes, não são enfrentadas. Exemplos notórios são o casamento homoafetivo ou a legalização do aborto, que ficam parados no Legislativo e não evoluem.

Assim também acontece em relação às questões que provocariam a necessidade redistributiva de tal monta que ainda não se criou legitimidade para serem levadas adiante, como é o caso da Reforma Tributária. Também é o caso da correção das aposentadorias por parte da Previdência Social, para que os idosos não vejam suas aposentadorias e pensões reduzirem-se seu poder de compra a um décimo, na maioria das vezes, com o passar de poucos anos. Então, incluir na agenda pública é um passo necessário, mas insuficiente para que a questão seja resolvida.

Depois da fase de ‘incluir na agenda’ o próximo passo será buscar alternativas para a solução daquele problema, as quais, em geral, são diversas. Neste momento, acontece uma disputa ideológica fortíssima porque toda Política Pública é formada por conceitos ideologicamente diferentes, dos quais derivarão as alternativas de ações orientadas para a solução. A Política Pública é resultado de ações hipotéticas, escolhidas em uma lista de alternativas pensadas, idealizadas. Identifica-se o problema, as suas causas, e planeja-se como enfrentar as causas.

Outra questão de suma importância é saber se há tecnologia robusta o suficiente para enfrentar o problema. Por exemplo, atualmente, já se tem tecnologia forte o bastante para erradicar a poliomielite. Mas, Políticas Públicas que implicam na alteração de atitudes, de comportamentos nem sempre contam com tecnologias eficazes para a sua solução.

³³ Relatório de Gestão Conselho Nacional dos Direitos do Idoso Gestão 2010-2012, P.16 - 19.

Uma política para redução de danos aos usuários de drogas, por exemplo, não passa de um testar alternativas de solução o tempo todo, frutos de teorias diversas. Muitas vezes, as alternativas são conflituosas, como na Política Pública de redução de danos causados pelas drogas ilícitas. Alguns acreditam em internações hospitalares compulsórias para desintoxicação, outros consideram o tratamento psiquiátrico mais importante, bem como o combate ao tráfico de drogas, e ainda alguns creem que a solução estaria na descriminalização das drogas. Dessa forma, nota-se que as várias alternativas estão em disputa, e que ainda não há uma tecnologia robusta o suficiente para dizer qual política antidrogas é a melhor, porque nenhuma das alternativas tem solucionado o problema ou até o contrário.

Então, construir uma Política Pública é produzir conhecimento aprofundado sobre um problema. Todo o processo é politicamente informado e não apenas tecnicamente, porque uma posição teórica na maior parte das vezes tem uma afiliação ideológica. E tudo isso aparece na fase Legislativa, o que demonstra o quanto o Legislativo está envolvido e favorece a abertura de canais para a entrada do problema na agenda pública.

Nesse sentido, entidades civis organizadas e a sociedade também provocam o Legislativo o tempo todo e de diversas maneiras. São promovidas audiências públicas temáticas na busca de alternativas de solução, momento em que ocorrem as discussões e o necessário aprofundamento de conhecimento sobre aquela matéria. Conhecimento não apenas técnico, mas também aquele que advém da sociedade como um todo, via participação da sociedade interessada.

Essa aproximação entre legislador e cidadão pode propiciar processos de produção do Direito em que haja mais persuasão e menos coerção. Nesses processos participativos, a negociação do conteúdo pode gerar uma corresponsabilidade pela sua efetivação, porque os participantes colaboraram com suas representações de mundo, o que é otimizado por uma gama de informações evidenciadas na reconstrução da situação fática-problema, resultante do processo de avaliação legislativa (SOARES, 2007).

Produzida a decisão sobre qual o desenho da Política, o Estado tem que planejar a execução, prevendo os recursos necessários, financeiros e humanos, os equipamentos públicos a serem construídos, etc. Nessa fase, o Poder Legislativo tem uma carga forte de participação, momento em que tramitam as leis orçamentárias e as de planejamento na Assembleia Legislativa.

A iniciativa do Portal é no sentido de organizar a atuação fiscalizadora do Legislativo e da sociedade como um todo. Quando se pensa na função do exercício do controle externo, usualmente, procuravam-se somente os erros, a malversação da coisa pública, chegando até à proposição da instalação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito. A ideia do Portal da ALMG vai muito além: busca sistematizar o exercício do ato de fiscalizar, facilitando a todos os interessados o acesso a informações importantes e, assim, melhorar o cumprimento do dever do Legislativo de fiscalizar as Políticas Públicas em prol de uma maior efetividade delas.

Outro fato notório é a enorme assimetria informacional sobre as Políticas Públicas, com supremacia do Executivo em relação ao Legislativo, além de pouquíssima interação informacional entre estes dois poderes. A maior parte das informações necessárias para o monitoramento está na posse do Executivo que pouco partilha o conhecimento que ele cria no processo de execução de cada Política Pública. As avaliações seriam mais bem elaboradas se feitas em parceria com o Poder Executivo.

Contudo, a avaliação pelo Poder Legislativo acontece de forma condizente com os preceitos legísticos defendidos por DELLEY (2004):

- antes mesmo de a lei entrar em vigor – avaliação *ex ante* –, no momento em que se busca alternativas para a solução do problema, antecipando o cenário e o impacto daquela solução;

- durante a execução da Política Pública;

- depois da sua vigência, retrospectivamente – avaliação *ex post*.

A princípio, no processo legislativo, a Política Pública é definida em caráter mais geral. A provocação do Estado para que inclua um problema na agenda pública pode ser de iniciativa do Legislativo ou do Executivo, ou de outros atores da sociedade.

A fase de execução da norma está sob o comando do Poder Executivo, mas deve estar condizente com o estabelecido na norma geral. Porém, para executar a norma estabelecida pelo Legislativo em caráter mais geral, evidentemente, o Poder Executivo lida com limitações circunstanciais e como é obrigado a produzir normas infralegais para amparar suas ações, fá-lo sem discutir com o Legislativo.

A crítica que se faz é que, apesar dessas contingências, deveria haver maior diálogo entre os dois Poderes inclusive na fase de execução da Política Pública. O Sistema de Monitoramento de Política Pública, representado pelo Portal, também monitora essas normas infralegais que orientam as Políticas Públicas produzidas sem esse diálogo.

Neste processo de aprimorar o acompanhamento da Política Pública percebeu-se que entender de orçamento público era absolutamente necessário, ainda que não fosse suficiente. Então, o primeiro passo dado no setor de Consultoria Legislativa foi nivelar todos os consultores, de qualquer área, nesta matéria, inclusive dos setores jurídico e financeiro, posto ser imprescindível saber ler e entender o orçamento e o planejamento do Estado para conseguir acompanhar a execução orçamentária.

Logicamente, para um conhecimento mais aprofundado sobre orçamento existe uma área especializada em finanças e orçamento dentro do setor de Consultoria Legislativa. É fundamental saber identificar a origem do dinheiro que financia tal Política Pública: provém de convênio com a União? De recursos captados do exterior? De recurso próprio do ente público? Além disso, é importante determinar por qual ‘rubrica’ aquela ação está sendo financiada.

Sem esse conhecimento prévio, não é possível realizar o acompanhamento das Políticas. Porém, não basta constar do orçamento. Certamente, o orçamento fala muito da agenda, das alternativas para solucionar o problema, das fontes de financiamento, da capacidade do Estado em agir, mas, o orçamento não obriga a execução, ele apenas autoriza o gasto.

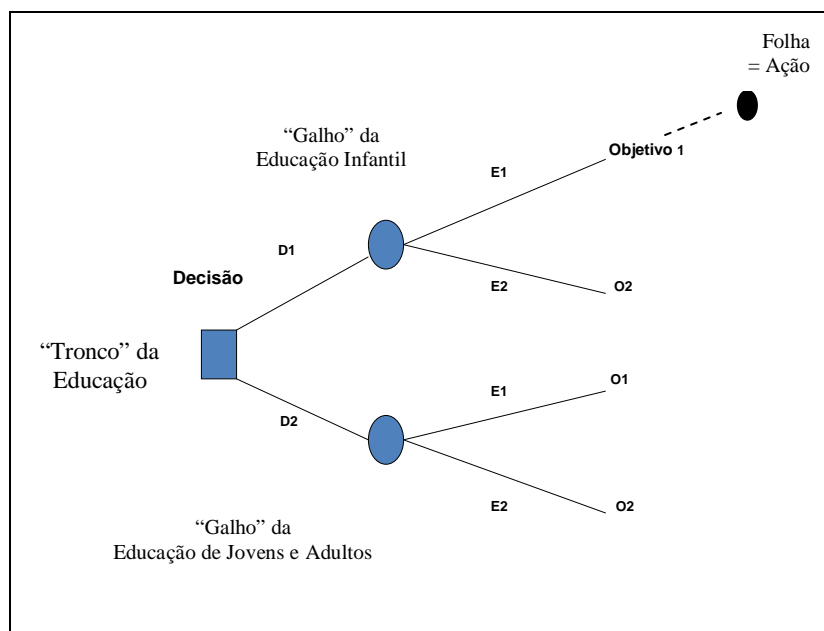
Logo, fica evidente o conceito de que as Políticas Públicas são resultado da atividade política e de gestão pública na alocação de recursos, mas também na provisão de bens e serviços públicos. Este conceito mais ampliado incorpora o importante papel do Poder Legislativo, criando um Sistema de Decisões Públicas. Nesse sentido, a ALMG realizou um ciclo de audiências para discutir o PPAG estadual³⁴.

Essa estrutura de Comissões é replicada no Portal com os 22 grandes temas. Para o Portal optou-se pela sistematização das informações de acordo com a Ciência da Computação em uma ‘Estrutura em Árvore’, que é hierárquica e começa por um tema central. Deste tema central, originam-se temas decorrentes descendentes. Valendo-se do exemplo da Política Pública de Educação, ela engloba os ‘galhos’ da educação infantil, passando pelo ensino universitário e indo até a pós-graduação, de diversas modalidades de ensino como a presencial e à distância. Então, a árvore vai se abrindo em galhos descendentes, correspondendo às ações intermediárias a serem efetivadas, até o último ponto

³⁴ O site ofereceu uma cartilha para favorecer o entendimento do cidadão, disponível no link http://www.almg.gov.br/opencms/export/sites/default/consulte/publicacoes_assembleia/cartilhas_manuais/arquivos/pdfs/cartilha_monitoramento_politicas_publicas.pdf .

que é chamado de folha, que não se abre mais. Essa estrutura informacional em árvore está demonstrada na Figura 13.

Figura 13- Árvore de Políticas Públicas



Fonte: Próprio autor.

Ela permite alterações e adaptações que correspondam à dinâmica da política em questão, em processo de realização. Se novos problemas forem detectados durante a efetivação, com novas entregas de serviços públicos, ela possibilita a criação de novos galhos. À medida que alguns problemas forem resolvidos, basta excluir os galhos correspondentes. Este desenho em árvore permite reagrupar galhos formando outras árvores, como replicar galhos de uma política de saúde em árvores da política antidrogas, ou na de superação da pobreza, por exemplo. Ou mesmo formar uma árvore específica para certos grupos de destinatários, como para o grupo dos Portadores do Vírus HIV, dos Quilombolas, etc. E, no futuro, serão criadas árvores por região.

Cada galho corresponde a uma Política. Por exemplo, para a Política Pública da Educação, existe o galho para a Política Pública do Ensino Fundamental, que é um tema descendente, outro que se refere à Política Pública da Alimentação Escolar, e assim por diante.

Navegando no Portal, em cada galho encontramos a mesma estrutura de informações, um campo de informações textuais que informa sobre a Política Pública, sobre

a sua estrutura de gestão, as competências constitucionais de cada ator envolvido, o respectivo financiamento. Outro campo informacional diz respeito ao acompanhamento daquela política, com o monitoramento orçamentário a cada bimestre, que informa sobre a eficiência do gasto público e da eficácia no cumprimento das metas planejadas, bem como o acompanhamento por outros indicadores que demonstrem a efetividade ou não de determinada Política Pública. E, um último campo que é a atuação da ALMG sobre aquela política.

As informações sobre as Políticas Públicas estão expressas no orçamento e no planejamento do Estado, mas em uma linguagem muito técnica e de difícil entendimento. O primeiro grande desafio dos consultores da ALMG foi saber como traduzir a linguagem técnica de um orçamento público para uma linguagem acessível ao cidadão que não entende de orçamento, de modo a permitir a participação dessas pessoas nestes processos.

O PPAG – Plano Plurianual de Ação Governamental do Estado de Minas Gerais, que tem sua correspondente representação no Portal, está em linguagem mais acessível. Pode-se ler o PPAG pelas ‘redes de desenvolvimento’. Dentro de cada rede existem os programas e dentro de cada programa, as ações. Outra forma de lê-lo é pelas unidades orçamentárias que executam os programas e as ações. Há, também, a regionalização das ações no Estado com informações complementares em termos de recursos.

Encontra-se em fase de finalização a divisão do Portal por região geográfica do Estado de MG, por município, inclusive com coordenadas geográficas que localizem o ponto exato da entrega por obras ou serviços pela Administração Pública. Assim, os investimentos públicos serão mais visíveis, facilitando o monitoramento por parte da sociedade. Já existe alguma divisão da aplicação dos recursos por município, por georeferência, mapas navegáveis com uso da ferramenta ‘*Google Earth*’, disponível na internet.

Os 22 (vinte e dois) temas têm correspondência com o planejamento do orçamento do Estado, e com a própria atividade legislativa, refletindo a divisão das ‘comissões’ da ALMG, com suas respectivas competências³⁵. São eles: Administração Pública; Ciência, Tecnologia e Inovação; Direitos Humanos; Esporte e Lazer; Meio Ambiente; Política Fundiária; Segurança Pública; Turismo; Agropecuária; Cultura; Educação; Finanças públicas; Mineração; Saneamento Básico; Trabalho, Emprego e Renda; Assistência Social; Defesa do Consumidor; Energia; Indústria, Comércio e Serviços;

³⁵ Como pode ser visto na homepage: <http://politicaspUBLICAS.almg.gov.br/> .

Municípios e Desenvolvimento Regional; Saúde Pública; Transporte e Trânsito. Há 6 públicos destinatários das Políticas Públicas: Criança e Adolescente; Mulher; Idoso; Pessoa com Deficiência; LGBT; Negros, Índios, Povos e Comunidades Tradicionais.

Assim, Políticas Públicas absolutamente diferentes foram organizadas sob uma mesma lógica informacional. O conteúdo é monitorado e atualizado diariamente, acompanhando a dinâmica da execução, no que diz respeito aos orçamentos e aos gastos das Políticas Públicas, pois estas informações estão disponíveis no Poder Legislativo. Ainda não há um monitoramento *in loco*, assim, quando ocorrem problemas nas execuções, no âmbito do Executivo, a ALMG não fica sabendo a não ser por via de uma reclamação de algum prejudicado o mesmo interessado.

Continuando a entender o Portal, é possível identificar, as ações, os recursos ligados a cada Política Pública, como por exemplo na gestão dos recursos da Saúde destinados a hospitais. Na tabela 1, é apresentado o exemplo do Programa 1, que se refere a uma ação da gestão dos complexos hospitalares da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), no caso o MG Transplante.

Tabela 11 – PROGRAMA 1 – Gestão dos complexos hospitalares da FHEMIG (2014)

Ação	Meta	Programada para o ano	Realizada no período	%
4276- Gestão da política hospitalar – complexo MG TRANSPLANTE	Financeira (R\$)	1.384.473,00	1.306.629,28	94,4

Fonte: Portal ALMG (2015).

Como se pode constatar no Portal, como o gasto de recursos só é computado após a conclusão da ação, e não paulatinamente correspondendo aos percentuais de execução da Política Pública, muitas ações estão zeradas no campo “Realizada no período”. Portanto, é possível que etapas estejam concluídas, mas a ação não finalizada, e o gasto realizado seja informado como igual a zero. A nosso ver, para que o processo fosse avaliado em maiores detalhes, e monitoramento refletisse o percentual já executado a cada momento, o planejamento deveria ser dividido em várias etapas, várias ações. Acreditamos que os Poderes Executivo e Legislativo poderiam trabalhar em parceria este planejamento especificado em etapas, em ações. Para que o monitoramento flua de maneira interessante é necessária a permanente troca de informações entre esses dois poderes. Durante a execução de uma Política Pública ocorrem problemas encontrados na execução de toda natureza, induzindo alterações necessárias à adaptação do planejamento à realidade da execução.

Além disso, os consultores monitoram a aplicação dos recursos financeiros conforme a lei do orçamento, bem como a execução física. Estes técnicos acessam o SIAF – Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal que consiste no principal instrumento utilizado para registro, acompanhamento e controle da execução orçamentária, financeira e patrimonial do Governo Federal. As publicações dos recursos já aplicados em determinada Política Pública no decorrer de cada bimestre é atualizado no portal. Apesar de a ALMG já ter a informação, a atualização da informação ocorre somente após validação pelo Executivo. O Executivo valida as informações de monitoramento relativas a cada bimestre no mês subsequente. Por exemplo, no início de abril são publicadas as contas de janeiro e fevereiro, validadas no mês de março.

Outro projeto em gestação na ALMG é criar fóruns populares de discussão sobre as Políticas Públicas, como um chamamento para formar grupos fixos de acompanhamento de Políticas Públicas, tanto para acompanhar e atuar nos debates como para provocar a agenda pública. Este público vai conversar com a ALMG por meio do Portal, em fóruns virtuais de debates a serem criados. Trabalho paralelo de sensibilização é feito junto aos parlamentares para utilizarem o site como ferramenta de trabalho. Os pareceres das Comissões temáticas da ALMG, que também servem de consulta para os deputados estaduais, são fundamentados nos dados do banco de dados do Portal.

Nesse sentido, os consultores da ALMG acompanham diariamente toda a legislação que tem a ver com as Políticas Públicas, inclusive as infralegais como resoluções, portarias e decretos, em todos os níveis, federal, estadual e municipal, como também dos Acordos Internacionais que o Brasil é signatário.

As novidades normativas podem, por exemplo, gerar de um novo ‘galho’, mudanças na estrutura organizacional e de gestão, ou até mesmo alterações na concepção da Política Pública. Além das variações nos conteúdos em função das inovações normativas, há constante melhoramento do conteúdo como consequência do adensamento, acúmulo, aumento do conhecimento dos consultores sobre as Políticas Públicas³⁰.

Na página, o ícone “atuação da Assembleia” informa quais são as comissões responsáveis pela discussão da matéria, projetos em tramitação a ela relativos, notícias veiculadas, requerimentos pedindo providências ou informações ao Executivo, e eventos realizados nas comissões como Audiências Públicas.

Assim, o Portal organiza a atuação do Poder Legislativo de forma sistêmica, segundo uma visão estruturada das políticas. Isso é algo inovador na ALMG. Antes dele

havia as Comissões atuando em audiências e visitas, mas não se dispunha de uma linguagem padronizada e acessível ao cidadão comum. Futuramente, pode-se ter um histórico que informe, por exemplo, quais os documentos expedidos e reuniões realizadas.

Estas iniciativas da ALMG para o controle e fiscalização da Administração Pública evoluem e se aprimoram a cada dia, e já produziram contribuições importantes e inovadores em termos de Brasil e mesmo internacionalmente. Não há registros de ferramentas deste tipo no mundo, ainda mais com articulações entre planejamento, comissões temáticas do Legislativo, setores do Executivo, com atualização permanente de alterações normativas que impactam as Políticas Públicas.

Segundo o analista de sistemas Paulo Sofield, gestor do Portal, os idealizadores desse instrumento fizeram pesquisas em todo o mundo procurando *sites* com informações orçamentárias e de execução física de Políticas Públicas e não encontraram. Encontraram *sites* que tratavam de organização de informações complexas como o do museu de Louvre, na França, mas de natureza diferente ao que se queria criar. No Brasil, nenhum dos outros entes da federação conta com uma consultoria legislativa institucionalizada com técnicos nem com um Portal semelhantes aos da ALMG.

O banco de dados gerado pelo Portal tem informações que possibilitam pesquisas acadêmicas e mesmo estudos internos ao Legislativo de muito valor. Outro projeto da ALMG é disponibilizar este banco de dados para o público em geral.

No planejamento estratégico da ALMG está a ideia de sistematizar o acompanhamento das Políticas Públicas por parte das Comissões Temáticas de forma rotineira, organizada. As Comissões convidam os gestores, a sociedade, prestadores de serviços públicos, os cidadãos interessados e conhecedores da matéria de certa política para discussão no sentido de colaborarem com o monitoramento daquela Política. No final de cada encontro será elaborado um relatório que será apresentado aos parlamentares para que tenham um conteúdo que já foi previamente discutido.

Portanto, a utilização deste instrumento reverte-se em fortalecimento do processo da Legística Material e do Ciclo das Políticas Públicas, interesse maior de todo cidadão brasileiro.

Neste momento, cumpre iluminar como o Estado brasileiro instituiu e tem tratado a Política Nacional do Idoso²⁴.

8. A QUESTÃO DA PROTEÇÃO SOCIAL DA PESSOA IDOSA

Desde a sua criação, a Política Nacional do Idoso²⁴ experimenta dificuldades para se consolidar dentro das várias pastas de que fez parte. Ela nasce, em 1994, sob a coordenação do Ministério da Previdência e Assistência Social, mas o desmembramento daquele Ministério em dois, um da Previdência Social e outro do Desenvolvimento Social e Combate à Fome a coloca sob a coordenação deste último. Em 2009, a coordenação dessa Política muda de mãos e é repassada ao Ministério da Justiça, junto à Secretaria Especial de Direitos Humanos, hoje Secretaria de Direitos Humanos, órgão diretamente ligado à Presidência da República. Esta mudança, justificada pela abrangência dos direitos da pessoa idosa que ultrapassam uma única política, não vem acompanhada da estruturação necessária para que a Secretaria possa agir a contento na defesa dos direitos dos idosos, tampouco o organograma e o regimento interno da Secretaria construído em 2010 incluem, entre as competências daquele órgão, coordenar a Política Nacional do Idoso²⁴.

Este percurso histórico reflete a dificuldade de implementação da Política e repercute negativamente na visibilidade e na eficiência da sua implementação. Ademais, a cada mudança, seu funcionamento resta prejudicado, com períodos de descontinuidade da gestão federal, à revelia do que manda a lei e de manifestações contrárias do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso.

Da mesma forma não há entendimento sobre o quê e a quem compete a gestão da política do idoso, no âmbito dos Estados e municípios brasileiros, estando lotada nas áreas de Direitos Humanos, Cidadania, na gestão do Trabalho, na Justiça, na Segurança Pública, na Assistência Social, na pasta da Mulher ou em qualquer pasta, a depender da opinião do chefe do Executivo. Recentemente têm surgido Secretarias específicas, mas muda a gestão, muda o gestor, muda a equipe de referência, o trabalho é descontinuado, levando, inclusive, à mudança do Conselho de idosos para acompanhar a gestão da política e prejudicando ambas as atuações da Política e do Conselho (GIACOMIN, 2010).

Contudo, anteriormente à Política Nacional do Idoso²⁴, a proteção ao segmento populacional idoso constava em alguns artigos do Código Civil (1916), do Código Penal (1940), do Código Eleitoral (1965) e em inúmeros decretos, leis, portarias, dispersos em vários órgãos. Entretanto, dois merecem destaque: a Lei nº 6179 de 1974, que cria a Renda Mensal Vitalícia, através do então Instituto Nacional de Previdência Social – INPS e a

Constituição Federal, promulgada em 1988, que contempla as pessoas idosas em seus artigos 14, 40, 201, 203, 229 e 230.

Assim, até a década de 1970, todo o trabalho realizado com idosos no Brasil era de cunho caritativo, desenvolvido especialmente por ordens religiosas ou entidades leigas filantrópicas. A Legião Brasileira de Assistência, criada em 1942, tornou-se responsável pelo atendimento ao idoso em todo o território nacional, a partir de 1977³⁶. Segundo Sposati et al (2007)¹¹⁶ pode-se criticar esta organização por ter legitimado o Estado patrimonialista e populista numa lógica conservadora da assistência social em sua versão filantrópica, reiterativa das práticas de cunho moral, subalternizadora para quem recebe a ajuda frente aquele que a oferece e, a manutenção da pobreza como condição “natural” da sociedade e não como subproduto da desigualdade capitalista, na lógica do não direito ou do favor. Esta ação não é emancipatória como conviria a uma Política Pública.

Historicamente, no Brasil, as ações filantrópicas estiveram arraigadas à concepção caritativa de ajuda ao próximo sob o prisma da moral cristã, que reconhece na pobreza uma oportunidade de redenção dos pecados. Contudo, no percurso histórico de formação da proteção social, ao reconhecer a existência de entidades filantrópicas, o Estado brasileiro regulamenta seus fins sociais e a cooperação financeira praticada com elas – via isenções de impostos, em particular os previdenciários, subvencionando organizações privadas que executavam políticas públicas, exigindo-se em contrapartida a gratuidade de atendimento para a população pobre, muitas vezes idosa.

De toda maneira, a Constituição de 1988 mantém a isenção da contribuição previdenciária às entidades classificadas como filantrópicas e várias normatizações infraconstitucionais regulamentaram as ações necessárias para a obtenção de certificação de entidades de fins filantrópicos. Porém, aconteceram equívocos na classificação de entidades como filantrópicas, as quais não objetivavam prestar serviços de qualidade, mas visavam

³⁶ De acordo com Nara Rodrigues Costa, com a reforma da Previdência, em 1977, criando-se o SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social o Programa passou para a Fundação Legião Brasileira de Assistência que se tornou responsável pelo atendimento ao idoso em todo o território nacional. Sua atuação era em dois níveis: a) direto: que se realizava nas suas próprias instalações e com seu pessoal técnico, distribuído em cerca de 2.000 unidades em todo o Brasil. Eram centros sociais, postos de distribuição de material, alimentos, etc., e os núcleos de voluntariado. O atendimento às pessoas idosas era feito de forma individual (para concessão de prótese, órtese, documentos, ranchos, etc; e de forma grupal, nos grupos de convivência (nucleação e manutenção dos grupos); b) indireto: a LBA - Legião Brasileira de Assistência - realizava convênios com asilos, pagando um per capita x, por um certo número de vagas para idosos, que ela, através de seus técnicos selecionava e os encaminhava aos asilos conveniados, que eram supervisionados por Assistentes Sociais da LBA.

Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/viewFile/4676/2593>.

apenas “vantagens” financeiras. Além disso, a falta de fiscalização dos conselhos de direitos sociais e de monitoramento das Políticas na aplicação dos recursos públicos reforçaram uma cultura clientelística e de tutela ao invés da concepção maior do direito social que é a autonomia do cidadão e sua efetiva inclusão social.

Consonante à Constituição, a Portaria nº 1.721/GM/MS³⁷ de 21 de setembro de 2005 cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS.

Art. 3º § 1º Entende-se por contratualização o processo pelo qual as partes, o representante legal do hospital e o gestor municipal ou estadual do SUS, estabelecem metas quantitativas e qualitativas que visem o aprimoramento do processo de atenção à saúde e de gestão hospitalar, formalizado por meio de um convênio.

Este programa visou ‘salvar’ os hospitais filantrópicos da crise financeira que atravessava. Assim o próprio texto da lei reconhece:

“Considerando a crise que os Hospitais Filantrópicos atravessam, determinada por fatores relacionados à política de financiamento, ao perfil assistencial e de gestão dessas unidades hospitalares, bem como ao processo de inserção no sistema locorregional de saúde”. Como contrapartida a lei estabelece metas como:

“O Plano Operativo Anual, parte integrante deste convênio / contrato e condição de sua eficácia, deverá ser elaborado conjuntamente pela SECRETARIA e pelo HOSPITAL, que deverá conter. I – todas as ações e serviços objeto deste convênio / contrato; II – a estrutura tecnológica e a capacidade instalada; III – definição das metas físicas das internações hospitalares, atendimentos ambulatoriais, atendimentos de urgência e emergência e dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, com os seus quantitativos e fluxos de referência e contra-referência; IV – definição das metas de qualidade; VI – descrição das atividades de aprimoramento e aperfeiçoamento da gestão hospitalar, em especial aquelas referentes: a) ao Sistema de Apropriação de Custos; b) a prática de atenção humanizada aos usuários, de acordo com os critérios definidos pela SECRETARIA; c) ao trabalho de equipe multidisciplinar; d) ao incremento de ações de garantia de acesso, mediante o complexo regulador de atenção à saúde; e) ao funcionamento adequado dos comitês de avaliação de mortalidade por grupo de risco, principalmente no que se refere à mortalidade materna e neonatal (comissão de óbito); f) à implantação de mecanismos eficazes de referência e contra referência, mediante protocolos de encaminhamento. G) elaboração de painel de indicadores de acompanhamento de performance institucional. Parágrafo Único O

³⁷ Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde - SUS.

Plano Operativo terá validade de 12 meses, sendo vedada a sua prorrogação.”

Contudo, percebe-se que os objetivos e metas colocadas na norma são pouco objetivos, importando mais com os meios do que com os resultados.

Apesar disso, nas palavras da Kátia Rocha, Vice-Presidente da Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos de Minas Gerais – Federassantas:

*“Todavia, antes de criticar uma entidade filantrópica, beneficente ou mesmo sem fins lucrativos é preciso entender o seu papel dentro da nossa sociedade democrática. O trabalho cotidiano que desenvolvem viabiliza o acesso de milhões de brasileiros a direitos fundamentais. Para se ter um ideia disso, os hospitais filantrópicos respondem por mais de 50% de todas as internações realizadas por meio de parceiras no âmbito do sistema público de saúde (SUS). A outra parte é dividida entre hospitais universitários, hospitais federais, estaduais, municipais e hospitais particulares com fins lucrativos.”*³⁸

Este resgate histórico deve ser feito para reconhecer que políticas voltadas para a população idosa sempre estiveram atreladas à caridade, à filantropia, e à Assistência Social.

8.1 A questão da Saúde na Velhice

Na velhice, o conceito de saúde resulta da interação entre a condição de saúde física e mental da pessoa idosa, de sua independência funcional e financeira, bem como de sua integração na família e na comunidade (Ramos, 2002). Dessa forma, o cuidado à população idosa exige a abordagem de condições agudas e crônicas, mas também a difusão de conhecimentos e recursos de reabilitação e uma preocupação permanente com e inclusão social, a intergeracionalidade e a ruptura do isolamento social por que passam as pessoas mais velhas, inclusive em suas famílias.

No âmbito da Política de Saúde, as repercussões do envelhecimento populacional também são complexas. De modo muito específico, a funcionalidade é um componente essencial da saúde do idoso com implicações muito maiores para a vida do indivíduo do que o perfil de doenças que porventura ele possa apresentar (GIACOMIN *et al*, 2008).

Assim, no Brasil como em outros países ao redor do mundo, o planejamento para as necessidades de saúde das populações que estão envelhecendo rapidamente é uma

³⁸ Advogada, especialista em direito administrativo, civil e tributário. Geovane Bueno, Advogado especialista em direito público.
Disponível em: <http://www.federassantas.org.br/wordpress/?p=4149>. Acesso em 22 abril de 2015

prioridade. Por isso mesmo, a instituição do Pacto pela Vida (SUS, 2006) foi comemorada por reconhecer pela primeira vez a população idosa como prioridade para o Sistema Único de Saúde e a funcionalidade como paradigma da saúde desse segmento populacional. Paradoxalmente, o Pacto não definiu quaisquer metas ou sanções para o gestor quanto à atenção à saúde da população idosa – em tese prioritária.

Além disso, e talvez por isso, observa-se uma escassez de dados disponíveis sobre como as populações usam serviços de saúde à medida que envelhecem. Porém, a necessidade de reunir dados tanto descritivos e preditivos no uso hospitalar é particularmente relevante no Brasil, onde o governo paga por cerca de 80% de todas as internações, que por sua vez consomem quase 70% de todas as despesas nacionais de saúde (LA FORGIA e COUTOLLENC, 2008).

Para se ter uma noção da magnitude do problema, desde 1999, o número total de internações no setor público brasileiro aumentou em cerca de dois por cento ao ano e os gastos alcançaram um total de R\$ 4,1 bilhões por ano (MACINKO *et al*, 2011).

Em 2009, entre os quase 20 milhões de pessoas com mais de 60 anos no país, havia 2,3 milhões de internações no setor público e a taxa de hospitalização por pessoas com mais de 60 anos de idade foi de 119 / 1.000, o dobro da taxa para a população mais jovem ou aqueles abaixo desta idade (58 / 1000).

Dados da Pesquisa por Amostra de Domicílios de Minas Gerais³⁹ (PAD-2011) apontam que, 10,8% dos idosos mineiros declararam terem sido internados no último ano. Desses, 64,8% passaram por tratamentos clínicos; 27,5% por cirurgias; 6,7% por exames e 1,0% passou por tratamentos psiquiátricos. Enquanto um estudo realizado junto aos participantes do Projeto Bambuí⁴⁰ verificou que mais de três quartos da população

³⁹ Disponível em: <http://fjp.mg.gov.br/index.php/docman/cei/pad/335-boletim-pad-mg-2011-perfil-da-populacao-idosa-de-minas-gerais/file>

⁴⁰ O Projeto Bambuí, um estudo prospectivo de base populacional, é desenvolvido na sede desse município, situado a Oeste de Minas Gerais. A coorte composta em 1997 totalizou 1.606 idosos (≥60 anos), que correspondiam a 92% de toda a população nessa faixa etária. O principal objetivo da coorte é identificar preditores da mortalidade, da hospitalização e da limitação física e cognitiva em idosos; o que possibilitará a identificação de condições e/ou de idosos-alvo para atividades de prevenção. Nos seguimentos anuais da coorte acontecem entrevistas para coleta de informações; em alguns anos há coleta de material biológico, eletrocardiograma e medidas antropométricas. Em todos os seguimentos avaliam-se o consumo de medicamentos (confirmado pela prescrição e/ou embalagem da medicação em uso) e a condição cognitiva da população idosa. Mais detalhes podem ser pesquisados em Lima-Costa MF, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JO, Vidigal PG, Barreto SM. The Bambuí Health and Ageing Study (BHAS): Methodological approach and preliminary results of a population-based cohort study of the Brazil. *Rev. Saúde Pública* 2000; 34(2): 126-135.

acompanhada foram hospitalizados pelo menos uma vez e cerca de um quinto foi internado oito vezes ou mais (MACINCKO *et al*, 2011).

Assim, considerando todo o contexto acima discutido, é fundamental compreender em que circunstâncias essa hospitalização acontece e, em que pese todas as lacunas e equívocos, cumpre destacar a importância dos hospitais filantrópicos no Brasil. Acrescentamos a este hospital, nosso caso, maior valor por se tratar de um hospital geriátrico voltado à reabilitação, cuja vocação institucional é ainda mais rara no nosso meio – haja vista, Belo Horizonte contar apenas com o Hospital Sarah Kubitscheck para reabilitação em geral e o próprio Hospital Paulo de Tarso.

9. AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

DONABEDIAN (2005) define avaliação como sendo um processo que tenta determinar de forma sistemática e objetiva os impactos das atividades realizadas na melhora das condições de saúde do indivíduo.

Avaliar é mencionar um valor assumido a partir do julgamento realizado com base em critérios previamente definidos, e, no âmbito dos programas e dos serviços de saúde, a avaliação é estabelecida como uma estratégia técnico-administrativa destinada à tomada de decisão, na qual a prática dessa capacidade é dada pelo contexto e pela organização do processo de trabalho.

Existem duas metodologias de avaliação das organizações usadas em todo mundo que são: os indicadores e a auditoria.

No setor público, segundo o Guia Referencial para Medição de Desempenho e Manual para Construção de Indicadores, a tipologia dos indicadores⁴¹, no que se refere a critérios de dimensões do resultado, seria:

- Eficiência: indica uma relação entre o que foi entregue e o que foi consumido de recursos, usualmente sobre a forma de custos ou produtividade de programas ou ações;
- Eficácia: indica a quantidade ou qualidade de produtos e serviços entregues ao usuário, beneficiários diretos dos produtos/serviços da organização;
- Efetividade: indica o impacto desejado dos produtos sobre seus usuários, ou seja, o grau de satisfação gerado ou o produto agregado, ou ainda o impacto no contexto geral;
- Execução: refere-se à realização dos processos, projetos e planos de ação conforme estabelecidos;
- Excelência: refere-se à conformidade a critérios e padrões de qualidade / excelência;
- Economicidade: refere-se à obtenção e uso dos recursos com o menor ônus possível.

⁴¹http://www.gespublica.gov.br/Tecnologias/pasta.2010-05-24.1806203210/guia_indicadores_jun2010.pdf

A auditoria como método de avaliação pode ser entendida como um conjunto de técnicas para verificação das estruturas, processos e resultados e a aplicação de recursos financeiros mediante a comparação entre uma situação encontrada e determinados critérios técnicos, operacionais ou legais. Deve-se avaliar objetivamente o serviço para determinar a extensão na qual os critérios da auditoria serão atendidos, sendo envolvidos neste processo o cliente da auditoria, o escopo de auditoria e o plano de auditoria (COUTO, 2014).

A avaliação, em termos de diagnóstico organizacional, contribui para melhorar os processos de gestão oferecendo tangibilidade e melhor entendimento sobre potencialidades e desafios (COUTO, 2014);

- a realização da avaliação de programas ou ações em Saúde é essencial para promover a melhoria das práticas no serviço de saúde. O objetivo da ação avaliativa dependerá dos fins aos quais se propõe: podem ser utilizados para o planejamento de intervenções, promover melhorias, determinar os efeitos de uma intervenção ou verificar a efetividade de ações implementadas (SAMICO, 2010). Este acompanhamento por avaliação de processos, produtos, serviços, projetos ou ações planejadas é viabilizado através do uso de *indicadores* – “formas de representação quantificáveis das características de produtos ou processos” (TAKASHIMA 1996, p.19). Assim, a atividade de avaliação da qualidade pressupõe um conhecimento anterior da relação entre estrutura e processo e entre processos e resultados antes que a qualidade possa ser avaliada (DONABEDIAN, 2001);

- a existência de um sistema de informação eficiente baseado em indicadores de qualidade: o Estado deveria se preocupar em medir a qualidade dos serviços prestados e premiar os prestadores pela execução de procedimentos de qualidade. Porém, o que se observa é que não acontece uma coisa, nem a outra. O SUS remunera por complexidade de serviços ou custos totais, de modo totalmente desvinculado de um pagamento baseado na melhoria em valor para as pessoas assistidas, como recomenda PORTER e TEISBERG (2006).

A prática de gestão sem o uso de critérios científicos gera baixa qualidade da atenção em saúde, aumenta fatores geradores da insegurança assistencial hospitalar que aumentam a mortalidade, morbidade e incremento considerável dos custos operacionais. Portanto, compreender esses aspectos fundamentais na gestão de estabelecimentos de saúde pode auxiliar na elaboração de políticas de saúde e, principalmente, na segurança assistencial, fim último da Política Pública de Saúde.

9.1 Algumas considerações sobre gestão hospitalar e controle do risco sanitário

Todas as etapas de atendimento hospitalar apresentam riscos inerentes aos processos. Para que tais riscos sejam controlados ou eliminados, medidas de segurança sanitária devem ser empreendidas. Para tanto a primeira providência é conhecer os pontos do processo que representam maiores chances de erros, ou mesmo, em havendo erros, quais consequências são as mais danosas. Conhecendo-se estes ‘pontos críticos’, programam-se ações necessárias para evitá-los ou minimizar seus efeitos, quando inevitáveis, garantindo a segurança assistencial dos clientes e demais partes interessadas.

Nesse sentido, as instituições de saúde têm procurado investir no uso de ferramentas e modelos gerenciais para a obtenção de resultados efetivos e eficientes dos processos assistenciais médico-hospitalares (COUTO; PEDROSA, 2009).

No entanto, segundo estudiosos da gestão de serviços de saúde, mais importante é pensar novas maneiras de organizar, mensurar e gerenciar a prestação de serviços de saúde ao longo de todo o ciclo do atendimento, pois existem enormes ganhos a serem alcançados simplesmente fazendo uso mais eficiente da clínica médica. Certamente, o avanço tecnológico na Saúde é importante, mas o principal problema do sistema de saúde, hoje, não é a falta de acesso à tecnologia, mas o gerenciamento do sistema (PORTER; TEISBERG, 2006).

Além disso, segundo PORTER E TEISBERG (2006), é necessário pensar maneiras de encorajar melhorias em valor e não em custos operacionais. Uma delas seria permitir que os prestadores pudessem ganhar com as melhorias em eficiência, definindo uma competição baseada em valor, os preços dos serviços considerariam o valor para a saúde ao invés de em esforços, complexidade de serviços ou custos totais. Para tanto é fundamental gerenciar os riscos dessas organizações.

9.2 O Gerenciamento de Riscos em Organizações Prestadoras de Serviço em Saúde (OPSS)

Os hospitais são organizações prestadoras de serviço de saúde (OPSS), reconhecidos como organizações complexas porque envolvem muitos profissionais com diferentes habilidades e responsabilidades para ampla gama de atividades. Não raro os

próprios dirigentes dessas organizações se surpreendem com o grau de complexidade que encontram em tarefas que supostamente seriam simples. Sabe-se, por exemplo, que processos rotineiros em um hospital podem abranger 30 a 40 pessoas com a colaboração de cinco ou seis áreas (COUTO, 2014).

Os produtos e serviços, decorrentes das atividades dos profissionais de saúde, podem chegar, conforme QUITO NETO E BITTAR (2004) a 3.870 procedimentos (sem descrever os de laboratório clínico que podem hoje realizar cerca de 3.000 diferentes exames complementares) vindos de 2.870 diagnósticos possíveis. Qual empresa, indústria ou de serviços, que produz este número de produtos?

DONABEDIAN (2005)⁴², utilizando da lógica cartesiana, propõe uma sistemática para análise dos requisitos para a obtenção da qualidade assistencial, baseada em três componentes, como apresentado na Figura 14:

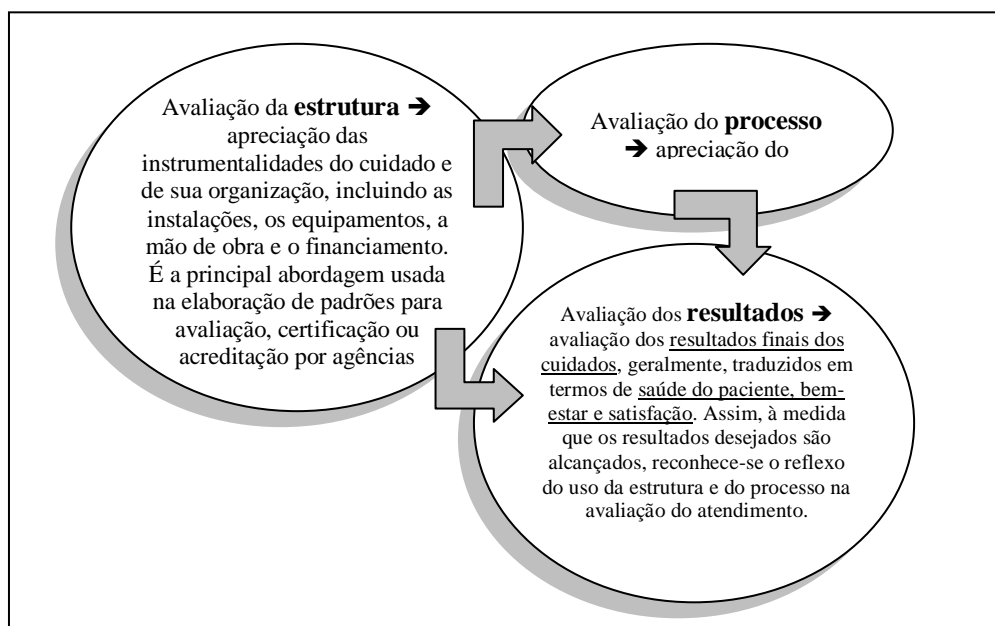
- Estrutura: implica na qualidade dos estabelecimentos e dos recursos materiais (como instalações, equipamentos e recursos financeiros) e os recursos humanos (número e qualificação do pessoal) bem como a estrutura gerencial (organização da equipe médica, métodos de controle e sistema de remuneração);

- Processo: inclui as atividades ao buscar e levar a cabo a assistência e as opções ao fazer o diagnóstico e recomendar e executar um tratamento pelos profissionais da saúde;

- Resultado: implica nos efeitos da assistência no estado da saúde do paciente e na sua aprovação aos critérios estabelecidos.

⁴² <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>

Figura 14 - Dimensão da estrutura, do processo e do resultado, segundo Donabedian (2005).



Fonte: COUTO (2014), adaptado de DONABEDIAN, 2005, p.691.

Este triplo enfoque da evolução da qualidade torna-se possível porque a adequada estrutura e processos aumentam a possibilidade de um resultado confiável. Para tanto, é necessário ter estabelecida correta dimensão da estrutura, do processo e do resultado que podem ser utilizadas também para avaliar a qualidade (COUTO, 2014).

9.2 A segurança do paciente

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a segurança do paciente como “ausência de dano, real ou potencial evitável, relacionado com os serviços de saúde”. Adicionalmente, o *National Quality Forum* (NQF) dos Estados Unidos publicou em 2003 um conjunto de medidas intituladas “práticas seguras” que, devido à evidência disponível de sua efetividade na diminuição de eventos adversos e sua alta possibilidade de generalização, deveriam ser aplicadas nos hospitais do Brasil e hospitais de um modo geral naquele país (NQF, 2003). Segundo o NQF, a melhoria da cultura da segurança assistencial do paciente é a primeira das recomendações para estimular a segurança assistencial em hospitais (NQF, 2010).

No Brasil, o Governo Federal criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente através da portaria nº 529/2013,⁴³ que traz em seu programa os seguintes objetivos:

- promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde;
- envolver os pacientes e familiares nesse processo;
- ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;
- produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e
- fomentar a inclusão do tema segurança assistencial no ensino técnico e de graduação e na pós-graduação na área de Saúde.

Tem quatro eixos norteadores:

- Eixo 1: o estímulo à uma prática assistencial segura através de: a) os protocolos, b) planos (locais) de segurança do paciente dos estabelecimentos de saúde, c) criação dos núcleos de segurança do paciente, d) sistema de notificação de incidentes, e) sistema de notificação de eventos adversos;
- Eixo 2: envolvimento do cidadão na sua segurança;
- Eixo 3: inclusão dos temas segurança do paciente na educação permanente, na pós-graduação e nas graduações da saúde;
- Eixo 4: incremento da pesquisa em segurança do paciente (BRASIL, 2014).

Na mesma direção, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 36, de 25 de julho de 2013⁴⁴ institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências, e tem por objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, traz as seguintes definições:

I – boas práticas de funcionamento do serviço de saúde: componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados;

II – cultura da segurança: conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde;

III – dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;

⁴³ http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

⁴⁴ http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html

IV – evento adverso: incidente que resulta em dano à saúde;

V – garantia da qualidade: totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem;

VI – gestão de risco: aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional;

VII – incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde;

VIII – núcleo de segurança do paciente (NSP): instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente;

IX – plano de segurança do paciente em serviços de saúde: documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde;

X – segurança do paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde;

XI – serviço de saúde: estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis;

XII – tecnologias em saúde: conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde (ANVISA, 2013, p.1-2).

Outros órgãos também definem conceitos sobre a segurança do paciente, conforme demonstrado nos Quadros 3 e 4.

Quadro 3 - Alguns conceitos-chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente segundo a Organização Mundial da Saúde (2009)

Segurança do paciente	Reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
Dano	Comprometimento de estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer.
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
Circunstância notificável	Incidente com potencial dano ou lesão.
<i>Near Miss</i>	Incidente que não atingiu o paciente.
Incidente sem lesão	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
Evento adverso	Incidente que resulta em dano ao paciente.

Fonte: COUTO (2014).

Quadro 4 - Conceitos de Cultura de segurança do paciente na Portaria MS/GM n 529/2013

Cultura na qual os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares.
Cultura que prioriza a segurança acima das metas financeiras e operacionais.
Cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução de problemas relacionados à segurança.
Cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional.
Cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva de segurança.

Fonte: COUTO (2014)

No âmbito hospitalar, o Ministério da Saúde em Portaria (nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013), instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) do

SUS⁴⁵, que estabelece as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS):

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS,

[...]

XVII: Plano Terapêutico: plano de cuidado de cada paciente, resultado da discussão da equipe multiprofissional, com o objetivo de reavaliar diagnósticos e riscos, redefinindo a linha de intervenção terapêutica dos profissionais envolvidos no cuidado.

CAPÍTULO II

DAS DIRETRIZES

Art. 6 São diretrizes do PNHOSP:

[...]

VII gestão de tecnologia em saúde de acordo com a Política Nacional de incorporação tecnológica do SUS; VII garantia da qualidade da atenção hospitalar e segurança do paciente.

[...]

CAPÍTULO III

DOS EIXOS ESTRUTURANTES

[...]

§ 7º Cabe ao hospital implantar os Núcleos de Segurança do Paciente nos moldes descritos na Resolução da Diretoria Colegiada RDC – nº 36/ANVISA de 25 de julho de 2013, de forma a elaborar o Plano de Segurança do Paciente, bem como garantir a implantação dos protocolos Básicos de Segurança do Paciente, bem como garantir a implantação dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.

[...] Seção II

Do Eixo de Gestão Hospitalar

Art. 17. A gestão da atenção hospitalar será pautada:

12. na garantia do acesso a qualidade da assistência;

[...] Seção VI

Do Eixo de Responsabilidades das Esferas de Gestão,

[...] § 1 Compete ao Ministério da Saúde:

[...] IX – estabelecer, de acordo com a pactuação na CIT, mecanismos de controle, regulação, monitoramento e avaliação das ações realizadas no âmbito hospitalar, por meio de indicadores de desempenho, de processos e de resultados; (BRASIL, 2013)

Assim, um dos grandes focos atuais de atenção das organizações de assistência médico-hospitalar é o de implementar ações para gerenciar os fatores associados à garantia da segurança assistencial, com contingenciamento de riscos e diminuição de custos operacionais.

⁴⁵ http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html

Essa cultura de segurança assistencial pode ser definida segundo a *Health And Safety Commission* como o produto dos valores, atitudes, competências, padrões individuais e coletivos que determinam o compromisso, o estilo e a capacidade de uma organização de saúde ou de um sistema de seguridade. Organizações com cultura positiva de segurança são caracterizadas por comunicações fundadas na confiança mútua, por percepções comuns da importância da segurança e pela confiança na eficácia de medidas preventivas (COUTO, 2014).

Em Serviços de Saúde, o risco, pode ser definido como a probabilidade de ocorrência de um evento adverso que afete a integridade do paciente, da equipe de saúde ou da comunidade onde o serviço está inserido. Diversas categorias de risco devem e podem ser evitadas: sanitários e ambientais – relacionados à saúde ou à higiene e ao meio ambiente; ocupacionais e biossegurança – relacionados à atividade profissional; responsabilidade civil – relacionado à organização hospitalar, normas legais e normas internas; assistenciais – relacionados ao paciente; financeiro – relacionado à saúde financeira da instituição (COUTO, 2014).

FELDMAN (1996) relata ser na etapa da auditoria de risco que se identificam erros, tendências e padrões de conduta institucional, que devem ser efetivamente corrigidos, para se evitar a repetição. Quando se realiza a revisão de cada falha ou procedimento, considerado potencialmente perigoso, tende-se, mediante uma recomendação e orientação, a causar impacto positivo na qualidade do serviço prestado ao paciente, refletindo na evolução e melhoria dos riscos no que tange à cultura hospitalar para o gerenciamento de riscos. Os casos devem ser notificados e tratados analiticamente para o desenvolvimento dos indicadores específicos preconizados pela Portaria nº 2.616 do Ministério da Saúde, de 12 de maio de 1998 ⁴⁶, podendo-se assim se identificar os processos e fatores de risco para desenvolver medidas preventivas (BRASIL, 1998).

Depreende-se dessa análise que o diagnóstico organizacional através de sistemas de auditoria independente nas instituições de saúde da rede de atendimento permite definir o nível das condições de segurança e estabelecer políticas eficazes para a redução do risco relacionado à assistência (COUTO, 2014).

Infelizmente, o estudo de COUTO (2014) mostra que, nos hospitais mineiros, os problemas vão muito além da questão de recursos:

⁴⁶ http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html

“O baixo nível de conformidade com requisitos técnicos e legais dos diversos serviços médico-hospitalares ofertados ao paciente com foco na segurança do paciente encontrada na rede hospitalar muito provavelmente expõe as populações assistidas a elevado risco de iatrogenias⁴⁷ e suas consequências assistenciais e econômicas.” (COUTO, 2014).

O resultado da pesquisa em 194 hospitais de um total de 568 do Estado de Minas Gerais na Faculdade de Medicina da UFMG, apresentada em final de 2014.

Nessa mesma direção trazemos uma estimativa de erros e eventos adversos em hospitais brasileiros, os quais, embora sejam frequentes, podem e devem ser prevenidos como demonstra o Quadro 5.

Quadro 5 - Estimativa da dimensão de erros e eventos adversos em hospitais brasileiros.

Número de pacientes vítimas de erros e eventos adversos nos hospitais brasileiros	498.080 (3,7% do total de internações)
Número de óbitos decorrentes dos erros e eventos adversos	64.750 (13,6% do total de pacientes vitimados)
Estimativa de contribuição dos eventos adversos nos custos totais	R\$ 11.854.621.720,02 (30% do montante)
Valor estimado de custos preveníveis	R\$ 8.179.688.986,81 (69% do montante)

Fonte: COUTO (2014)

Dados apresentados durante o Qualihosp 2013 – Congresso Internacional de Qualidade em Serviços e Sistemas de Saúde⁴⁸, realizado em São Paulo, apontam que até 73% dos erros que acontecem dentro de hospitais brasileiros, tais como troca de medicações ou operação de membros errados, poderiam ser evitados.

⁴⁷ Iatrogenias referem-se às moléstias provocadas pelo tratamento ou intervenção médica.

⁴⁸ http://site.qualihosp.com.br/mac/upload/arquivo/ANAIS_2013_completo.pdf.

As pesquisas⁴⁹, feitas em dois hospitais públicos do Estado do Rio de Janeiro, encontraram uma incidência média de 8,4% de eventos adversos, semelhante aos índices internacionais. No Brasil, no entanto, é alto o índice de problemas evitáveis: de 66,7% a 73%. Em outros países, a incidência variou de 27% (França) a 51% (Austrália). Em números absolutos, isso significa que, em 2008, dos 11,1 milhões de internados no SUS, 563 mil foram vítimas de erros evitáveis⁵⁰.

ZAMBON (2014), que pesquisou a repercussão dos ‘eventos adversos’ na assistência à saúde, observa que nos EUA pelo menos metade dos eventos adversos é atribuído a erros médicos e passível de ser evitado, e estima que ocorrem 44.000 a 98.000 mortes anuais decorrentes de eventos adversos, devido à ocorrência estimada de um milhão de eventos adversos por ano naquele país. Em relação aos custos, evitáveis, estima entre 17 e 29 bilhões de dólares ao ano. Destaca, também, que as causas destes eventos adversos não estão relacionadas a descuidos médicos, mas sim a sistemas falhos, e que o processo de assistência precisaria ser repensado, e que o tema da segurança do paciente deveria ser considerado uma prioridade nacional⁵¹.

No Brasil o número de iniciativas é bem mais reduzido. Em 2009, foi criado o *website* Proqualis, vinculado à Fundação Oswaldo Cruz e financiado pelo Ministério da Saúde, destina-se a produção e divulgação de informações em qualidade e segurança do paciente. Em abril de 2013, o Ministério da Saúde e a ANVISA lançaram o Programa Nacional de Segurança do Paciente e também a RDC 36/2013, que institui ações para promoção da segurança e da melhoria na qualidade dos serviços públicos de saúde no país.

Os problemas relacionados às falhas sanáveis por via de padronização correta de processos não param por aí, pesquisa realizada em três hospitais de Belo Horizonte, a partir da análise de mais de 2,6 mil receitas, revela problema bem maior que a famosa letra ilegível dos profissionais da Medicina. O índice de erro na indicação do cloreto de potássio, substância que pode levar à parada cardíaca se mal-administrada, chega a 97%. Falta de informações sobre a concentração e via de administração do medicamento foram os principais erros constatados na pesquisa. Problemas que poderiam ser evitados com a adoção de medidas

⁴⁹ MENDES, W; MARTINS, M; ROZENFELD, S; Travassos, C 2009. Avaliação de eventos adversos em hospitais no Brasil. *International Journal for Quality in Health Care*;21(4): 279-284.

⁵⁰ <http://www.unimedbhonline.com/ate-73-dos-erros-cometidos-em-hospitais-no-brasil-sao-evitaveis/>. Acessado em 24 de abril de 2015.

⁵¹ Seis dias depois da divulgação do trabalho científico citado (nos EUA), o presidente dos EUA, Bill Clinton, solicitou uma análise do problema pelo Congresso, e solicitou às Agências que implementassem programas de segurança do paciente, disponibilizando 50 milhões de dólares para pesquisa ao AHRQ - Agency of Healthcare Research and Quality, em 2001.

simples, adaptadas à realidade de cada hospital, sem necessidade de altos investimentos. Uma das sugestões é padronizar as prescrições, a partir de um modelo com todas as informações necessárias para a dispensação e administração correta dos medicamentos indicados para os pacientes. A proposta é do farmacêutico Mário Borges Rosa, autor de tese de doutorado defendida na Faculdade de Medicina da UFMG.⁵²

Outro dado a ser considerado é o custo do leito hospitalar. Médicos pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) realizaram um estudo para medir a produtividade dos leitos dos hospitais brasileiros e estabelecerem comparação com os hospitais americanos, que utilizam a metodologia DRG (*diagnosis related groups*, ou grupos de diagnósticos relacionados) para definirem o grau de risco clínico do paciente com fins de gerenciamento da qualidade assistencial-hospitalar e de custos.

A produtividade é entendida como o tempo de utilização dos leitos, medido através dos dias de permanência de cada paciente internado, para a realização de um tratamento hospitalar. De acordo com o professor de Medicina da UFMG, Renato Couto⁵³, no Brasil, este custo é 28% mais alto do que os EUA ou seja, comparando pacientes na mesma categoria de risco DRG, nos dois países, os norte-americanos poderiam ser tratados usando 28% a menos de leitos hospitalares do que os brasileiros. Assim, gerenciar a produtividade dos leitos com segurança para o paciente é tratar mais pacientes com procedimentos adequados e seguros usando menor tempo de internação. Para o pesquisador, tratar mais pacientes no mesmo número de leitos hoje existentes é crítico em um cenário macroeconômico de contingenciamento de custos

Segundo Couto, a economia potencial por ganho de produtividade é da ordem de bilhões de reais por ano, uma vez que, apenas na saúde suplementar, o custo anual da assistência hospitalar é da ordem de R\$ 32 bilhões no Brasil. Assim, caso se conseguisse o aumento de 28% da produtividade hospitalar, estaria aberta uma oportunidade de melhoria de uso de recursos no sistema de saúde nacional.

Na mesma direção, Maria Thereza Ribeiro Fortes⁵⁴, pesquisadora da Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), adverte:

⁵² <http://www.sinfarmig.org.br/index.php?op=conteudo&id=476>. Acessado em 24 de abril de 2015.

⁵³ <http://saudebusiness.com/noticias/brasil-tem-custo-do-leito-28-mais-alto-do-que-os-eua/>. Acessado em 27 de abril de 2015.

⁵⁴ Maria Thereza Ribeiro Fortes, que defendeu a tese de doutorado em Saúde Pública "Acreditação no Brasil: seus sentidos e significados na organização do sistema de saúde", na ENSP, no dia 8 de março de 2013. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/32241>

“As instituições de saúde sempre devem buscar meios para trabalhar e se comprometer com a qualidade e a segurança dos serviços prestados”.

Em sua tese, apresentada em 2013, a autora revela que, em todo o país, 197 hospitais credenciados ao SUS encontram-se acreditados. Desses, 174 têm o certificado emitido pela Organização Nacional de Acreditação – (ONA), independentemente do nível, e 23 foram certificados pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA). Esse universo representa apenas 3% da rede hospitalar do SUS, em um universo de cerca de 6 mil unidades. Desse modo, no nosso meio, a acreditação é ferramenta ainda muito incipiente (FORTES, 2013).

Portanto, fica patente o enorme universo de hospitais ainda por introduzir ferramentas de gestão que garantam níveis de segurança sanitária mínimos.

Outra ponderação diz respeito à natureza das organizações certificadoras, as quais não são estatais. Ora, se faltam recursos à Saúde Pública, como esperar que hospitais públicos invistam montantes consideráveis para contratar organizações que os preparem para se submeterem às auditorias das Certificadoras?

Parece-nos mais razoável e eficiente que o Estado orientasse os hospitais, públicos e privados, no sentido da incorporação das melhores práticas, com fins a uma maior eficiência de toda a rede hospitalar do país. Elaborar normas a exemplo da RDC 36 de 2013⁵⁵, ou o “Programa Nacional de Segurança do Paciente”⁵⁶ de 2014 não garante a materialização de seus objetivos e metas.

Isso nos traz de volta à reflexão de Maria Regina Álvares Magalhães, consultora da Assembleia Legislativa de Minas Gerais:

“Hoje em dia, teríamos uma Tecnologia Robusta para melhorar a assistência hospitalar, como um dos mais importantes aspectos de efetivação da Política Pública de Saúde?”⁵⁷

Conforme discutido anteriormente, existe uma metodologia orientada pela Legística para ‘fazer’ com que as normas sejam efetivas. Dentre as ações necessárias estão a identificação correta do problema, o planejamento da norma, avaliação *ex ante*, a criação de

⁵⁵ RDC 36: *Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.*

⁵⁶ http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf

⁵⁷ “os hospitais consomem cerca de 2/3 do gasto total em saúde”. O setor hospitalar brasileiro conta com 7.400 hospitais e 471 mil leitos (LA FORGIA e COUTOLLENC, 2009).

meios necessários e suficientes para a materialização da norma, a avaliação *ex post*, o melhoramento das normas e das ações com fundamento nas avaliações de seus impactos.

Portanto, certificar um hospital, organizar sua gestão para a qualidade da prestação dos serviços, configura-se a etapa ‘criação de meios necessários e suficientes para a materialização da norma’ orientada pela Legística. Se o Estado quer ver sua Política de Saúde concretizada, deve assumir todas as etapas do ciclo desta política, ou mesmo transferir algumas de suas etapas à iniciativa privada através de atraentes e realísticos fomentos.

Neste ponto, apresentaremos as ferramentas de que dispõe a Saúde Pública para corrigir esta realidade. O serviço público que tem maior vocação para assumir a atribuição de orientar e educar o hospital para a gestão segura é a Vigilância Sanitária.

9.4 A Vigilância Sanitária

No Brasil, a Constituição da República de 1988 (CR/1988) determina que o direito à saúde⁵⁸ é direito de todos e dever do Estado, cabendo ao poder público a sua regulamentação, fiscalização e controle. São funções do Estado:

CR/1988, Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos⁵⁹ e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

CR/1988, Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle⁶⁰, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Para o Estado brasileiro cumprir seu dever de garantir o direito à saúde ao cidadão, a Constituição da República instituiu o Sistema Único de Saúde – SUS:

*CR/1988, Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;*

⁵⁸ Neste sentido, também são direitos sociais a educação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados (CF/1988, Título II, Dos Direitos e Garantias Fundamentais, Capítulo I: Dos Direitos E Deveres Individuais E Coletivos, Art. 6º).

⁵⁹ Os grifos apontam o caráter prioritário para as atividades preventivas que a CR/1988 determina para as ações e os serviços públicos de saúde.

⁶⁰ Os grifos denotam a necessidade de regulamentação pelo Poder Público que a CR/1988 determina para as ações e os serviços públicos de saúde.

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas⁶¹, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III – participação da comunidade.

O artigo 200 da Constituição da República (incisos I, II, VI e VII) estabelece a competência do SUS para as várias atividades de interesse da saúde pública: a produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; controle e fiscalização de procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde; bem como execução das ações de vigilância sanitária e epidemiológica e as da saúde do trabalhador. A fiscalização e inspeção de alimentos, bebidas e águas para consumo humano; e a produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos também são definidos como competências do SUS.

A Lei Orgânica da Saúde – LOS, a Lei 8080/90⁶² regulamenta a estrutura e funcionamento do SUS, estabelece princípios e ações com este fim. No dizer da professora Sueli Gandolfi Dallari (2001):

“A LOS é, portanto, uma lei-quadro destinada a esclarecer o papel das esferas de governo na proteção e defesa da saúde, orientando suas respectivas atuações para garantir o cuidado da saúde”.

Na Lei 8080/90 está prevista a função fiscalizatória no SUS por meio de ações da vigilância sanitária. A Vigilância Sanitária (VISA) é uma das competências do Sistema Único de Saúde – SUS, prevista na Lei 8080/90 e Lei 9782/99, organizada em um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SVS), presente em todas as esferas de governo, com atributos peculiares e intimamente relacionada à realidade dos cidadãos. Sua principal função é eliminar ou minimizar o risco sanitário, que no caso da VISA, refere-se a um perigo de dano à saúde.

Com este fim, cria-se a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e se propõe a construir um sistema nacional congregando todas as Vigilâncias Sanitárias municipais, estaduais, do Distrito Federal e federal: o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS⁶³). Esse sistema deve garantir a eficácia do direito à saúde pelo pleno exercício da função de controlar e fiscalizar, conferir, vigiar, monitorar, regular o SUS.

⁶¹ Os grifos realçam o caráter prioritário para as atividades preventivas que a CR/1988 determina para as ações e os serviços públicos de saúde.

⁶² Leis regulamentadoras do SUS: 8080/90, 8142/90, NOB 01/1996, Diretrizes Operacionais - Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (02/2006).

⁶³ Lei 9782/1999 que cria a ANVISA e define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

Os principais participantes do SNVS são: no nível federal, a ANVISA e o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS); no nível estadual, os 27 órgãos de VISA das Secretarias Estaduais de Saúde, com o suporte de um laboratório central em cada unidade da federação; e no nível municipal, os serviços de VISA dos 5.561 municípios, que variam em termos de estrutura, recursos e capacidade operativa. O SNVS, apesar de formalmente instituído sofre de carência de estruturação legal, administrativa e doutrinária e vive um momento de reestruturação percorrendo todas as partes do SNVS (LUCCHESE, 2006). Nesta mesma direção reestruturante, as Diretrizes Operacionais publicadas em 2006 substituem as normas operacionais básicas e portarias que regulamentavam o SUS por outro conjunto de normas ministeriais e reforçam a necessidade de integração entre todos os setores de vigilância em saúde, inclusive quanto às formas do seu financiamento (DE SETA & DA SILVA, 2006).

A VISA deve conferir as normas e padrões a serem cumpridos em todas as ações de interesse da saúde na produção, circulação e consumo de certos produtos, processos e serviços (LUCCHESE, 2006). Contudo ela não dispõe de todo o conhecimento necessário para o enfrentamento de realidades cada vez mais complexas e de riscos sanitários ainda provenientes da desigualdade e da miséria, como o consumo de água não tratada e de alimentos sem qualidade e as práticas inadequadas de higiene, para citar alguns.

Portanto, para cumprir o seu papel, deve relacionar-se com as pessoas com base na noção de cidadania, da equidade e da responsabilidade social do direito, não somente o do consumidor e o da eficiência econômica. A noção do cidadão que consome não apenas produtos, mas bens valorativos à vida: água, alimentos, medicação, habitação e o direito ético à saúde e ao cuidado (DALLARI, 2001).

Assim, ela deve funcionar como um espaço da intervenção do Estado com a propriedade; de exercício da cidadania e do controle social; de comunicação e de promoção da saúde; além do enorme espaço educativo, precariamente explorado, sobre o risco sanitário e os direitos da cidadania (LUCCHESE, 2006). A VISA tem poder de polícia e de interdição, temporária ou definitiva do local vistoriado, porém raramente utiliza dele como primeira estratégia.

De toda maneira, para o professor Dalmo de Abreu Dallari (2006): “A Vigilância Sanitária é o braço avançado do direito à Saúde, responsabilidade do Estado em respeito a

uma das premissas da dignidade humana conforme a Declaração Universal dos Direitos Humanos⁶⁴ e a Organização Mundial da Saúde”.

Quando se considera o Estado, trata-se de uma figura abstrata que representa o Poder soberano, em um determinado território sobre um determinado povo. Quando se pensa em Governo, refere-se a sua prerrogativa legal, delegada pelo povo que o elegeu, de exercer o poder/dever administrativo, para que cumpra as políticas, diretrizes escolhidas pelo poder constituinte na elaboração da Constituição da República. Portanto, o Governo é mero instrumento para cumprir o poder/dever do Estado. Dessa forma, o Ministério Público (MP) e a Vigilância Sanitária (VISA) estão a serviço do Estado (para defender a sociedade) e não de governo, devendo, portanto, fiscalizar inclusive o governo, sempre e ainda mais quando este faltar com suas obrigações em relação ao Direito à Saúde.

Segundo a professora Edná Alves Costa (2001):

“É esta a função que lhe confere o poder de autoridade, chamado poder de polícia, cujas ações, no caso da VISA, abrangem tanto as atividades particulares quanto as públicas, pois o Estado submete-se às leis que ele mesmo cria”.

O Prof. Celso Antônio Bandeira de Mello (2001), apesar de preferir a denominação “limitações administrativas à liberdade e à propriedade” e não o rótulo de “poder de polícia”⁶⁵ define polícia administrativa (uma das detentoras do poder de polícia) como: “a atividade da Administração Pública, expressa em atos normativos ou concretos, de condicionar, com fundamentos em sua supremacia geral e na forma da lei, a liberdade e a propriedade dos indivíduos, (...) impondo coercitivamente aos particulares um dever de abstenção (“*non facere*”) a fim de conformar-lhes os comportamentos aos interesses sociais consagrados no sistema normativo”.

No caso da VISA, o poder de polícia também inclui a limitação e regulação do governo, podendo ser exercido de forma preventiva⁶⁶ ou repressiva⁶⁷ (RIBEIRO, 2006). Na definição de MELLO (2001), reafirma-se o aspecto da conformação de práticas de particulares ao interesse social da saúde e que a Administração Pública só pode atuar no

⁶⁴ Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), artigo 1º: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em direitos e dignidade”.

⁶⁵ Porque, segundo ele, o poder de polícia remete a uma época pretérita, a do ‘Estado Polícia’, quando, hoje nos encontramos no ‘Estado de Direito’.

⁶⁶ Poder de polícia preventivo: diz respeito à restrição ao direito ou liberdade individual (Ribeiro, 2006) ou de governo em prol de um direito coletivo.

⁶⁷ Poder de polícia repressivo refere-se ao desrespeito da limitação, acarretando uma punição, que pode ser de ordem pecuniária (Ribeiro, 2006) ou alternativa vinculada à melhoria das condições sanitárias.

estrito limite do sistema normativo, mas devendo obediência ao princípio da obrigatoriedade do desempenho da atividade pública em face da lei:

“Como a atividade administrativa é de caráter serviente, coloca-se uma situação coativa: o interesse público, tal como foi fixado, tem que ser prosseguido, uma vez que a lei assim determinou”.

Segundo Hely Lopes Meirelles (2000), toda a Administração Pública está sujeita ao princípio da legalidade:

“Na Administração Pública não há liberdade nem vontade pessoal. Enquanto na administração particular é lícito fazer tudo que a lei não proíbe, na Administração Pública só é permitido fazer o que a lei autoriza”.

Na mesma direção, a Constituição Federal (CF/88) reforça:

Art. 37. “A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência”.

Assim, são as disposições normativas que oferecem os meios para a atuação da Vigilância Sanitária da cidade. A VISA não atua em atividades ilícitas ou não devidamente regularizadas, por exemplo, atividades clandestinas que competem às outras polícias administrativas, mas deve estar atenta e aparelhada para atuar em todas as ações que reflitam sobre a saúde do cidadão e da cidade.

Mas, em termos legais, o que é a saúde?

Anteriormente à Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde era considerada a ausência de doenças, mas em 1946 a OMS define saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, ampliando o conceito que engloba questões como: meio-ambiente qualidade do transporte coletivo, condições de moradia, de saneamento básico, por exemplo.

Em que pese a vasta polêmica em torno dos determinantes de saúde e doença, do ponto de vista legal, no Brasil, a Constituição da República (Art. 196) define saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

O monitoramento da saúde preconizado pela Constituição Federal/88 é previsto na lei regulamentadora do SUS (Lei 8080/90), que em seu artigo 6º define as atribuições da VISA, deixando clara a forma ampliada das ações em relação às atividades até então

desenvolvidas, ou seja, a Vigilância Sanitária deve incorporar em sua rotina de trabalho aspectos da Saúde como um todo:

§ 1 – Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I – o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II – o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Assim, como parte das competências do SUS, a Vigilância Sanitária assume um caráter prioritário por sua natureza essencialmente preventiva (CF/1988, Art. 198, II), mediante o exercício de suas atribuições ampliadas para todos os aspectos da Saúde (Lei 8080/90, Art. 6º).

O consultor legislativo Geraldo Lucchese (2006), da Câmara dos Deputados, afirma que as ações de vigilância sanitária têm exatamente o propósito de implementar as concepções e atitudes éticas a respeito da qualidade das relações, dos processos produtivos, do ambiente e do serviço. Por esse motivo, segundo o mesmo autor, a Vigilância Sanitária funciona também como um importante instrumento para a alteração do antigo modelo assistencial de saúde e para enriquecer os processos indispensáveis à construção da cidadania no Brasil (LUCCHESI, 2006).

9.4.1 A Vigilância Sanitária de Belo Horizonte

Tradicionalmente, até a Constituição Federal de 1988, as ações das Vigilâncias municipais restringiam-se basicamente à fiscalização de produtos alimentícios para consumo humano, exigindo uma estrutura administrativa simplificada, com atribuições reduzidas.

Com a normatização do SUS e tendo como finalidade a ação de vigilância sobre a saúde, a Vigilância Sanitária municipal amplia seu foco de atuação, em consonância com a legislação vigente, e o faz de forma plena na lógica da descentralização, ou seja, inclui em sua rotina de trabalho serviços antes exercidos pelo Estado e Federação (Lei 8080/90, Art. 7º, IX, a):

“As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde –

SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no Art.198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

“IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios”.

Faz-se necessário, portanto, rever a forma como a municipalização das atribuições de Vigilância Sanitária determinadas pela CF/88 e as leis estruturadoras do SUS (Leis 8080/90 e 8142/90) colocaram a Vigilância Sanitária local em uma situação de incapacidade estrutural operativa para bem exercer as novas atribuições.

A Prefeitura Municipal de Belo Horizonte está dividida em nove unidades administrativas (Administrações Regionais), em cada uma delas há uma Gerência de Vigilância Sanitária (GERVIS), conforme apresentado na Figura 15. Aproximadamente 50.000 estabelecimentos são alvo da ação fiscalizadora da VISA/BH. A título de exemplo, são cerca de 7.000 consultórios odontológicos, 100 hospitais, 350 farmácias de manipulação, 100 asilos, 12 centros de hemodiálise, 14.000 estabelecimentos que manipulam e/ou comercializam alimentos, e outras 300 atividades-alvo da ação do Fiscal de Saúde.

Figura 15 – Mapa administrativo de Belo Horizonte com a divisão das nove distritos municipais (2015)



Fonte: www.pbh.gov.br

Apesar de o mandamento legal datar do ano de 1990, o município somente editou legislação municipal que amparasse estas atividades municipalizadas em 1996 (Lei 7031/96), iniciou timidamente a vistoriar drogarias em 1997 e hospitais em início dos anos 2000. Mesmo assim de forma muito incipiente. Os aproximadamente 100 hospitais municipais, por exemplo, estavam sob a responsabilidade de apenas 5 fiscais (fiscais com formação em medicina).

As técnicas para alcançar resultados com eficácia e eficiência são conhecidas como gestão. Assim, foi elaborado um planejamento para transformar a VISA anterior, dedicada somente a fiscalizar alimentos e algumas outras poucas atividades, na “Nova VISA/BH”⁶⁸ que garantisse um serviço eficiente em evitar riscos de saúde aos cidadãos em atividades de média e alta complexidade como hospitais e centros de hemodiálise.

Em 2004, a Vigilância Sanitária iniciou a elaboração do Plano de Gestão baseado na metodologia ISO 9001/2000⁶⁹, norma internacional que estabelece critérios de certificação para organizações que possuem metodologia de trabalho segura e eficiente para obter os resultados para os quais foi criada.

O modelo de Gestão pela Qualidade Total – TQM (Total Quality Management) passou a ser mais do que um objetivo para obter qualidade: passou a ser ferramenta estratégica para cumprir a missão, alcançar os objetivos e metas e concretizar a visão da VISA. Como é sabido desde a década de 1960, implantar o modelo TQM proporciona produção de bens e de serviços de qualidade, atendimento pleno ou maior do que as expectativas do cliente, com custos menores, melhoria contínua da cadeia produtiva, mudanças nos comportamentos das pessoas envolvidas no processo produtivo.

Estrategicamente definiu-se a missão da Vigilância Sanitária de Belo Horizonte: “*monitorar a execução das atividades de interesse da saúde para garantir a segurança sanitária máxima*”. Ela deve orientar sua política, seu negócio, seus objetivos, sua estrutura funcional, o conhecimento das entidades relacionadas e suas atribuições, bem como vantagens competitivas, competências essenciais, necessidades e expectativas dos clientes internos e externos.

⁶⁸ Sendo o Secretário de Saúde o médico Dr. Helvécio Miranda Magalhães Júnior, o Gerente da VISA e coordenador do Plano de Gestão o analista de sistemas e advogado Eduardo Camargos Couto, a coordenadora da elaboração do SISVIBH a analista de sistemas Gisele de Fátima Araújo, e coordenadora da elaboração do projeto de lei do Código de Saúde a advogada Érika Ataíde Starling Lages. Vários Fiscais Sanitários trabalharam na execução do Plano de Gestão, e foram fundamentais para o seu sucesso.

⁶⁹ ISO - International Organization for Standardization.

Mas para comparar as situações atual e desejada, de forma a produzir a tensão estrutural que impulsionará a mudança organizacional, torna-se necessário mapear a organização como ela é (*As is*), identificando qual é o problema do processo para modelar como ela deverá ser (*To be*). O resultado desta modelagem é um mapa de “Como” o problema será resolvido ou como ocorrerá a implantação do novo processo. Mapear, então, é descrever os processos de trabalho e as comunicações entre os mesmos. VILLELA (2000) define:

“o mapeamento de processos seria uma ferramenta gerencial analítica e de comunicação que tem a intenção de ajudar a melhorar os processos existentes ou de implantar uma nova estrutura voltada para processos. Para comparar a situação atual e desejada, de forma a gerar tensão estrutural que impulsionará a mudança organizacional, torna-se necessário mapear a organização como ela é, identificando qual é o problema do processo para modelar como ela deverá ser, para apresentar um mapa de “Como” o problema será resolvido ou da implantação do novo processo.”

E complementa HUNT (1996), citado por VILLELA (2000):

“A sua análise estruturada permite, ainda, a redução de custos no desenvolvimento de produtos e serviços, a redução nas falhas de integração entre sistemas e melhora do desempenho da organização, além de ser uma excelente ferramenta para possibilitar o melhor entendimento dos processos atuais e eliminar ou simplificar aqueles que necessitam de mudanças.”

Ou seja, examinar cuidadosamente os processos atuais e suas estruturas básicas, para possibilitar a adaptação dos processos de modo a apoiar estruturas aperfeiçoadas. A abordagem da Administração da Qualidade Total dedica uma atenção cuidadosa no entendimento prévio das características dos atuais processos, sugere intervenções incrementais para realizar a melhoria contínua dos processos. Assim, por via de um aprendizado organizacional, este processo de refazer os processos para melhorá-los se repete de tempos em tempos, conforme ciclos metodológicos mais bem explicados à frente, com vistas à incorporar correções e melhorias advindas do aprendizado organizacional.

COUTO (2007) afirma que:

“a gestão por processos é a metodologia por avaliação, análise e melhoria contínua do desempenho dos processos-chaves da unidade de negócio, ou seja, os que mais impactam na satisfação das partes interessadas”.

Assim, *“a empresa do futuro será projetada para aprender constantemente em todos os níveis, acumular seu aprendizado e utilizá-lo de modo eficaz.”* (MARTIN, 1996:28).

Com fins a introduzir na Vigilância Sanitária esta metodologia de melhoria contínua, elaborou-se um plano, denominado Plano de Gestão, com fins à criação desta “Nova VISA/BH”, e envolveram as seguintes etapas iniciais:

- a definição dos processos essenciais (administrativo, gerencial, técnico, de fiscalização e da comunicação);
- o reconhecimento dos fatores críticos de sucesso;
- a definição dos parâmetros de inspeção, dos registros da qualidade, dos indicadores de gestão;
- o mapeamento, diagnóstico e redesenho dos processos organizacionais;
- a proposição da reestruturação dos processos da organização;
- o dimensionamento dos recursos necessários para sua efetiva execução.

Neste estudo preliminar, foram identificadas lacunas nos processos, referentes aos mecanismos de controle, da tecnologia e informação, da definição de atribuições e de competências, autoridade, responsabilidade, desempenho, e ainda atividades que não agregavam valor, e que deveriam ser eliminadas.

Esse trabalho gerou documentos da qualidade (manual da qualidade, instruções de trabalho) e procedimentos da qualidade (tratamento de produto e produtos não conforme, controle de documentos e registros e auditoria interna). Foram definidas duas ferramentas essenciais para operacionalizar o Plano de Gestão⁷⁰: o sistema informatizado (com uso de computador de mão – *Personal Digital Assistant*, em português “assistente pessoal digital”) e a elaboração de um novo Código de Saúde, orientado por ferramentas da ciência Legística e que foi objeto de uma análise à luz dessa mesma ciência⁷¹.

A metodologia auxiliou na proposição e validação da nova estrutura organizacional, com cargos que comportem as funções essenciais detectadas, com padronização dos processos. Foi realizada a codificação do sistema de informatização base (servidor), a interface do sistema base com um computador de mão para a coleta de dados da situação sanitária do estabelecimento vistoriado, no momento da visita. Em julho de 2006, o

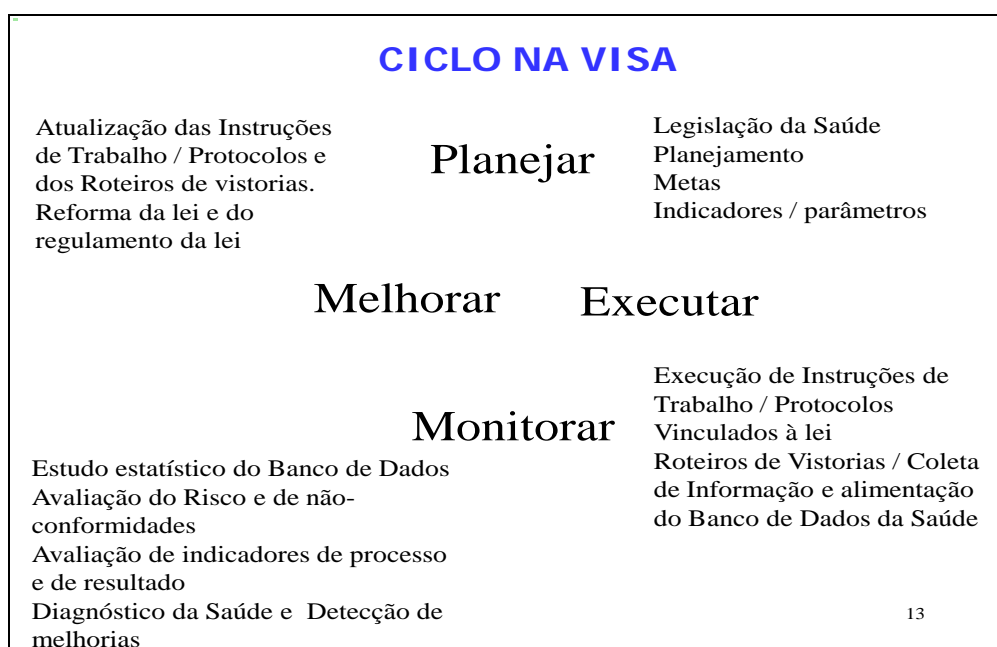
⁷⁰ A Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - levou o Sistema Informatizado da Nova VISA/BH, o SISVISABH, com fins a adotá-lo, como modelo, em nível nacional. Ver notícia da ida do SISVISABH para a ANVISA, no Diário Oficial do Município de BH, de 1º de junho de 2007.

⁷¹ O artigo “A Análise da Construção do Código de Saúde de Belo Horizonte à Luz da Legística” encontra-se na página da Assembleia do Estado de Minas Gerais no endereço: https://www.almg.gov.br/opencms/export/sites/default/consulte/publicacoes_assembleia/obras_referencia/arquivos/pdfs/legistica/analise_elaboracao.pdf.

Distrito Sanitário do Barreiro iniciou os testes do SISVISABH como piloto. A partir daí, feitas as Correções e acertos dos problemas detectados no piloto, o projeto foi implantado nas demais regionais administrativas.

Ademais, a metodologia de qualidade é fundamentada em um ciclo com quatro momentos conhecido como Ciclo PDCA (iniciais de *Plan, Do, Check, Action*), *Action* significando ação corretiva e/ou de melhoria. Esquemáticamente, o ciclo PDCA da Nova VISA/BH propõe a melhoria contínua dos serviços prestados, como apresentado na Figura 16.

Figura 16 – Ciclo de melhoria contínua (PDCA- VISA-BH)



Fonte: Próprio autor.

Assim, a Nova VISA/BH foi preparada para cumprir cada etapa do Ciclo PDCA, Planejar a ação fiscal, Executar conforme o planejado, Monitorar por meio de indicadores de processo e de resultado (cujo parâmetro é o risco sanitário medido nas vistorias fiscais), Melhorar ou corrigir o planejamento conforme as análises feitas no momento do monitoramento. Este Ciclo PDCA é uma metodologia de gestão poderosa que pode ser utilizada em qualquer atividade humana, até mesmo na simples elaboração de um café, como exemplifica o professor Vicente Falconi Campos (1990), maior autoridade nacional nesta matéria:

“Se desejamos agregar valor, aumentar a produtividade a níveis nunca antes alcançados, ou até mesmo vislumbrados, de tal forma a

trazer melhores condições de vida para o brasileiro e condições de sobrevivência para as empresas, devemos ser capazes, entre outros fatores, de montar um sistema dinâmico de padrões associado ao intenso e contínuo treinamento no trabalho que promova o perfeito fluxo da informação dentro das empresas".

Assim, a partir de 1999, paulatinamente, a Vigilância Sanitária, que já trabalhava as vistorias classificadas como de baixa complexidade⁷² (como a comercialização e a manipulação de alimentos, por exemplo), incorpora em sua rotina as atividades de média complexidade (dentre outras, os serviços de assistência à saúde, hospitais, clínicas, consultórios odontológicos, drogarias, farmácias, abrigos, asilos, creches, centros de hemodiálise, controle de vetores).

A Vigilância Sanitária assumiu também a fiscalização das atividades consideradas de alta complexidade (como as de investigação de surtos de infecção hospitalar, ações integradas com a área de epidemiologia, saúde mental, supervisão hospitalar) e demais atividades de interesse da saúde para as quais existem setores organizados na Secretaria Municipal da Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH). Dessa forma, ela começou a participar concretamente da verificação dos cuidados e políticas de toda a Saúde de Belo Horizonte.

Como ditam as Diretrizes Operacionais – Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (2006), o município deve assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde no âmbito local, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuadas estabelecidas.

Diante deste contexto de municipalização e da crescente complexidade das ações de vigilância, o Código Sanitário (1996) passou a não dispor dos instrumentos legais necessários para abarcar satisfatoriamente as atividades assumidas, o que configurou a necessidade de abertura de um processo de revisão da lei com a utilização dos pressupostos da Doutrina da Legislação (Legística). O Plano de Gestão definiu duas frentes de trabalho concomitantes para estruturar a Nova VISA/BH, a construção do Código de Saúde, e a elaboração de um sistema de informação informatizado, denominado SISVISABH.

O processo de construção do Código de Saúde iniciou-se em 2004 e, até a sua colocação em consulta pública, em novembro de 2006, envolveu todos os setores da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, diversas entidades governamentais e não

⁷² Classificação dada às atividades alvo da vistoria pela VISA/BH de acordo com o risco sanitário inerente à atividade, dada pela Lei municipal 7774/99, que dispõe sobre as ações de vigilância sanitária municipal de Belo Horizonte.

governamentais representantes de classe e do controle social (296 entidades registraram presença nas reuniões de trabalho, nas 12 Audiências Públicas, e na Consulta Pública). O SISVISABH iniciou seus testes no primeiro semestre de 2006, na Regional Barreiro.

Na Vigilância Sanitária, até 2004, a organização administrativa e os processos de trabalho eram ainda com fundamento no Código Sanitário de 1987. Não havia preocupação com o uso de ferramentas de metodologia administrativa, concorrendo para uma falta de padrão de trabalho, sem qualquer medição da eficiência e da eficácia das ações, nem de critérios técnicos que considerassem o risco inerente em cada atividade como parâmetro de controle da segurança sanitária pretendida.

Outro fator dificultador estrutural para se transformar em um serviço público de qualidade era a impossibilidade de se analisar estatisticamente o volume de dados gerados nas ações fiscais. A cada vistoria, o Fiscal de Saúde utiliza pelo menos um roteiro de inspeção. Tais itens de cuidados sanitários, conferidos pelo Fiscal em sua vistoria, estão nas diversas normas que regulam cada atividade de interesse da saúde. Pode-se entender o roteiro de inspeção como uma estratégia utilizada pela VISA para reduzir a subjetividade do agente público de vigilância sanitária, visto que ele utiliza critérios objetivos (Pepe *et al*, 2006). Nele está descrita a relação dos cuidados constantes na lei e em seus regulamentos, que devem ser observados por quem produz ou presta serviços de interesse da saúde. Em um único hospital, por exemplo, são utilizados mais de 50 roteiros de vistorias, um para cada atividade ali desenvolvida. Em cada roteiro de vistoria, há, em média, uma relação de 100 itens de cuidado a serem conferidos pelo Fiscal de Saúde.

Para se ter uma ideia do volume de informações geradas nessas vistorias, apenas no ano de 2005, os 139 fiscais de saúde de Belo Horizonte realizaram 62.000 visitas (50.000 na rotina do trabalho fiscal e 12.000 em visitas de fiscalização a partir da demanda do município). Assim, configura-se uma tarefa humanamente impossível trabalhar essa quantidade de informações ($62.000 \times 100 = 6.200.000$) apenas utilizando papel e caneta para analisar adequadamente tantos dados epidemiológicos e estatísticos.

Assim, paralelamente à constatação da necessidade da reforma da ferramenta legal, verificou-se a necessidade de definição de uma ferramenta administrativa que desse suporte ao efetivo cumprimento da lei.

Fica claro que para que “Nova VISA/BH” assumisse as novas atribuições municipalizadas, de média e alta complexidade, era necessário não apenas adequar a sua estrutura organizacional de cargos e funções, mas também conhecer seus processos de

trabalho e estabelecer o risco sanitário como o parâmetro norteador das ações da “Nova VISA/BH” e mesmo daquelas da SMSA/BH. Para que houvesse essa mudança de paradigma, a Vigilância Sanitária passou por um mapeamento de processos, no contexto do chamado Plano de Gestão, com uso de metodologia de Qualidade Total (Q&T) VER 9001/2001⁷³. Essa metodologia possibilitou que todo trabalho executado fosse descrito em padrões, com indicadores de medição determinados, fosse esses indicadores medir os resultados do trabalho administrativo interno ou o trabalho externo dos Fiscais de Saúde, como no caso das vistorias fiscais no campo.

Nesta mesma linha de entendimento, as Diretrizes Operacionais – Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (2006) preceituam: “todo município deve: monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas em seu território, por indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais”. O Plano de Gestão está totalmente alinhado, também, com o PDVISA – Plano Diretor de Vigilância Sanitária.

Para conseguir alcançar a ampliação de sua missão, a “Nova VISA/BH” foi totalmente informatizada, visando possibilitar a coleta e a análise dos dados oriundos da fiscalização. O fiscal, em sua rotina de trabalho, coleta os dados, de forma prática e fácil, utilizando o roteiro de vistoria, que se encontra armazenado em um equipamento móvel (computador de mão) (Figura 17).

⁷³ A International Organization for Standardization - ISO - é uma organização não governamental, presente em cerca de 120 países, tendo sido fundada em 1947 em Genebra, cuja função é promover a normalização de produtos e serviços, para que a qualidade dos produtos seja sempre melhorada. A ISO 9001/2000 é um modelo de padronização.

Figura 17 – Fiscal utilizando o roteiro de fiscalização que alimenta o SISVISA.



Fonte: próprio autor.

Para cada item do roteiro, o fiscal verifica se cada cuidado está em conformidade ou não com o padrão sanitário estabelecido no Código de Saúde. Esta coleta feita no computador de mão e é transferida diariamente para o computador central, onde há um Sistema Base que além de analisar estes dados, os disponibiliza para estudos e análises estatísticas e epidemiológicas de outros setores da SMSA. Assim, o diagnóstico situacional de toda a saúde da cidade fica acessível à “Nova VISA/BH” bem como a todos os setores da SMSA/BH.

Para LUCCHESI (2006) a maneira como dispõe a Constituição Federal/88 torna a Vigilância Sanitária:

- um espaço da intervenção do Estado com a propriedade – por suas funções e instrumentos – de trabalhar no sentido de adequar o sistema produtivo de bens e serviços de interesse sanitário e os ambientes às demandas sociais de saúde, para os indivíduos e para a coletividade, assim como às necessidades do sistema de saúde;

- um espaço de exercício da cidadania e do controle social, por sua capacidade transformadora da qualidade dos produtos, dos processos e das relações sociais;

- um espaço privilegiado de comunicação e promoção da saúde, por lidar com produtos e serviços presentes no cotidiano dos indivíduos e pela necessária interação com a sociedade; além de

- um enorme espaço, precariamente explorado, para a ação educativa no âmbito da Vigilância Sanitária, tanto no que se refere ao risco sanitário quanto no que se relaciona com os direitos da cidadania.

A natureza da Vigilância Sanitária exige ação interdisciplinar e interinstitucional e a mediação de setores da sociedade, por meio de canais de participação constituídos. Assim, uma plena estruturação desse serviço é requisito fundamental para a implantação do SUS, em especial devido ao seu poder normativo e fiscalizador dos serviços contratados e da qualidade dos insumos terapêuticos consumidos pelos serviços, à permanente avaliação da necessidade de prevenção do risco e à possibilidade de interação constante com a sociedade, em termos da promoção da saúde, da ética e dos direitos de cidadania (LUCCHESI, 2006).

Apesar desse reconhecimento teórico do espaço da Vigilância Sanitária, na prática, ainda era percebida como instituição à margem, distanciada das ações de saúde, mais fiscal e menos educadora e não incorporada de fato aos processos de vigilância em saúde do SUS/BH.

Dessa forma, os principais objetivos do Código de Saúde de Belo Horizonte foram integrar a “Nova VISA- BH” a todos os setores de referência da Secretaria Municipal de Saúde. Tal integração passa pelo cumprimento da função da Vigilância Sanitária de monitoramento dos cuidados que imprimam prevenção e promoção da saúde, agora de uma forma ampliada por assumir novas atribuições fiscais (amplia-se o universo de estabelecimentos de 63, para 302). Outro objetivo foi a adequação da ferramenta legal de trabalho do fiscal de saúde, o Código de Saúde.

Outro objetivo prático e imediato incorporado ao texto do projeto de lei do Código de Saúde foi o de simplificar os processos de obtenção de Autorização Sanitária e corrigir as distorções do antigo modelo. Para tanto, foram pensadas soluções administrativas e legislativas. Do ponto de vista administrativo, nos roteiros de vistoria foram estabelecidas categorias de itens de cuidado, de acordo com o risco sanitário envolvido e o índice de conformidade com o padrão sanitário (ICPS). Do ponto de vista legal, a solução encontrada foi os itens dos roteiros de vistorias corresponderem fielmente aos itens dos regulamentos do Código de Saúde, esquematicamente eles estão apresentados na Figura 18, sendo categorizados em:

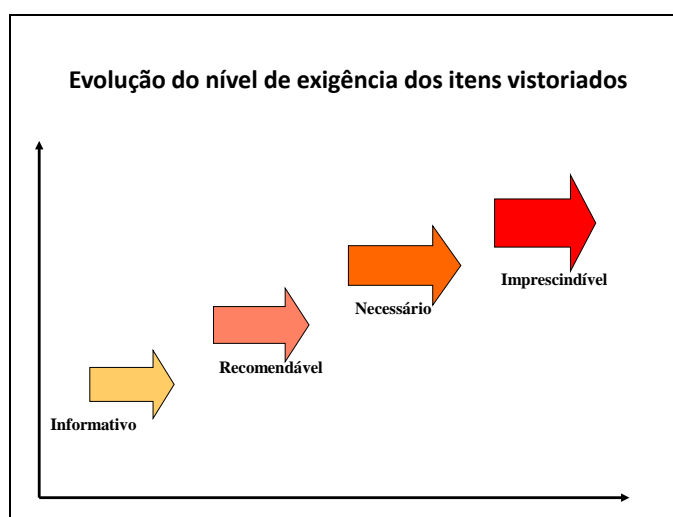
- itens imprescindíveis – que representam maiores riscos, sem os quais não é possível a liberação do Alvará Sanitário para o funcionamento do estabelecimento;

- itens necessários – que representam alto grau de risco envolvido e que deverão ser trabalhados junto ao vistoriado para que configurem em maior segurança para o exercício da atividade, mas que não impedem que o estabelecimento fique privado do seu Alvará, em estando tais itens ainda não resolvidos;

- itens recomendáveis – representam menores riscos que os anteriores, não impedem a obtenção do Alvará, mas também poderão ser oportunamente, saneados; e, finalmente,

- itens de cunho informativo – representam aqueles que funcionam como informações que o fiscal coleta para posterior estudo pelas áreas da Saúde interessadas.

Figura 18 - Gradação de risco nos itens vistoriados pela VISA/BH.



Fonte: próprio autor.

Os itens de cuidado necessários e recomendáveis recebem um peso para fins de cálculo do índice de conformidade com o padrão sanitário (ICPS). Esse índice representa uma nota resultante da ponderação entre o risco sanitário envolvido na atividade e o controle exigido, de modo a imprimir uma segurança sanitária ao exercício da referida atividade, considerando-se para tanto o preenchimento dos critérios de cuidado (de maior peso para os necessários e de menor peso para os recomendáveis).

Os itens imprescindíveis não recebem pontuação, pois parte-se do pressuposto de que o estabelecimento que esteja funcionando os tem necessariamente sob controle. Portanto,

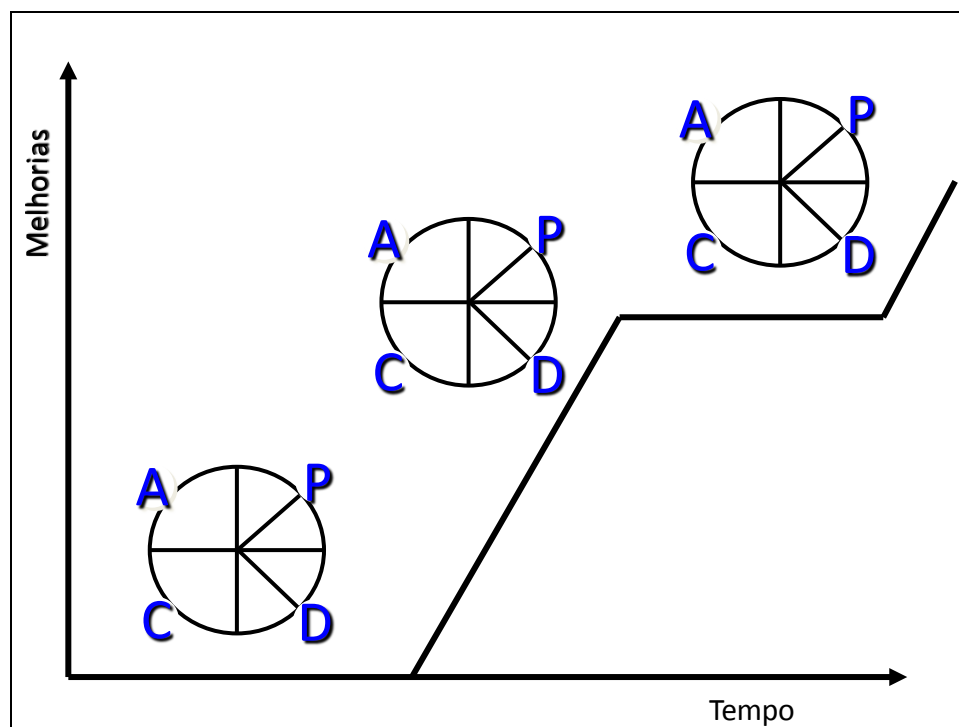
o risco que representam está monitorado com fins a não se transformar em um dano à saúde das pessoas.

O estabelecimento da nota de risco sanitário (ICPS) serve também como parâmetro para definir a prioridade das visitas dos fiscais, planejadas segundo o risco sanitário. Logo, o fiscal vistoriará primeiramente os estabelecimentos que configurem maior risco sanitário, a partir do risco efetivamente medido. Esta providência racionaliza o uso dos limitados recursos humanos, fazendo com que se potencializem os resultados da ação fiscal, a partir de uma maior vigilância aos estabelecimentos e atividades que de fato representem maior risco medido. Ao mesmo tempo, o ICPS serve de parâmetro quando se consideram as estratégias de intervenção, naqueles pontos que tornam vulnerável a segurança sanitária, análises estas obtidas a partir da verificação estatística e epidemiológica deste indicador.

Nesta forma de trabalhar, a qualidade dos serviços prestados pela “Nova VISA/BH”, antes desconhecida e dependente da pessoa do fiscal, passa a ser monitorada e corresponder a um padrão de qualidade da instituição. A qualidade do serviço deixa de ser baseada em pessoas para sê-lo em processo. De um serviço praticamente desvinculado do restante da SMSA/BH, em função do sistema de informação e da adequação legal, a “Nova VISA/BH” passa a funcionar em forte integração e em enorme intersetorialidade com os demais serviços de saúde e da cidade.

Além disso, uma vez todos os processos internos e externos da “Nova VISA/BH” descritos e definidos os indicadores de processo e de resultado, o ciclo PDCA é aplicado várias vezes e *ad infinitum*, de modo a garantir um ciclo virtuoso de progressiva segurança sanitária nos estabelecimentos de interesse da saúde, alvos da ação fiscal, bem como da melhoria contínua do processo interno do serviço, garantindo sua crescente efetividade (Figura 19).

Figura 19 - Processo de aprimoramento contínuo (PDCA)



Fonte: COUTO (2014).

O sistema de informação também permite outro ganho em qualidade em relação ao tratamento da informação que é a sua interação e integração aos sistemas já implantados em outros setores, na própria ANVISA e no Ministério da Saúde, em função da compatibilidade de sua estrutura computacional (esta compatibilidade foi observada ao se construir o sistema de base). A utilização de um sistema de informação corrobora a tese de Soares (2004), segundo a qual:

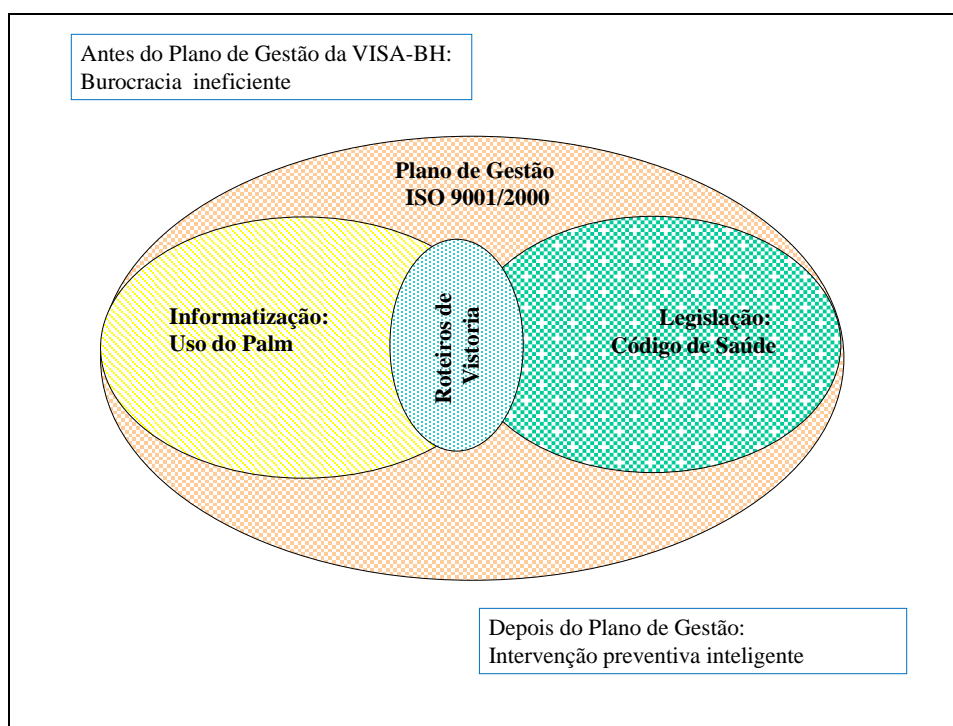
“a tecnologia da informação demonstra seu caráter serviente à consecução de uma melhor qualidade de vida através da concretização dos princípios da República Federativa do Brasil”
Soares (2004).

A Administração Pública deve dar publicidade de seus atos (Art. 37 CR/88). A via informatizada possibilita uma interface com o regulado, permitindo a esse que acompanhe, via internet, a atuação da Administração Pública no seu negócio, que visualize a vistoria realizada em seu estabelecimento e, ainda, que verifique o andamento do processo de obtenção do documento requerido. Nesse mesmo sentido, o SISVISA proporciona o acesso da população à relação de estabelecimentos que estão em situação regular e que obtiveram o Alvará Sanitário. Também será possível acompanhar, periodicamente, por demonstrativos a evolução dos trabalhos da “Nova VISA/BH”.

CAUPERS (2003) pondera que, muitas vezes, o legislador se preocupa com os objetivos imediatos da lei, sendo que o que mais importa são os objetivos mediatos ou finais. Então oferecer ferramenta legal de trabalho para o Fiscal de Saúde é um dos motivos imediatos da lei, enquanto integrar a “Nova VISA/BH”, dar visibilidade aos processos e aumentar a segurança sanitária na cidade são os objetivos mediatos ou finalísticos da lei. A segurança sanitária de uma cidade traduz-se pelos seus indicadores de saúde, como as taxas de mortalidade, de doenças e de agravos de toda ordem à saúde e para fins de fiscalização sanitária pelo índice de conformidade com o padrão sanitário – ICPS⁷⁴.

O consórcio das duas ferramentas (sistema de informação e lei) (Figura 20) permitiu instrumentalizar a VISA para assumir com efetividade suas novas atribuições, então municipalizadas.

Figura 20 – Evolução da VISA-BH



Fonte: próprio autor.

⁷⁴ Outro exemplo: quando o município promulga uma lei para que se crie uma Comissão de Controle Infecção Hospitalar (CCIH) em uma unidade de assistência à saúde, o objetivo imediato é que haja uma diminuição da ocorrência de casos de infecção hospitalar, diminuindo o risco ou aumentando a segurança sanitária. Porém, o que mais interessa, naturalmente, o objetivo final, é a diminuição de óbitos e de seqüelas, por infecções contraídas por pacientes e que poderiam ser evitadas, caso a CCIH estivesse realmente atuante.

Como se percebe, o Código de Saúde e o Sistema de Informações eletrônico, ferramentas do Plano de Gestão, têm uma interface, os itens do roteiro de vistoria correspondem aos itens da lei e seu regulamento. Estas duas ferramentas interagem e promovem a integração dos vários setores da SMSA, pois o Código de Saúde traz cuidados que dizem respeito a toda a Saúde da cidade, a todos os setores da Secretaria Municipal de Saúde. Estes itens de cuidado estão contidos nos roteiros de inspeção e, a cada vistoria, eles são reconferidos e armazenados no banco de dados do sistema de informação eletrônico que reordena a prioridade da vistoria, a depender do risco sanitário medido. Portanto, este banco de dados, tendo informações de todos os cuidados da Saúde, é de interesse de toda a Secretaria da Saúde.

O Código de Saúde inaugura uma forma inovadora de pensar a Vigilância Sanitária. Dentre as condições necessárias para o pleno efeito da lei, a VISA/BH passou por uma reorganização administrativa (“Nova VISA/BH”), o que a coloca em condições de assumir os novos papéis definidos em lei. Ele amplia de 63 para 302 o rol de atividades passíveis de fiscalização sanitária no município de Belo Horizonte, e, portanto sujeitas às vistorias da “Nova VISA/BH”. Os aspectos relativos a toda a saúde são normatizados em 21 dos 29 capítulos do Código de Saúde, sendo um capítulo correspondente a cada um dos respectivos 20 setores da Secretaria Municipal de Saúde de BH; um capítulo de Bioética, para o qual não há setor correspondente na SMSA; e os demais 8 capítulos tratam da organização e atribuições da “Nova VISA/BH”. Esquemáticamente, o banco de dados recebe informações referentes aos vários capítulos do Código, como ilustra a Figura 21.

Figura 21 - Integração entre o Sistema de Informação e os capítulos do Código de Saúde



Fonte: Próprio autor.

O Código de Saúde contempla diretrizes e cuidados de todas as áreas da Saúde municipal, integrando as atividades de todos os setores da Secretaria Municipal de Saúde. No mesmo sentido, o Banco de Dados da Vigilância Sanitária armazena dados de interesse de toda a Saúde municipal, uma vez que monitora o cumprimento dos cuidados determinados pelo Código de Saúde. Dessa forma, o Banco de Dados contém informações do monitoramento da Saúde municipal, correspondentes aos itens do Roteiro de Vistoria usado no monitoramento da Vigilância Sanitária.

No caso do Código, não se dispunha de informações fidedignas para funcionar como linha de base de uma pesquisa prospectiva, no nível em que se sabe ocorrer nos países em que há esta tradição.

A análise custo-benefício, tão necessária e tão pouco utilizada na tradição legística brasileira, foi realizada de forma empírica. Parte-se do pressuposto que reduzir o risco sanitário favorece uma melhor condição de saúde e que isso é vantajoso. Quanto aos custos e vantagens envolvidos, a maioria deles foi considerada durante o processo coletivo de

construção da lei e houve amplo espaço para que o gestor municipal debatesse com as entidades envolvidas o melhor caminho, com menor ônus para o município.

Assim, o banco de dados da Nova VISA/BH funciona como um repositório de informações sobre toda a Saúde da cidade. A análise estatística e epidemiológica destes dados proporcionará um diagnóstico da situação sanitária da cidade em minúcias, em todas as áreas de interesse da Saúde. Mais do que isto, poder-se-á fazer uma análise de impacto do Código de Saúde a ponto, inclusive, de detectar inépcia de certas normas, de certos artigos, e assim, propor alterações legislativas para melhorar a efetividade da norma.

Esse riquíssimo depósito de dados sobre a saúde de Belo Horizonte também poderá auxiliar sobremaneira a detecção de problemas de saúde de forma bem objetiva para que se faça o Plano de cada setor da SMSA – Secretaria Municipal de Saúde, um Plano geral da própria SMSA. Como nos disse CAMPOS (1990), para gerenciar é preciso ter informações fidedignas, e o banco de dados da Nova VISA/BH é exemplo de dados que reflete a situação real e em detalhes da Saúde como um todo, e em detalhes.

Além disso, está prevista no projeto de lei do Código de Saúde a atualização periódica da lei, com fundamento em dados objetivos sobre o impacto de cada norma, os dados coletados pelos fiscais em suas vistorias. Transcreveremos o artigo que prevê a atualização, o qual foi construído em parceria com o Grupo de Legística desta Faculdade, Observatório da Lei, grupo este composto de alunos de graduação estudiosos de Legística e coordenado pela professora Fabiana de Menezes Soares da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais:

Art. 438 – Esta Lei e seus regulamentos serão avaliados bienalmente quanto a sua eficácia, eficiência, efetividade e simplificação através de instrumentos de avaliação de impacto definidos em regulamento.

§ 1º - A avaliação terá como parâmetro a eficácia, eficiência, efetividade e simplificação, definidos no glossário desta Lei.

§ 2º - A avaliação terá como base as informações dos bancos de dados da Secretaria Municipal de Saúde, os relatórios de auditoria do padrão de trabalho dos órgãos de Vigilância em Saúde, os relatórios da Junta de Julgamento Fiscal Sanitário e da Junta de Recursos Fiscais Sanitários, além de outras informações que sejam consideradas úteis.

§ 3º - A avaliação será feita por comissões temáticas, compostas por entidades representativas ligadas às atividades abrangidas por esta Lei e por especialistas das respectivas áreas da saúde.

§ 4º – As comissões temáticas deverão avaliar:

I – se a norma é obedecida;

II- se o fato da norma ser obedecida faz com que ela atinja seus objetivos;

III – se os custos gerados para a implementação da norma foram compensados pelos resultados produzidos;

IV – se os resultados obtidos configuram melhoria de condições em relação ao tempo de vigência da norma avaliada;

V – se há um meio mais viável economicamente, mais moderno ou melhor de produzir esses mesmos resultados ou resultados melhores do que os já obtidos;

VI – se os destinatários da norma estão satisfeitos com ela, se acreditam que ela produziu melhorias;

VII – se a norma produziu efeito inesperado, indireto ou indesejado;

VIII – se há possibilidade de simplificar as normas do Código;

IX – se as modificações sugeridas serão capazes de conduzir a resultados melhores que os já obtidos.

§ 5º - Os resultados da avaliação serão divulgados pela Secretaria Municipal de Saúde.

Glossário do Projeto de Lei

LEGÍSTICA: A Legística é um saber jurídico composto por princípios, métodos e técnicas que visam a melhorar a eficácia da legislação e a comunicação legislativa, por meio de instrumentos, tais como avaliação legislativa e técnicas para melhor compreensão e aplicação dos textos legislativos.

EFETIVIDADE – para efeito do disposto no art. 439, refere-se à observância do modelo normativo de comportamento por seus destinatários.

EFICÁCIA – para efeito do disposto no art. 439, relaciona-se ao alcance dos objetivos que motivaram a criação da norma em virtude da sua observância pelos destinatários.

EFICIÊNCIA – para efeito do disposto no art. 439, é a comparação dos meios utilizados para a realização da norma com os resultados obtidos.

SIMPLIFICAÇÃO – para efeito do disposto no art. 439, consiste na desburocratização da lei, retirando dela procedimentos sem utilidade a fim de aumentar a qualidade e a transparência da legislação.

Assim, bianualmente, serão compostas comissões divididas por eixos temáticos, juntamente com as entidades que participaram da elaboração da lei e outros interessados, para rever aqueles itens da lei que se mostraram ineficientes ou mesmo incorretos, pelas análises do banco de dados da “Nova VISA-BH”. Desta maneira, o ciclo de melhoria contínua da gestão administrativa possibilita a melhoria contínua também da lei.

Assim, a metodologia de trabalho da “Nova VISA-BH”, que tem como modelo o ciclo PDCA da ISO9001/2000, está em consonância com o professor CANOTILHO (1996), o qual observa que:

“a parte mais significativa do objetivo da metódica da legislação está na avaliação retrospectiva da lei, isto é, a que é feita após algum

*tempo de vigência e aplicação da lei. (...) Não se faz **avaliação retrospectiva** se, em um momento anterior à aplicação de uma lei, não se definam os objetivos e funções desta mesma lei”.*

A avaliação legislativa assenta-se na pesquisa científica dos efeitos da lei sobre a sociedade (HÖLAND, 1999), e segundo Pierre Issalys (2004):

“A lei leva o plano político e administrativo à discussão jurídica”, sendo seu objetivo principal a melhoria da ação do Estado no sentido de uma maior eficácia, de uma melhor eficiência e/ou da atenuação dos seus efeitos negativos”.

Com o uso da nova metodologia de trabalho são detectadas as não conformidades no roteiro de vistoria do fiscal e as melhorias a serem perseguidas, com repercussões diretas na lei e em seu regulamento. Ou seja, o serviço agora trabalha com indicadores de resultados e indicadores de processo, acessíveis aos diversos setores envolvidos. Isso permitirá visualizar em quais pontos é mais difícil obter o efeito desejado e buscar alternativas para fazê-lo (no campo ou em uma revisão futura da lei).

Nesse sentido, a aplicação dessa metodologia em um hospital resultou em maior segurança sanitária e respeito ao direito à vida de idosos frágeis.

9.5 O papel da acreditação e certificação na segurança assistencial

A acreditação hospitalar é um método de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado que busca garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos (Manual Brasileiro de Acreditação do MS, p.9)⁷⁵ Conta com instrumentos de avaliação e é composta de seções e subseções, sendo que, para cada uma destas, existem padrões interdependentes que devem ser integralmente atendidos. Os padrões são definidos em três níveis de complexidade crescente e com princípios orientadores específicos, assim descritos no Manual Brasileiro de Acreditação:

***Nível 1 – Princípio: Segurança** – atende aos requisitos formais, técnicos e de estrutura; executa as atividades proporcionando a segurança do cliente/paciente conforme o perfil e porte da organização.*

***Nível 2 – Princípio: Gestão Integrada** – gerencia as interações entre os fornecedores e clientes; estabelece sistemática de medição do processo avaliando sua efetividade; promove ações de melhoria e aprendizado.*

⁷⁵ http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acreditacao_hospitalar.pdf

Nível 3 – Princípio: Excelência em Gestão – Desempenho dos processos alinhados e correlacionados às estratégias da organização; os resultados apresentam evolução de desempenho e tendência favorável; evidências de melhorias e inovações, decorrentes do processo de análise crítica, assegurando o comprometimento com a excelência. (ONA, 2010, p.21)

Segundo a ONA (2010) em cada nível busca-se expressar os fundamentos da qualidade reconhecidos mundialmente:

- O primeiro fundamento é o da visão sistêmica, que consiste na interdependência entre as diversas partes de uma organização, bem como entre ela e o ambiente externo;

- O segundo compreende a liderança e as estratégias. Refere-se à atuação aberta, participativa, inovadora e motivadora das pessoas, para o alcance de um objetivo, visando à melhoria contínua e a sustentabilidade;

- O terceiro compreende a orientação por processos, que se atrela ao fato da instituição ser gerenciada por um conjunto de atividades inter-relacionadas, o que possibilita a tomada de decisão e a execução de ações com base na medição e na análise de desempenho;

- O quarto é o desenvolvimento de pessoas, que mede a capacidade de criar condições que promovam a realização profissional e as relações humanas, por meio do comportamento, do trabalho em equipe, do desenvolvimento de competências e da educação continuada;

- O quinto, foco no cliente, aponta para a geração de valor para o atendimento das expectativas e necessidades dos clientes internos e externos;

- O sexto, foca na prevenção, consiste em uma avaliação da capacidade da organização e de se antecipar às situações desejáveis e indesejáveis;

- O sétimo tem o foco na segurança, está amparado em um ambiente seguro, que identifica, analisa, propõe e implementa melhorias para reduzir ou impedir a ocorrência de eventos adversos;

- O oitavo, da responsabilidade socioambiental, analisa a atuação conjunta da ética com a transparência organizacional, por meio da minimização dos impactos negativos de suas ações na sociedade;

- O nono, da cultura da inovação, é relativo à promoção de um ambiente favorável à criatividade, à experimentação e à implantação de novas ideias e tecnologias para gerar competitividade;

- O décimo, melhoria contínua, refere-se à promoção de um ambiente favorável à análise crítica e à promoção de melhorias, a partir de dados e de informações que alavanquem o desempenho institucional;

- O décimo primeiro, orientação para resultados, vincula-se ao compromisso com a obtenção de resultados que atendam às necessidades de todos os envolvidos com a organização (ONA, 2010).

Para PORTER e TEISBERG (2006), resultados significam real valor para os pacientes/clientes. A qualidade da prestação de serviços de um hospital não se mede pelo fato de se tratar de um hospital escola, ter boa reputação ou seguir um protocolo padrão. O resultado que interessa garantir é a segurança da OPSS. Organizações inseguras produzem mortes e sequelas em proporções genocidas com forte impacto econômico (PORTER; TEISBERG, 2006).

No nosso meio, a médica e pesquisadora da Faculdade de Medicina da UFMG, Tânia Grillo Pedrosa (2004) analisou a aplicação da metodologia ISO9001/2000 com fins a cumprir a norma ONA quanto à garantia da segurança sanitária via implementação de instrumentos de gestão de qualidade dos serviços. Concluiu ser possível identificar no campo teórico uma ampla correspondência entre a metodologia ONA e os requisitos da norma de Sistema de Gestão da Qualidade NBR ISO9001:2000. Entretanto, apesar do nível de excelência (nível 3) implicar em avaliação de resultados com impacto sistêmico, segundo a pesquisadora, não estão explicitadas as ferramentas de gestão da qualidade a serem utilizadas para o atendimento dos requisitos deste nível.

Para a mesma autora, essa não explicitação, provavelmente, represente um dificultador da compreensão do caminho a ser percorrido e das ações necessárias a serem implementadas. Por exemplo, o princípio orientador que trata das “evidências da introdução e utilização de uma lógica de melhoria dos processos nas ações de assistência e nos procedimentos médico-sanitários” não informa a estratégia para garantia dessas melhorias (PEDROSA, 2004). De acordo com PEDROSA (2004, p.152), a norma NBR ISO9001:2000 mostrou-se uma metodologia estratégica adaptável às características do segmento em que se pretende sua aplicação, inclusive na área da Saúde.

Segundo a ONA (2010) a prevenção e segurança podem ser alcançadas por meio de um sistema de gestão de riscos. O gerenciamento de risco hospitalar é um processo complexo que associa várias áreas como a enfermagem, medicina, farmácia, engenharia clínica e ambiental objetivando principalmente prevenir eventos adversos decorrentes do uso de produtos de saúde e procedimentos, garantindo a segurança do paciente, do profissional e do meio ambiente (COUTO, 2014).

Nessa mesma direção, a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais – SES/MG, adotou estrategicamente a gestão da qualidade para acompanhar e avaliar a melhoria da qualidade da assistência e da gestão dos hospitais pertencentes ao Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG – Pro-Hosp. O Plano de Gestão da Qualidade foi criado para promover ações de desenvolvimento de recursos humanos, avaliação, monitoramento e premiação. Dentre as metas pactuadas com o Banco Mundial estava acreditar 50% dos hospitais, até o final de 2010.

Para a viabilização do processo de acreditação realizou-se uma parceria com a Associação dos Hospitais de Minas Gerais (AHMG), com o objetivo de consolidar a proposta de avaliação diagnóstica e auxiliar o desenvolvimento do processo de acreditação, por meio dos diagnósticos ONA e de eventos de gestão da qualidade. No primeiro semestre de 2009 foram avaliados 10 hospitais Pro-Hosp e até o final de 2009 outros 35 terão o diagnóstico ONA realizados. Em 2010 estão programados mais 35 diagnósticos (COUTO, 2014)

Ao aplicar essas ferramentas na avaliação de hospitais em Minas Gerais, COUTO (2014) reforçou que a utilização do instrumento ONA integrado à NBR ISO 9001:2000 presta-se ao desenvolvimento de um modelo de gestão da qualidade baseado em processo, eficaz e eficiente, com melhoria contínua de processos baseada em medições objetivas, e a satisfação do cliente (COUTO, 2014).

Portanto, a conclusão desta compatibilidade e, além disso, da aplicabilidade da metodologia ISO9001/2000 reforça a nossa hipótese de que é possível intervir na realidade a partir da aplicação da lei, no contexto de um hospital geriátrico, valendo-se de uma tecnologia robusta de gestão hospitalar, da atuação preventiva dos órgãos de controle como a Vigilância Sanitária.

A metodologia ISO9001/2000 é exatamente a aplicada no nosso estudo – Hospital Geriátrico Paulo de Tarso, sendo objeto desta pesquisa mostrar em que medida tal metodologia consiste em uma ferramenta de gestão eficiente para melhorar a segurança sanitária, bem como promover o melhor uso dos recursos financeiros públicos.

10. RESPONSABILIDADES DOS ENTES FEDERADOS: UMA PROPOSTA

Se os recursos são escassos, maior a responsabilidade por assegurar o seu bom uso. Porém, esta não foi a realidade encontrada em uma pesquisa abrangente realizada junto a 194 dos 568 hospitais de atendimento diversificados do Estado de Minas Gerais, que foram submetidos a uma avaliação para diagnóstico organizacional, no período de 01/01/2012 a 30/08/2012. Os resultados revelam que, além do mau uso do dinheiro público, a rede hospitalar mineira apresenta alta prevalência de baixas condições de gerenciamento dos fatores associados à segurança hospitalar, expondo a população atendida a elevado risco assistencial (COUTO, 2014).

Neste momento, duas reflexões se impõem: a questão da judicialização da Saúde e a questão da falta de qualidade da prestação de serviços no SUS.

Quanto à judicialização da Saúde, no nosso meio, ao invés de enfrentar as causas do problema – a gestão inadequada, a prestação de serviços de baixa qualidade, de alto risco e alto custo, em um contexto de subfinanciamento do SUS, de desigualdade social e do foco equivocado na remuneração por procedimentos e não pelo valor à saúde do cidadão – vários questionamentos jurídicos limitam-se a:

- pleitear recursos para situações e tratamentos individuais e muitos deles emergenciais para o cumprimento de sentenças favoráveis a uma minoria com acesso à Justiça sem postular ações coletivas para resolução dos problemas de forma mais ampliada;

- responder estritamente às provocações judiciais sem observar as consequências no âmbito coletivo, interferindo no orçamento planejado das Administrações Públicas e subtraindo recursos do atendimento da Atenção Básica, prioridade constitucional e correta do SUS;

- estabelecer sentenças sem promover diálogos entre os poderes com fins a solucionar os problemas de forma mais abrangente;

- debater a inequívoca necessidade de reajustar os valores da Tabela SUS, com pareceres favoráveis à complementaridade pelos Tesouros Estaduais e Municipais, uma vez que o ente Federal não a corrige.

O caso do Hospital Paulo de Tarso é emblemático para mostrar que a Administração Pública é capaz de imprimir maior eficiência na sua prestação de serviços, obrigação que lhe é devida pela Constituição.

O Ministério Público poderia provocar o Judiciário para exigir o cumprimento do dever de eficiência da Administração Pública. O Judiciário poderia sugerir ao Legislativo melhorias nas normas que regem as relações entre prestador e usuários, com a participação de todos os envolvidos representados em Conselhos gestores e de Direitos. Em relação ao subfinanciamento do SUS, temos a iniciativa do Ministério Público Federal de São Paulo conforme o Inquérito Civil Público nº 1.34.001.003510/2014-07 instaurado pela Procuradoria Regional dos Direitos do Cidadão da PR-SP/MPF, conjuntamente com o Ministério Público de Contas do Estado de São Paulo.

Além disso, os três poderes poderiam criar instâncias de mediação de conflitos para evitar a excessiva e crescente judicialização.

Infelizmente, não é isso o que temos visto. A título de exemplo, apresentaremos a consulta aos advogados Ives Gandra da Silva Martins e Fátima Fernandes Rodrigues de Souza, por parte de uma Associação Civil regularmente registrada, que tem por finalidade reunir Hospitais, Clínicas e Casas de Saúde que põem à disposição da população procedimentos de alta complexidade.

Com fulcro no art. 5º, XXI da CF, a entidade consulente promove Ação Ordinária contra a União Federal perante a Justiça Federal em Brasília, com fito de obter judicialmente o reajuste ou a recomposição dos preços pagos pelo SUS em virtude de convênios e contratos com elas firmados, relativos aos procedimentos dialíticos e de transplante renal.

A Associação entende que os valores com que atualmente vem sendo remunerada são largamente insuficientes, com uma defasagem de 82% dos valores originais, para cobrir despesas com materiais descartáveis, equipamentos, mão de obra envolvida na prestação desses serviços, pondo em risco a qualidade do atendimento à população. Os advogados Ives Gandra da Silva Martins e Fátima Fernandes Rodrigues de Souza entendem assim:

“Com efeito, o fato de a instituição privada poder atuar no campo da prestação de serviços de assistência à saúde não elimina o seu direito às garantias que a Constituição lhe assegura, quando o faz sob regime de direito público, o que é também lhe é autorizado pela Lei Maior.

Por outro lado, se a Constituição admite que a entidade privada participe complementarmente do SUS, isso, à evidência, não autoriza o Poder Público a instituir uma série de exigências para melhorar o atendimento a saúde – como se estivesse fazendo alguma coisa em prol da melhoria no atendimento aos pacientes – sem ofertar contrapartida adequada, transferindo ao particular todos os custos e ônus dessas ações.

(...) É que ao assim agir o Poder Público trai de uma só vez, tanto a confiança do particular que com ele contrata, quanto a confiança da sociedade, na medida em que não fornece os meios para um atendimento a saúde minimamente adequado, e eficiente, em ações que a Lei Maior define como de relevância pública.

Aliás, é de se perquirir com que autoridade o Estado irá desempenhar o maior poder de controle sobre o particular, - quando ente a exerce as atividades consideradas de relevância pública sob regime de direito privado, nos moldes do que estabelece o art. 197 da CF -, se atua de forma irresponsável, deixando de fazer a sua parte, quando a assistência se dá sob regime de direito público.

Há que se levar em conta ainda que, quando a entidade privada adere a assistência complementar à saúde pelo SUS, realiza uma série de investimentos de vulto – em equipamentos, pessoal, medicamentos etc. – para fazer face à demanda que, nesse âmbito, é sempre muito maior. Reverter essa situação, pondo em prática a exceptio non adimpleti contractus – como sugere a sentença – nem sempre é possível e nunca é fácil, principalmente sem reparação dos danos já sofridos.

E, para a sociedade, a deserção das entidades privadas do atendimento pelo SUS seria um evento catastrófico, pois a Constituição não teria previsto a parceria entre o particular e o Estado na prestação de assistência à saúde em regime de direito público, se o aparato estatal pudesse dar conta sozinho da demanda, no âmbito da seguridade”. (2006, p. 31-33) (grifos dos autores).⁷⁶

Porém, não bastaria fazer valer apenas o direito das entidades privadas à manutenção de equilíbrio econômico-financeiro do contrato celebrado com SUS, mas ir além e buscar critérios de qualidade e de atualização periódica dos valores que orientassem essa remuneração. Isso está posto na lei estruturadora do SUS, Lei 8080 de 1990, traz determinações no sentido de valorizar a qualidade dos serviços de saúde prestados:

“Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.”(grifo nosso)

76

Sendo atribuição comum a todos os entes federados (União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios):

“Art. 18, inciso V – elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;”

Interessante observar que a Norma Operacional Básica – NOB-SUS/96⁷⁷, que organiza as responsabilidades dos entes federados no sentido descentralizador do SUS, cita a palavra ‘qualidade’ por nove vezes e a palavra ‘meta’ quatro vezes, mas nenhuma destas duas palavras está relacionada à remuneração. Ou seja, qualidade e metas são valores a serem perseguidos pelos entes federados, mas apesar do estímulo financeiro para a conquista dos mesmos, nem sempre se revertem em benefícios de segurança para o paciente, uma vez que os órgãos reguladores nos três níveis de gestão não atuam de forma eficiente e coordenada.

Quanto à qualidade na prestação de serviços, a lógica vigente no SUS é completamente dissonante daquela sugerida por PORTER e TEISBERG (2006), segundo a qual a remuneração deveria ser diferenciada e a maior, para as organizações que apresentassem maiores qualidade e segurança nas suas prestações de serviço, do ponto de vista da saúde do paciente. A questão é: como isso se tornaria possível no âmbito de um sistema federal público tão abrangente quanto o SUS?

Elencamos a seguir, algumas condições apontadas por autores considerados referências em suas respectivas áreas de atuação, as quais consideramos imprescindíveis para promover esta transformação:

I – O reconhecimento de que a única maneira inteligível de estudar uma organização – aqui incluídos: Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento, Hospitais de diferentes complexidades, Laboratórios, Farmácias, Estratégia Saúde da Família e todos os seus derivativos, dentre outros – é estudá-la como sistema, visto que a análise dos sistemas considera a organização como um sistema de variáveis mutuamente dependentes (BERTALANFFY, 1975). Consequentemente, a teoria moderna das organizações conduz, quase inevitavelmente, à discussão da teoria geral dos sistemas; sendo que um sistema traz em si processos, que podem ser definidos de diversas formas (VILLELA, 2000). Contudo, é fundamental assegurar a educação permanente para todas as pessoas envolvidas, incluindo gestores, profissionais, prestadores e usuários do SUS;

⁷⁷http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html

II – A ordenação específica das atividades de trabalho no tempo e no espaço de cada um dos atores e suas interfaces, com um começo, um fim, entradas e saídas claramente identificadas (DAVENPORT, 1994 apud VILLELA, 2000);

III – A definição de um grupo de tarefas interligadas logicamente, que utilizam recursos da organização para gerar resultados definidos, de forma a apoiar seus objetivos (HARRINGTON, 1993);

IV – O estabelecimento de um conjunto de atividades inter-relacionadas ou interativas que transformam insumos (entradas) em produtos (saídas) (ABNT, 2000). Teoricamente, a transformação que nele ocorre deve adicionar valor e criar um resultado que seja mais útil e eficaz ao recebedor acima ou abaixo da cadeia produtiva (JOHANSON *et al*, 1995);

V – A criação de uma série de etapas para produzir um determinado produto ou serviço, incluindo várias funções e abrangendo os *espaços em branco* entre os quadros do organograma; para que sejam pensadas novas maneiras de executar a mesma tarefa ou as lacunas, de modo a construir uma *cadeia de agregação de valores* (RUMMLER; BRACHE, 1994);

VI – A garantia de um atendimento de qualidade, com segurança, alta produtividade e baixos custos (QUINTO NETO; BITTAR, 2004). O conjunto de produtos e serviços oferecidos por um hospital ou um prestador de serviços de saúde deve, obrigatoriamente, conter qualidade, já que deste conceito depende a prevenção de doenças, a promoção de saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação, aliados ou não ao ensino e pesquisa;

VII – O efetivo controle social do SUS, em acordo com a Procuradora Élidea Graziane Pinto que destaca a absoluta necessidade de controle social sobre as ações do Estado:

“A qualidade do gasto pressupõe, antes de mais nada, a sua contínua e regular fiscalização, o que é dever de todo um sistema constitucional predisposto a tal função, mas não apenas. É preciso implicar, com maior ênfase, a sociedade no controle das ações e serviços públicos de saúde, o que, obviamente, pressupõe o empoderamento dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde nos termos reclamados pela LC 141/2012, para que possam

controlar, de fato e de direito, a lisura e a qualidade dos serviços ofertados diretamente ou pela rede conveniada ao SUS.”⁷⁸

Todas essas condições podem valer-se da influência do bom uso das ferramentas da Logística.

⁷⁸ Disponível em <http://www.conjur.com.br/2013-jul-06/proposta-trazer-medicos-estrangeiros-contradicoes-constitucionais>. Acessado em 24 de abril de 2015.

11 CONCLUSÃO

A Legística mostrou-se fundamental para a compreensão da efetividade das normas sanitárias. A compatibilidade da aplicabilidade da metodologia VER9001/2000, utilizada no nosso estudo, confirma que se trata de uma ferramenta de gestão eficiente para melhorar a segurança sanitária, bem como promover o melhor uso dos recursos financeiros públicos.

O ciclo PDCA (*Plan, Do, Check, Action*) é o fundamento da norma ISO9001/2000, da norma de Acreditação da ONA, do Ciclo de Políticas Públicas da Assembleia Legislativa de Minas Gerais, bem como da Ciência da Legística. Tamanha é a similaridade dos passos desse ciclo da Qualidade aos momentos recomendados pela Legística no processo de construção de normas, que nos permite supor que Peter Noll adaptou a metodologia da Qualidade à elaboração de normas.

Utilizando a metodologia PDCA em um hospital geriátrico, a Vigilância da Belo Horizonte de fato:

- diagnosticou a grave situação de risco fática em 2004,
- elaborou planos de ações de enfrentamento dos problemas identificados, juntamente com a Direção do Hospital e o seu corpo técnico;
- auxiliou na efetivação das ações corretivas estabelecidas nos planos;
- voltou a medir se as ações eram executadas conforme o planejado e ainda se estavam produzindo os resultados e metas estabelecidas.

Da análise destes indicadores de execução e de resultados, fez novos planos para correção dos erros identificados na execução das ações e para melhorar o Plano. Assim, este ciclo PDCA ‘rodou’ várias vezes, tudo sob a orientação e instrução da Vigilância.

Esses resultados poderiam ser ainda mais detalhados, caso fosse possível medir os índices de processo e de resultados. Isso não aconteceu em função da não operacionalidade do SISVISABH, impedindo a utilização do índice de conformidade com o padrão sanitário (ICPS) conforme previa a metodologia. Ainda assim, a pesquisa provou que é possível medir a efetividade das normas sanitárias devidamente aplicadas ao nosso *case* estudado, pois na falta do ICPS, medimos a mortalidade hospitalar, a taxa de infecção hospitalar, a permanência no leito e os gastos por internação.

Mais uma vez a tão denunciada ‘descontinuidade da Administração Pública’ evidenciada com a interrupção do SISVISA-BH ocorre em prejuízo da melhoria da

efetividade da prestação dos serviços públicos. Atualmente, o SISVISA-BH não está cumprindo seu principal objetivo: orientar as vistorias fiscais usando como parâmetro o 'risco sanitário' fazendo uso da metodologia de Qualidade. Isso limita sobremaneira a capacidade do serviço de interferir na realidade sanitária da cidade de forma planejada e eficiente no controle do risco à saúde, bem como de contribuir de forma preventiva, para a promoção da saúde dos cidadãos que moram, visitam, ou buscam nesta cidade serviços de saúde.

Além disso, e por causa disso, atualmente, do ciclo PDCA da ferramenta ISO9001/2000, a Vigilância, hoje, se atém a executar o momento 'C'heck (monitoramento). Ou seja, os fiscais sanitários, em suas vistorias, conferem a conformação do regulado às normas sanitárias. Apesar de fazerem um diagnóstico de risco detalhado e importante, se considerarmos que a cada vistoria em um hospital, são verificados de 5.000 a 6.000 itens normativos, o trabalho da Vigilância limita-se a lavrar os documentos fiscais exigindo a correção das não conformidades com os respectivos prazos.

A nosso ver, a Vigilância Sanitária poderia ter um papel muito mais amplo e de muito maior efetividade, caso o serviço público contribuísse para a construção das soluções dos problemas juntamente com o regulado.

Este trabalho revela o quanto há por ser feito em termos da garantia da continuidade da Administração Pública e de melhorias possíveis na assistência hospitalar, seja pela prevenção de erros evitáveis; de otimização da ocupação de leitos hospitalares; e ainda pela redução da mortalidade hospitalar e pela economia financeira (24,78% nos três primeiros anos pesquisados) quando se usou a metodologia de Qualidade, conforme verificado neste caso.

12. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho verificou que o serviço exercido pela Vigilância Sanitária pode e deve atingir um nível de maior eficiência e de fato promover a segurança sanitária, a humanização do cuidado e a economia financeira. O fomento às creditações acompanhadas da implantação de metodologias da Qualidade na assistência médica no país poderá transformar a assistência à saúde de forma radical, como ilustra o nosso caso.

Partimos da constatação das mortes de idosos internados na Clínica Santa Geneveva, Rio de Janeiro, para a detecção pela Vigilância Sanitária de Belo Horizonte de um excesso de mortalidade (28 óbitos ao mês) em um hospital geriátrico. Ambas as situações refletindo a falta de cuidados adequados a uma população idosa frágil e a ausência de um efetivo monitoramento da segurança sanitária pelos órgãos reguladores. É razoável questionar: quantos hospitais – geriátricos ou não – estariam em situação semelhante de insegurança sanitária no país?

Como já recomendado pela Ciência da Legística, elaborar boas leis e aplicá-las conforme metodologia adequada tem repercussões importantes na economia de um país, além, é claro, da melhoria na atuação do Estado. Dada a apatia governamental e social diante da inefetividade da Política Nacional do Idoso e do Estatuto do Idoso que determinam ao Estado a obrigação da garantia da vida e da saúde das pessoas idosas, indagamos: seriam essas normas de proteção social à pessoa idosa legislações de cunho ‘simbólico’, nos moldes que Marcelo Neves postula?

Assim, para bem governar a coisa pública resta ao cidadão participar ativamente e, por meio das instituições representativas da sociedade, no resgate da soberania popular na condução das ações do Estado.

Como instituições de representação e defesa do interesse coletivo temos o Ministério Público, o Legislativo, os conselhos gestores, os conselhos de defesa de direitos e o Judiciário. Infelizmente, os representantes eleitos (Executivo e Legislativo) estão mais preocupados com o jogo do poder em detrimento de fazer política no sentido de exercer a arte de negociar para compatibilizar interesses. Conforme muito lucidamente nos disse Eduardo Galeano, é patente a crise de representatividade na nossa democracia.

Constatamos nas informações de trabalhos de medição da atuação destas instituições o patente o imobilismo e a falta de efetividade dessas instituições. É nítida é a precarização e desrespeito por parte dos Governos para com as entidades de Controle Social,

tais como os Conselhos Gestores e o Ministério Público. Também a sociedade não tem utilizado tais meios para fazer valer a sua soberania, e participar da gestão da coisa pública, talvez por questões históricas, pela falta de educação formal por parte da maioria da população, ou ainda por falta de uma cultura de participação democrática.

Urge, portanto, aprimorar a participação cidadã, no sentido quantitativo e qualitativo, sendo merecedoras do nosso aplauso iniciativas como o Portal da ALMG, Audiências Públicas nos Legislativos e o projeto de criar fóruns populares de discussão sobre as Políticas Públicas, para o acompanhamento de Políticas Públicas e para atuar nos debates, bem como para provocar a agenda pública.

Nesse processo de efetivação das Políticas Públicas, faz-se imprescindível a participação da sociedade na elaboração das normas, nas decisões da escolha das ações e dos meios a serem empregados na materialização das normas. O Ciclo de Políticas Públicas implantado na ALMG é ferramenta condizente com os princípios da Legística, viabilizando a participação direta da sociedade na concepção, execução e monitoramento das ações do Governo, além de melhorar a qualidade do processo por agregar o conhecimento e a sabedoria da sociedade.

Malgrado o contexto absolutamente desfavorável, que inclui: a ineficiência e o subfinanciamento da Saúde pública no país, a inefetividade da Política Nacional do Idoso, a precariedade da atuação dos Conselhos Gestores e do Conselho Nacional de Direitos do Idoso, a timidez do Ministério Público, e a invisibilidade, desvalorização e desrespeito aos direitos dos velhos em nossa sociedade, muito há por ser feito.

As ferramentas estão aí: a aplicação das normas e a gestão de qualidade se constituem em uma tecnologia robusta de gestão hospitalar que pode fazer diferença na melhoria da segurança sanitária dos serviços de assistência, no melhor cuidado da saúde da população e no respeito ao uso dos recursos públicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas. ISO 9001:2008. Sistema de gestão da qualidade – requisitos. Rio de Janeiro; 2008.
- ANACLETO, T. A., ROSA, M. Borges, NEIVA, H. M., PARREIRAS, M. A. M. Erros de medicação. *Pharmacia Brasileira* – Janeiro/Fevereiro 2010.
- ANDRADE, D. A.; ANGERAMI, E. L. S. Reflexões acerca das infecções hospitalares às portas do terceiro milênio. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 32, p. 492-497, 1999.
- AREDES, J.S. . “Fizemos o Possível”: os ritos e narrativas médicas em torno da vida e da morte no Hospital de Pronto Socorro João XXIII. Dissertação de Mestrado. Programa De Pós-Graduação Em Antropologia Social. UFMG. Belo Horizonte. 2014.
- BANDEIRA DE MELLO, Celso Antonio, Curso de Direito Administrativo, 13ª o, SP, Malheiros Editores, 2001, pg697.
- BARROSO, Luís Roberto. O direito constitucional e a efetividade de suas normas: limites e possibilidades da Constituição brasileira. 4. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2000.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Índice de vulnerabilidade da saúde 2012*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2013. 24 p.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. SUS-BH: cidade saudável. Plano Macro Estratégico 2009-2012. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2009. 24 p.
- BERTALANFFY, L. V. Teoria geral dos sistemas: a ciência que está revolucionando a administração e o planejamento na área do governo, dos negócios, na indústria, e na solução dos problemas humanos. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1975.
- BORGES, M. C. M. A pessoa idosa no sistema único de assistência social. In: BERZINS, M. V.; BORGES, M. C. *Políticas públicas para um país que envelhece*. São Paulo: Martini, 2012.
- BRASIL, Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- BRASIL, Lei 9782 de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências
- BRASIL, Ministério da Saúde, Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 117 3.ª Edição Revista e Atualizada Brasília – DF 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria nº 1.721 de 21 de setembro de 2005. Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS.

BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria nº 196, de 24 de junho de 1983, instituiu a implantação de Comissões de Controle de Infecção Hospitalar em todos os hospitais do país.

BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

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

BRASIL. Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Lei Orgânica da Assistência Social. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. 1993. Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, 8 dez. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm>. Acesso em: 17 jan. 2014.

BRASIL. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. 1994. Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, 5 jan. 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm>. Acesso em: 17 jan. 2014.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Portaria do Gabinete do Ministro do Estado da Saúde, nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília. 2006a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 17 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399 GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília, 2006b. 47 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 737, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília: Diário Oficial da União, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed>. Acesso em: 30 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 50-58. Brasil, Constituição Federal de 1988.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2004. 59 p. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/pnas_final.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2014.

BRASIL. O Estatuto do Idoso e Outros Atos Legais. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2010. 46 p.

BRASIL. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BROEX, E. C. Et al. Surgical site infections: how high are the costs? *J. Hosp. Infect.*, London, v. 72, n. 3, p. 193-201, July 2009.

CAMARANO, Ana Amélia (Org.). Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. (org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004.

CAMARANO A.A. (2011). O Compromisso de Todos pelo Envelhecimento Digno no Brasil. (Conferência Magna). *3ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa*.

CAMPOS, Vicente Falconi. Gerência de qualidade total: estratégia para aumentar a competitividade da empresa brasileira, Belo Horizonte, MG: Fundação Christiano Ottoni, Escola de Engenharia da UFMG, 1990. Bloch Ed..

CANOTILHO, José Joaquim Gomes – “Estilo e norma constitucional. A propósito do “direito constitucional técnico” INA, Ociras, 16, Abril-Jun 1996, p. 5-13.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes, “Os impulsos modernos para uma Teoria da Legislação”, *Legislação. Cadernos de Ciência de Legislação*, (1), Abril – Junho 1991, o. 7-13.

CARNELUTTI, F., *Metodología Del Derecho*, Bogotá – Colombia, Editorial Tenis S. A., 2011.

CAUPERS, João – Relatório sobre o Programa, Conteúdo e Métodos de uma Disciplina Metódica da Legislação. *Caderno de Ciências da Legislação*, nº 35, out/dez 2003.

CEPAL. Comisión Económica para América Latina y Caribe. La nueva era demográfica en América Latina y el ovh: la hora de la igualdad según el reloj poblacional. Santiago de Chile: CEPAL, 2014^a. Disponível em: <[ov://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/6/53806/MPD_ddr2_esp.pdf](http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/6/53806/MPD_ddr2_esp.pdf)>.

- consensus report. Washington DC: The National Quality Forum, 2003.
- COSTA , Edná Alves, Vigilância Sanitária, Saúde e Cidadania. In: Cadernos de Saúde, BH, Cooperativa Editora e de Cultura Médica Ltda, 2001.
- COUTO, R. C.. Avaliação do nível de conformidade com requisitos técnicos e legais de segurança assistencial e seus fatores associados em hospitais da rede do estado de minas gerais – 2012. Belo Horizonte, 2014.
- DALLARI, D. Anais do III SIMBRAVISA, 2006.
- Dallari, S. G. A Vigilância Sanitária no contexto constitucional e legal brasileiros.
- DAVENPORT, Thomas H. Reengenharia de processos. Rio de Janeiro: Campus, 1994 *in* VILLELA(2000).
- DEBERT, G. G. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Universidade de São Paulo/Fapesp, 1999.
- DEBERT, G.G. & Simões, J.A. (2011). Envelhecimento e velhice na família. *In: Freitas, E.V.de o al. Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.
- DEFEZ, C. et al. Additional direct medical costs of nosocomial infections: an estimation from a cohort of patients in a French university hospital. *J. Hosp. Infect.*, London, v. 68, n. 2, p. 130-136, Feb. 2008.
- DELLEY, J-D.. Pensar a lei. Introdução a um Procedimento metódico. *Cad. Esc. Legisl.*, Belo Horizonte, v.7, n. 12, p. 101-143, jan./jun.2004.
- Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informações Hospitalares. <http://www.datasus.gov.br>.
- DESTRO DE OLIVEIRA, Gláucia da Silva. Os velhos como sujeitos de direitos: uma análise de gestão de velhice nos conselhos de idosos. Universidade Estadual de campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Doutorado em Ciências Sociais.2015.
- DIPIRO, J. T. et al. Infection in surgical patients: effects on mortality, hospitalization and postdischarge care. *Am. J. Health Syst. Pharm.*, Bethesda, v. 55, n. 8, p. 777-781, Apr. 1998.
- DONABEDIAN A. Evaluating the quality of medical care. 1966. *Milbank Q.* 2005; 83(4): 691-729.
- DONABEDIAN Avedis. Evaluacion de la calidad de la atención médica. *Revista de Calidad Asistencial*. Órgano de o Sociedad Española de Calidad Asistencial. Suplemento número 01, 2001. Volumen 16.

DUNAGAN WC, MURPHY DM, HOLLENBEAK CS, MILLER SB. Making the Business Case for Infection Control: Pitfalls and Caveats. *Am J Infect Control*. 2002 Apr;30 (2):86-92.

FALEIROS, Vicente de Paula. *Violência contra a pessoa idosa – Ocorrências, vítimas e agressores*. Brasília, Universa, 2007.

FARIA, C. A. P. de. Ideias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 21-29, fev. 2003. In TREVISAN, A. P. e BELLEN, H. M. V.. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção, rap – Rio de Janeiro 42(3):529-50, maio/jun. 2008.

FELDMAN S. Proceedings of enhancing patient safety and reducing errors in health care. *JAMA*, v.284, p.10, 1996.

FREY, K.. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, n. 21, p. 211-259, jun. 2000 In TREVISAN, A. P. e BELLEN, H. M. v.. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção, rap – Rio de Janeiro 42(3):529-50, maio/jun. 2008.

GALEANO, Eduardo H., De pernas pro ar: a escola do mundo ao avesso/ tradução de Sergio Faraco com gravuras de José Guadalupe Posada – Porto Alegre, RS? L&PM Editores, 2013.

GASTMEIER, P. Nosocomial infection surveillance and control policies. *Curr. Opin. Infect. Dis.*, Hagerstown, v. 17, n. 4, p. 295-301, Aug. 2004.

GIACOMIN, K. C., Relatório de gestão conselho nacional dos direitos do idoso gestão 2010-2012. Conselho Nacional Dos Direitos Do Idoso – Gestão 2010-2012.

GIACOMIN, K.C.; COUTO, E.C. (2013, junho). O caráter simbólico dos direitos referentes à velhice na Constituição Federal e no Estatuto do Idoso. *Revista Kairós Gerontologia*, 16(3),141-160. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

GUERRA, H. L. ET AL.A morte de idosos na Clínica Santa Genoveva, Rio de Janeiro: um excesso de mortalidade que o sistema público de saúde poderia ter evitado.*Cad. Saúde Pública* [online]. 2000, vol.16, n.2, 545-551.

HARRINGTON, James. Aperfeiçoando processos empresariais. São Paulo: Makron Books, 1993.

HUNT, V. Daniel. *Process mapping: how to reengineer your business processes*. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1996.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2014*. Rio de Janeiro: IBGE, 2014b. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2014/nota_metodologica_2014.pdf>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um Panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde (PNAD 2008)*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *PNAD 2013*. Rio de Janeiro: IBGE, 2014^a. v. 33.

ISSALYS, Pierre – “Langage et Système des Lois. Analyse critique du cadre législatif d’une institution administrative québécoise” Rapport final du projet MOREL présenté au CONSEIL de la LANGUE FRANÇAISE, Québec-CA, 2004.

JOHNSON. R.; BHATTACHARYYA, G. *Statistics principles and methods*. New York: John Wiley & Sons. 1986. 578p.

JUNG, Carl. G. *Homem e seus Símbolos*. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1995.

KALACHE, A. et al. 2000. «The greynig world: a challenge for the 21st century». *Science Progress*, 83, nº 1: 33-54.

KELSEN, Hans. *Teoria Pura do Direito*. 6^a Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LA FORGIA GM, COUTTOLENC BF. *Hospital performance in Brazil: the search for excellence*. Washington DC: The World Bank; 2008.

LE BRETON D.. *Antropologia do corpo e modernidade*. Petrópolis: Editora Vozes; 2011. 407p.

LEMOS, C. E. S. Entre o Estado, as famílias e o mercado. In: *SESC. Sinais Sociais*, Rio de Janeiro, v.8, n. 22, p. 39-61, maio-ago.2013.

LINS DE BARROS, M. Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

LUCCHESI G., *A Vigilância Sanitária no Sistema Único de Saúde In Gestão e Vigilância Sanitária: Modos Atuais do Pensar e Fazer*, Ed. FIOCRUZ, 2006.

- MACINCKO J., CAMARGOS V., FIRMO J.O.A., LIMA-COSTA M.F. Predictors of 10-year hospital use in a community-dwelling population of Brazilian elderly: the Bambuí Cohort Study of Aging. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27 Sup 3:S336-S344, 2011.
- MAIO, I. G. Desafios da implementação de políticas de cuidados intermediários no Brasil e a atuação do Ministério Público. São Paulo, 2014.
- MARTIN, James. A grande transição: usando as sete disciplinas da engenharia da empresa para reorganizar pessoas, tecnologia e estratégia. São Paulo: Futura, 1996.
- Meirelles, Hely Lopes, *Direito Administrativo Brasileiro*, 25ª 179o. SP, Malheiros Editores, 2000.
- MENDES, W; MARTINS, M; ROZENFELD, S; Travassos, C 2009. Avaliação de eventos adversos em hospitais no Brasil. *International Journal for Quality in Health Care*;21(4): 279-284. (http://site.qualihosp.com.br/mac/upload/arquivo/ANAIS_2013_completo.pdf).
- MINAYO, M. C. S. Envelhecimento demográfico e lugar do idoso no ciclo da vida brasileira. In: TRENCH, B.; ROSA, T. E. C. (org.) *Nós e o outro: o envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa*. Instituto de Saúde. São Paulo, 2011
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional Básica do SUS: NOB-SUS 01/96. Brasília, 1997.
- MOREIRA, K. A. R. F., publicização e efetivação das consultas públicas do governo eletrônico. Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Direito da Universidade Federal de Viçosa. Orientadora: Prof.^a Fabiana de Menezes Soares.
- ONA – Organização Nacional de Acreditação. Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. Brasília, 2010.
- Paulo: Makron Books, 1994 in VILLELA(2000).
- PEDROSA, T. M. G. Erros e eventos adversos não infecciosos relacionados à assistência em terapia intensiva neonatal: epidemiologia e sua associação com a sepse primária laboratorial. 137f. 2009. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde e Medicina Tropical) – Faculdade de Medicina, UFMG. Belo Horizonte, 2009.
- PEDROSA, T. M. G., Estabelecimento da correspondência entre os requisitos do instrumento de acreditação hospitalar brasileiro da organização nacional de acreditação – ONA (2004) – e as normas da série NBR ISO9000:2000, Belo Horizonte, 2004.
- PEPE, Vera Lúcia; REIS, Lenice Gnocchi da Costa; Marina Ferreira; SCHRAMM, Joyce Mendes. *Avaliação Em Saúde E Vigilância Sanitária: Conceitos, Estratégias e*

Metodologias. In: *Gestão e Vigilância Sanitária: Modos Atuais do Pensar e Fazer*, Ed. FIOCRUZ, 2006, p71-88.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 3 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2006. 320 p.

PINTO, É. G., PEREIRA, C. F. de O. e LÉGER, Gabriel Guy . Importação de médicos tem contradições constitucionais. *Revista de Direito do Consumidor* n. 67, 2008, p. 125-172.

PINTO Élida Graziane, SARLET, Ingo Wolfgang. Regime previsto na EC 86/2015 deve ser piso e não o teto de gasto em saúde. *Revista Consultor Jurídico*, 24 de março de 2015.

PLOWMAN, R. et al. The rate and cost of hospital-acquired infections occurring in patients admitted to selected specialties of a district general hospital on England and the national burden imposed. *J. Hosp. Infect.*, London, v. 47, n. 3, p. 198-209, Mar. 2001.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. *Redefining health care. Creating value based competition on results*. Boston: Harvard Business School Press, 2006. 506p.

PRADE, S. S.; OLIVEIRA, S. T.; RODRIGUES, R. Estudo brasileiro da magnitude das infecções hospitalares em hospitais terciários. *Revista do Controle de Infecção Hospitalar*, v. 2, p. 11-24. 1995.

QUARESMA, M.L. e S. Graça (2006), “A Evolução das aspirações e necessidades da população envelhecida novas perspectivas de actuação e intervenção”, *Cadernos Sociedade e Trabalho*, 7, 179-198.

QUINTO NETO A.; BITTAR, O. J. N. V. *Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas*. 2.ed. Porto Alegre: Dacasa, 2004.

Relatório de Gestão de Belo Horizonte, 2007.. SES, Secretaria de Estado de Saúde MG. NOV://www.pbh.gov.br.

REALE, Miguel. *Lições preliminares de Direito*. 24. ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

RIBEIRO, Alexandre Barenco. *Noções Básicas de Direito Administrativo Para A Gestão*. In: *Gestão e Vigilância Sanitária: Modos Atuais do Pensar e Fazer*, Ed. FIOCRUZ, 2006.

ROMANIELLO, Jeruza Aurora Quezada, Plano Diretor Hospital Paulo de Tarso. Trabalho Final do Curso de Especialização em Gestão Hospitalar, Pro Hosp IV, 2008 a 2009 Hospital Paulo de Tarso, Belo Horizonte: ESP-MG, 2008.

RUMMLER, Geary A. BRACHE, Alan P. *Melhores desempenhos das empresas*. São

SAMICO I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro: Editora Medbook; 2010.

SARLET, Ingo Wolfgang. A eficácia dos direitos fundamentais. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1998.

SARLET Ingo Wolfgang, FIGUEIREDO Mariana Filchtiner. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 19881. *Revista de Direito do Consumidor* n. 67, 2008, p. 125-172

SARTI, C.A. (2004). A família como ordem simbólica. São Paulo (SP): *Psicologia USP*, 15(3), 11-28.

SOARES F. de M., BARROS L. M., FARAJ N. de A. Legimática: a tecnologia da informação aplicada a qualidade da produção legislativa. *Ver. Fac. Direito UFMG, Belo Horizonte*, n. 53, p. 45-78, jul./dez. 2008.

SOARES, F. de M. Legística e Desenvolvimento: a qualidade da lei no quadro da Otimização de uma melhor legislação. *Cad. Esc. Legisl., Belo Horizonte*, v. 9, n. 14, p. 7-34, jan./dez. 2007.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias, Porto Alegre*, ano 8, n. 16, jul./dez., 2006.

SPOSATI, Aldaíza et al.. A assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão em análise. 9ª.Ed.. São Paulo: Cortez, 2007. 112 p.

TAKASHIMA, N.T.; FLORES, M.C.X. Indicadores da Qualidade e do Desempenho: como estabelecer metas e medir resultados. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1996.

TENÓRIO, F. G. A Trajetória do programa de estudos em gestão social. *Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro*, v. 40, n. 6, nov/dez. 2006.

THE NATIONAL QUALITY FORUM. Safe practices for better healthcare: 2010 update. Washington DC: The National Quality Forum, 2010.

VILLELA, C. S. S.. Mapeamento de processos como ferramenta de reestruturação e aprendizado organizacional, Florianópolis, 2000. Disponível em <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/78638>.

WHO – World Health Organization. The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety. WHO Technical Report. Geneva: World Health Organization, 2009.

WHO – World Health Organization. World alliance for patient safety, taxonomy: the conceptual framework for the international classification for patient safety: final technical report. Genebra: 2009.

ZAMBON, L. S.. Segurança do paciente em terapia intensiva: caracterização de eventos adversos em pacientes críticos, avaliação de sua relação com mortalidade e identificação de fatores de risco para sua ocorrência, São Paulo, 2014.

ANEXOS

Anexo I

ROTEIRO DE VISTORIA FISCAL SANITÁRIA PARA HOSPITAL DIA

PREITURA MUNICIPAL DE BELOHORIZONTE
LEIS

01 – IDENTIFICAÇÃO

RAZÃO SOCIAL

NOME FANTASIA

ENDEREÇO

BAIRRO

CEP

TEL

FAX

REGIONAL

CNPJ/CPF

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

ALVARÁ
LOCALIZAÇÃO

ALVARÁ SANITÁRIO

RESPONSÁVEL TÉCNICO

No DE RTs

REF

02- DOCUMENTAÇÃO

2.1- POSSUI ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO?

N SIM NÃO NA

TRANSG:

PENAL.: LM 7031/96 ART 19

2.2-POSSUI REQUERIMENTO OU ALVARÁ SÁNITÁRIO?

IMP SIM NÃO NA

TRANSG:

PENAL.: LM 7031/96 ART 19

2.3-HÁ ROTINAS ESCRITAS PARA TODAS AS ATIVIDADES DO SETOR DE LIMPEZA, DESINFECÇÃO, DO PROCESSON DE ESTERILIZAÇÃO, EMERGÊNCIA, TROCA E RECEBIMENTO DE GÁS, DESCARTE DE RESÍDUOS E PRIMEIROS

SOCORROS?

TRANSG: PF 482/99

PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INC II

2.4- HÁ ESCALA DE PESSOAL?

N SIM NÃO NA

TRANSG: PM 024/99 ITEM 3

PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INC II

2.5 – POSSUI REGISTRO DA MANUTENÇÃO PREVENTIVA DOS EQUIPAMENTOS(INCLUSIVE ELEVADORES) ?

IMP SIM NÃO NA

TRANSG: LM 7031/96 ART 35

PENAL.: LM 7031/96 ART 35

2.6- HA REGISTRO DE DESINSETIZAÇÃO?

INF SIM NÃO NA

TRANSG:

PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INC II

2.7- POSSUI REGISTRO DE TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS?

IMP SIM NÃO NA

TRANSG: PM 024/99 ITEM 2

PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INC II

QUAL A SUA PERIODICIDADE (MINIMO SEMESTRAL)?

2.8-POSSUI PRONTUARIO COMPLETO DOS PACIENTES?

IMP SIM NÃO NA

TRANSG:

PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INC II

2.9 –ARQUIVA OS PRONTUARIOS DOS PACIENTES?

IMP SIM NÃO NA

TRANSG:

PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INC II

2.10 POSSUI REGISTRO DA LIMPEZA SEMESTRAL DA CAIXA D'AGUA E CONTROLE BIOLOGICO DA AGUA -?

IMP SIM NÃO NA

TRANSG:

PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INC II

2.11- EXISTE ALGUM SERVIÇO TERCEIRIZADO ? (APRESENTAR CONTRATO)

INF SIM NÃO NA

TRANSG:

PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INC II

2.12- POSSUI PROTOCOLO ESCRITO PARA ALTA DE PACIENTES?

INF SIM NÃO NA

TRANSG:

PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INC II

2.13- O EAS GARANTE VAGA NA PRÓPRIA UNIDADE DE SAÚDE OU NA SUA REFERÊNCIA PARA IMP SIM NÃO NA
TRANSFERÊNCIA QUANDO NECESSÁRIO?

TRANSG:

PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INC II

2.14- OS EQUIPAMENTOS POSSUEM REGISTRO NO M.S.?

IMP SIM NÃO NA

TRANSG: PI 482/99 CAP I ITEM 6

PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INC II

2.15- POSSUI PGRSS IMPLANTADO E APROVADO PELO ÓRGÃO COMPETENTE?

N SIM NÃO NA

TRANSG:

PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INC II

2.16- POSSUI SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO? (APLICAR ROTEIRO ESPECÍFICO)
IMP

03- ÁREA FÍSICA DO ESTABELECIMENTO

3.1 – POSSUI RECEPÇÃO COM SALA DE ESPERA?

N SIM NÃO NA

TRANSG:

PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INC II

3.2- DML COM ACESSÓRIOS, TANQUE, LIXEIRA COM TAMPA, PEDAL E SACO PLÁSTICO?

N SIM NÃO NA

TRANSG:

PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INC II

3.3 – COPA?

N SIM NÃO NA

TRANSG:

PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INC II

3.4- POSSUI CONSTRUÇÃO SÓLIDA, SEM DEFEITOS DE EDIFICAÇÃO, TAIS COMO RACHADURAS QUE IMP SIM NÃO NA
COMPROMETAM A SUA ESTRUTURA FÍSICA, VAZAMENTOS OU OUTROS QUE DESACONSELHAM A SUA
AUTORIZAÇÃO SANITÁRIA

TRANSG:

PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INC II

3.5- O PISO É COM MATERIAL DE ACABAMENTO RESISTENTE, ANTIDERRAPANTE, DE CORES CLARAS, IMP SIM NÃO NA
IMPERMEÁVEIS, LAVÁVEIS E ESTÃO EM PERFEITO ESTADO DE CONSERVAÇÃO?

TRANSG:

PENAL.: LM 7031/96 Art 97 INC II

3.6 – AS PAREDES SÃO COM MATERIAIS DE ACABAMENTO RESISTENTES, LISOS, DE CORES CLARAS, IMP SIM NÃO NA
IMPERMEÁVEIS, LAVÁVEIS E ESTÃO EM PERFEITO ESTADO DE CONSERVAÇÃO?

TANSG:

PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INC II

3.7 – O TETO É DE MATERIAL DE ACABAMENTO RESISTENTE, LISO, DE COR CLARA, IMPERMEÁVEL, IMP SIM NÃO NA
LAVÁVEL E ESTÁ EM PERFEITO ESTADO DE CONSERVAÇÃO?

TRANSG:

PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INC II

3.8 – POSSUI BOAS CONDIÇÕES DE ILUMINAÇÃO E VENTILAÇÃO?

N SIM NÃO NA

TRANSG:

PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INC II

3.9– POSSUI LAVABO COM ACESSÓRIOS, LIXEIRA COM TAMPA, PEDAL E SACO PLÁSTICO?

IMP SIM NÃO NA

TRANSG:

PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INC II

3.10- POSSUI SALA DE UTILIDADES?

IMP SIM NÃO NA

TRANSG:

PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INC II

3.11 – POSSUI SALA DE PROCEDIMENTOS?

IMP SIM NÃO NA

TRANSG:

PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INC II

3.12- POSSUI CENTRO CIRÚRGICO (APLICAR ROTEIRO ESPECÍFICO)?

IMP SIM NÃO NA

TRANSG: RDC50/02

PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INC II

3.13- POSSUI CENTRO DE ESTERILIZAÇÃO E DESINFECÇÃO DE MATERIAIS E INSTRUMENTAIS (APLICAR IMP SIM NÃO NA
ROTEIRO ESPECÍFICO)?

TRANSG: RDC50/02

PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INC II

3.14–) POSSUI ENFERMARIA (APLICAR ROTEIRO ESPECÍFICO)?

IMP SIM NÃO NA

TRANSG: RDC 50/02

PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INC II

3.15- POSSUI LAVANDERIA (APLICAR ROTEIRO ESPECÍFICO)?

IMP SIM NÃO NA

TRANSG:

PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INC II

3.16- POSSUI ALMOXARIFADO (APLICAR ROTEIRO ESPECÍFICO)?

IMP SIM NÃO NA

TRANSG:

PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INC II

3.17- POSSUI CONSULTÓRIOS (APLICAR ROTEIRO ESPECÍFICO)?

IMP SIM NÃO NA

TRANSG:

PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INC II

3.18- POSSUI SND (APLICAR ROTEIRO ESPECÍFICO)?

IMP SIM NÃO NA

TRANSG:

PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INC II

3.19- POSSUI FARMÁCIA (APLICAR ROTEIRO ESPECÍFICO)?

IMP SIM NÃO NA

TRANSG:

PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INC II

04 – RECURSOS HUMANOS

4.1 –POSSUI MEDICO DE PLANTAO?	IMP	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/>
TRANSG:	NA			
PENAL: LM 7031/96 ART 97 INCII				
4.2.-POSSUI ENFERMEIRA DE PLANTAO?	IMP	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/>
TRANSG:	NA			
PENAL LM 7031/96 ART 97 INCII				
4.3-POSSUI TECNICOS DE ENFERMAGEM(NÚMERO SUFICIENTE E CORRESPONDENTE AO NÚMERO DE LEITOS)?	IMP	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/>
TRANSG:	NA			
PENAL LM 7031/96 ART 97 INCII				
4.4-POSSUI PSICOLOGO?	IMP	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/>
TRANSG:	NA			
PENAL LM 7031/96 ART 97 INCII				
4.5—POSSUI ASSISTENTE SOCIAL?	IMP	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/>
TRANSG:	NA			
PENAL LM 7031/96 ART 97 INCII				
4.6-POSSUI TERAPEUTA OCUPACIONAL?	IMP	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/>
TRANSG:	NA			
PENAL LM 7031/96 ART 97 INCII				
4.7-POSSUI OUTRO PROFISSIONAL DE NIVEL SUPERIOR?(SAUDE MENTAL AIDS,)	IMP	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/>
TRANSG:	NA			
PENAL LM 7031/96 ART 97 INCII				
4.8-POSSUI GERIATRA?(GERIATRIA)	IMP	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/>
TRANSG:	NA			
PENAL LM 7031/96 ART 97 INCII				
4.9-POSSUI 2 ENFERMEIROS?(GERIATRIA)	IMP	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/>
TRANSG:	NA			
PENAL LM 7031/96 ART 97 INCII				
4.10- POSSUI ORTOPEDISTA?	IMP	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/>
TRANSG:	NA			
PENAL LM 7031/96 ART 97 INCII				
4.11-POSSUI FISIOTERAPEUTA?(GERIATRIA, INTERCORRENCIAS APÓS TRNSPLANTE DE MEDULA PRECURSORES HEMATOPOIETICOS, FIBROSE CISTICA)	EIMP	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/>
TRANSG:	NA			
PENAL LM 7031/96 ART 97 INCII				
4.12-POSSUI FONOAUDIOLOGO?(GERIATRIA)	IMP	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/>
TRANSG:	NA			
PENAL LM 7031/96 ART 97 INCII				
4.13-POSSUI ODONTOLOGO(APLICAR ROTEIRO ESPECIFICO)? – GERIATRIA, INTERCORRENCIAS APÓS TRNSPLANTE DE MEDULA E PRECURSORES HEMATOPOIETICOS	IMP	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/>
TRANSG:	NA			
PENAL LM 7031/96 ART 97 INCII				
4.14- POSSUI PEDIATRA?	IMP	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/>
TRANSG:	NA			
PENAL LM 7031/96 ART 97 INCII				
4.15-POSSUI PNEUMOLOGISTA?	IMP	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/>
TRANSG:	NA			
PENAL LM 7031/96 ART 97 INCII				
4.16- POSSUI GASTROENTEROLISTA?	IMP	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/>
TRANSG:	NA			
PENAL LM 7031/96 ART 97 INCII				
4.17- POSSUI CARDIOLOGISTA?	IMP	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/>
TRANSG:	NA			
PENAL LM 7031/96 ART 97 INCII				
4.18-POSSUI OTORRINOLARINGOLOGISTA?	IMP	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/>
TRANSG:	NA			
PENAL LM 7031/96 ART 97 INCII				
4.19-POSSUI HEMATOLOGISTA OU ONCOLOGISTA?	IMP	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/>
TRANSG:	NA			
PENAL LM 7031/96 ART 97 INCII				
4.20- POSSUI OFTALMOLOGISTA?	IMP	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/>
TRANSG:	NA			
PENAL LM 7031/96 ART 97 INCII				
4.21-POSSUI CIRURGIÃO PLÁSTICO?				IMP

05 – VESTIARIO E SANITARIO

5.1 –POSSUI VESTIÁRIO MASCULINO E FEMININO COM LAVABO E ACESSORIOS?	N	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NA
TRANSG:				
PENAL: LM 7031/96 ART 97 INC II				
5.2-POSSUI SANITÁRIOS PARA PACIENTES E ACOMPANHANTES COM LAVABO E ACESSORIOS LIXEIRAN COM TAMPA PEDAL E SACO PLASTICO,?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NA	
TRANSG:				
PENAL: LM 7031/96 ART 97 INC II				
5.3-POSSUI SANITÁRIOS PARA FUNCIONARIOS COM LAVABO E ACESSORIOS, LIXEIRA COM TAMPA PEDALN E SACO PLASTICO?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NA	
TRANSG:				
PENAL: LM 7031/96 ART 97 INC II				
5.4- POSSUI TETOS , PISO E PAREDES LAVAVEIS , IMPERMEAVEIS, LISO E EM PERFEITO ESTADO DEN CONSERVAÇÃO?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NA	
TRANSG:				
PENAL LM 7031/96 ART 97 INCII				

06 – CONSIDERAÇÕES GERAIS

- 6.1 - DISPÕE DE EPI'S EM QUANTIDADE SUFICIENTE ? **IMP** SIM NÃO NA
TRANSG: PI 482/99 CAP V ITEM 45,b
PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INCII
- 6.2- OS FUNCIONÁRIOS FAZEM O USO DE EPI'S? **IMP** SIM NÃO NA
TRANSG: PI 482/99 CAP V ITEM 45,b
PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INCII
- 6.3- POSSUI EM TODAS AS ÁREAS, EQUIPAMENTOS E MOBILIÁRIS EM BOAS CONDIÇÕES DE HIGIENE, LIMPEZA E DESINFECÇÃO? **IMP** SIM NÃO NA
TRANSG:
PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INCII
- 6.4- EXISTEM EPI'S (LUVAS,BOTAS DE BORRACHA E AVENTAIS IMPERMEÁVEIS) PARA UTILIZAÇÃO DO PESSOAL DA LIMPEZA? **IMP** SIM NÃO NA
TRANSG:
PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INC II
- 6.5- OS EQUIPAMENTOS ESTÃO EM BOM ESTADO DE CONSERVAÇÃO ? **IMP** SIM NÃO NA
TRANSG: LM 7031/96 ART 35
PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INCII
- 6.6- É RESPEITADA A PROIBIÇÃO DE ESTOCAR ARTIGOS DIRETAMENTE SOBRE O CHAO? **IMP** SIM NÃO NA
TRANSG:
PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INCII
- 9.7- OS FUNCIONARIOS ESTÃO DEVIDAMENTE IMUNIZADOS CONTRA HEPATITE B, DIFTERIA E TETANO? **N** SIM NÃO NA
TRANSG
PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INCII
- 9.8-OS PACIENTES TEM ACESSO A RADIOLOGIA? **N** SIM NÃO NA
TRANSG:
PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INCII
- 9.9- OS PACIENTES TEM ACESSO A LABORATÓRIOS? **N** SIM NÃO NA
TRANSG:
PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INCII
- 9.10-OS PACIENTES TEM ACESSO A SERVIÇO DE ENDOSCOPIA? **N** SIM NÃO NA
TRANSG:
PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INC II
- 9.11- OS PACIENTES TEM ACESSO A AMBULANCIA? **N** SIM NÃO NA
TRANSG:
PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INC II
- 9.12- FORAM ENCONTRADOS PROCEDIMENTOS IMPROPRIOS A FINALIDADE DO EAS? **N** SIM NÃO NA
TRANSG:
PENAL.: LM 7031/96 ART 97 INC II