

Alocação de recursos para a regulação do transporte sanitário eletivo na atenção especializada: revisão integrativa da literatura

Amanda Bezerra da Silva LEITE: Universidade de São Paulo – USP, Faculdade de Saúde Pública – FSP. São Paulo, SP, Brasil. ORCID: 0009-0004-9830-0219

Jaqueline Vilela BULGARELI: Faculdade de Odontologia – FO, Universidade de Uberlândia – UFU. Uberlândia, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-5632-4333

Resumo

Sabendo que existem recursos disponíveis e que a distribuição regional é importante, a maioria dos estudos sobre gastos públicos em saúde foca apenas nos orçamentos do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais, sem considerar de forma clara os recursos destinados ao transporte sanitário. O objetivo do estudo foi explorar como os recursos são alocados para a regulação do transporte sanitário eletivo na atenção especializada do Sistema Único de Saúde (SUS). A metodologia utilizada foi uma revisão integrativa da literatura, focando em estudos que abordaram o funcionamento desses serviços, foram delimitados os itens-chaves derivados dos descritores formalmente catalogados através da plataforma DECS. Com base em três polos itens-chave: "Transporte Sanitário" no polo fenômeno; "Custo" no polo contexto; e "Sistema único de saúde" no polo população. As buscas foram realizadas em 14 de março de 2023, sem recorte temporal, com a inclusão de textos completos em publicações na língua inglesa. Foram recuperados no total 4649 artigos, através dos bancos de dados BVS, Scielo e Pubmed e 03 artigos a partir da literatura cinzenta, totalizando 4652 artigos. Foi utilizado o Fluxograma Prisma para selecionar os artigos relevantes. Após as leituras completas restaram 02 artigos que tratavam da pergunta de pesquisa inicial, respondendo ao nosso objetivo de estudo. De acordo com as leituras, ambos analisam o transporte sanitário, com foco em municípios específicos. Um deles analisa as legislações federal, estadual e

municipal em Curitiba, enquanto o outro analisa a organização e oferta da atenção especializada e transporte sanitário. As conclusões indicam que os recursos são alocados no momento da compra do veículo, mas não são integrados aos custos fixos e variáveis para uma atenção especializada, além disso, há uma escassez de informações sobre o assunto na literatura.

Keywords: Effective Access to Health Services; Direct Service Costs; Regional Health Planning; Health Equity; Resource Allocation

Introdução

O texto constitucional, no artigo 196, regulamentada pela Lei nº 8.080 de 1990, estabelece que a saúde é um direito fundamental do ser humano, em todo o território nacional, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. A Lei designa que é de conjunto de ações e serviços de saúde dos órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, haver uma integração entre os gestores, constituindo-se o SUS.¹ Ainda na Constituição Federal, o artigo 6º, expressa que a saúde é um direito social e no artigo 30º inciso V, observa-se ser de competência dos municípios em organizar e prestar diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, os serviços públicos de interesse local, incluído o de transporte coletivo, que tem caráter essencial.² Porém essa mesma Lei não faz citação sobre o transporte sanitário, mesmo tendo o entendimento de que faz parte dos interesses.

O SUS tem como característica principal a integralidade, universalidade e a equidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção. E na proposta de atender aos princípios da Constituição de forma universal a todos os indivíduos, o Ministério da Saúde e a Comissão Intergestores Tripartite dispõe sobre as diretrizes para o transporte sanitário eletivo, através da Resolução nº 13, de 23 de fevereiro de 2017, que tem como propósito deslocar pacientes para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito do SUS. A Resolução ordena para o Transporte Sanitário Eletivo de deslocar as pessoas de uma forma programada, aos tratamentos de caráter eletivo não urgente e emergencial, no próprio município de residência ou em outro nas regiões de saúde de

referência. Dessa maneira, beneficiando os usuários do Sistema Único de Saúde que possam receber a assistência integral à saúde a serviços assistenciais especializados, quando não há acesso a todos os meios de tratamento e/ou realização de exames auxiliares diagnóstico terapêutico no local de residência.³

Mas o SUS também tem como característica a descentralização de serviços e de recursos, que se deu a partir de uma implantação com a NOB-SUS 1993. O objetivo é sistematizar o processo de descentralização da gestão, do sistema, dos serviços e criar um esquema de transição, com diferentes níveis de responsabilidades para o Estado, Municípios e União.⁴ Em uma estrutura hierarquizada e regionalizada, ele é formado por uma rede de atenção à saúde com níveis de organização e complexidade crescentes, que compreende desde a assistência básica até procedimentos de alta complexidade, desde situações eletivas até a urgência/emergência. A atenção especializada é um dos níveis de organização, que vem com a interação com os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), e é envolvida por equipamentos médicos hospitalares com maiores densidades tecnológicas e com maiores especialidades, como Cirurgia Cardíaca, Neurocirurgia, Cirurgia Oncológica e determinados procedimentos de Ortopedia.⁵ Quando se analisa a execução dos gastos das três esferas desde a aprovação da Emenda Constitucional 29 em 2000, a participação do governo federal foi decrescendo, atingindo 43,2% em 2015, sendo que em no ano 2000 chegou a atingir 59,8%. Andando em contramão a participação dos estados e municípios, que em 2000 foi de 18,5% e 21,7%, chegando em 2015 a 25,9% dos estados e 30,9% dos municípios. Analisando o gasto do Ministério da Saúde por subfunções de governo, verifica-se que a Assistência Hospitalar e Ambulatorial, na qual está classificada a Média e Alta Complexidade, apresenta uma baixa participação ao gasto, no período de 2011-2015 foi de 48,6%.⁶

A Resolução nº 13 estabelece que a oferta do serviço de transporte sanitário deverá constar no plano de saúde, na programação anual e no relatório de gestão.³ É fato dizer que esse território estratégico e de intervenção do sistema de saúde, necessita de uma logística referente ao deslocamento dos pacientes para os territórios que disponibilizam

serviços de saúde para tratamento e realização de exames especializados. Mesmo diante da escassez de estudos, este artigo buscou trazer a discussão do funcionamento e alocação de recursos para a regulação do transporte sanitário eletivo na atenção especializada do SUS.

Metodologia

Estratégia de Pesquisa

A metodologia utilizada neste estudo foi uma revisão de literatura, a qual permite uma combinação de dados, com o propósito de reunir e sistematizar estudos anteriores. A revisão de literatura trabalhada foi do método teórico. Uma revisão de literatura teórica nos ajuda a estabelecer quais as teorias já existentes sobre algo, elencar as diferentes abordagens de uma teoria e relação entre elas, discutir até que ponto as teorias existentes foram investigadas, evidenciar lacunas teóricas a serem exploradas e, por isso, pode ajudar a desenvolver hipóteses a serem testadas.⁷

Para a elaboração deste estudo, foram realizadas 11 (onze) etapas para a produção da revisão teórica, foram elas: Elaboração da questão norteadora, definição dos polos contexto, população e fenômeno, busca dos descritores para cada polo, busca em bancos de dados para cada polo, junção dos 03 (três) polos para criação da sintaxe final, busca nos bancos de dados com a sintaxe final, definição de objetivos da revisão e critérios de inclusão e exclusão, seleção dos artigos através da ferramenta Zotero, análise dos resultados, leitura dos achados e apresentação da revisão.

A questão norteadora para a estratégia de busca foi: "O que a literatura científica apresenta sobre a alocação de recursos do transporte sanitário na atenção especializada no âmbito do SUS? ". A partir desta pergunta identificou-se os polos itens-chaves, Transporte Sanitário; Custo e Sistema único de saúde, utilizando-se o acrônimo Fenômeno – Contexto – População (FCP). Os itens-chaves "Transporte Sanitário" e "Sistema único de saúde" não possuíam descritores registrados, portanto foi substituído por palavras que remetessem ao seu contexto e significado. Assim procedeu para a busca das publicações

através dos descritores catalogados na plataforma Descritores em Ciências da Saúde (<https://decs.bvsalud.org/>). Dentro de um mesmo polo foram utilizados descritores que remetesse à pergunta de pesquisa, na qual foi utilizado o operador booleano "OR", após as três sintaxes definidas, uma por cada polo, foi feita a combinação deles com o operador booleano "AND".

A sintaxe final para o levantamento das publicações nas bases de dados foi: "Integralidade em Saúde" OR "Acesso aos Serviços de Saúde" OR "Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde" OR "Assistência Integral à Saúde" OR "Encaminhamento e Consulta" OR "Estratégias de Saúde Nacionais" OR "Equidade em Saúde" AND "Gasto Público com Saúde" OR "Gastos em Saúde" OR "Custos Diretos de Serviços" OR "Análise Custo Benefício" OR "Diagnóstico da Situação de Saúde" OR "Análise de Pequenas Áreas" OR "Avaliação de Resultados em Cuidados de Saúde" OR "Alocação de Recursos" AND "Governo Federal" OR "Estado" OR "Governo Estadual" OR "Indicadores de Saúde Comunitária" OR "Disparidades nos Níveis de Saúde" OR "Cidades" OR "Governo Local" OR "Regionalização da Saúde".

As buscas foram realizadas no mês de março de 2023, sem recorte temporal, com a inclusão de textos completos em publicações na língua inglesa utilizando as bases de dados da BVS (<https://bvsalud.org/>), Scielo (<https://www.scielo.br/>) e Pubmed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>). Foram excluídas as publicações que remetesse a estudos científicos voltados a diagnósticos e estudos clínicos. Para o processo de seleção dos artigos foi utilizado o Fluxograma Prisma.

Seleção de estudo

Foram recuperados no total, 4649 artigos das bases de dados BVS, Scielo e Pubmed, dos quais 191 duplicatas foram removidas através da ferramenta Zotero, 03 removidas manualmente e houve 01 trabalho retratado. Foi incluído para a seleção de estudos 03 artigos a partir da literatura cinzenta, totalizando 4652 artigos. Foram excluídos 4371 artigos que tinham como objetivos a estudos voltados para casos clínicos e diagnósticos,

restando 86 para leitura de resumo, sobrando 25 para leitura completa. Após as leituras completas, somente 02 responderam ao nosso objetivo da pesquisa (Figura 01).

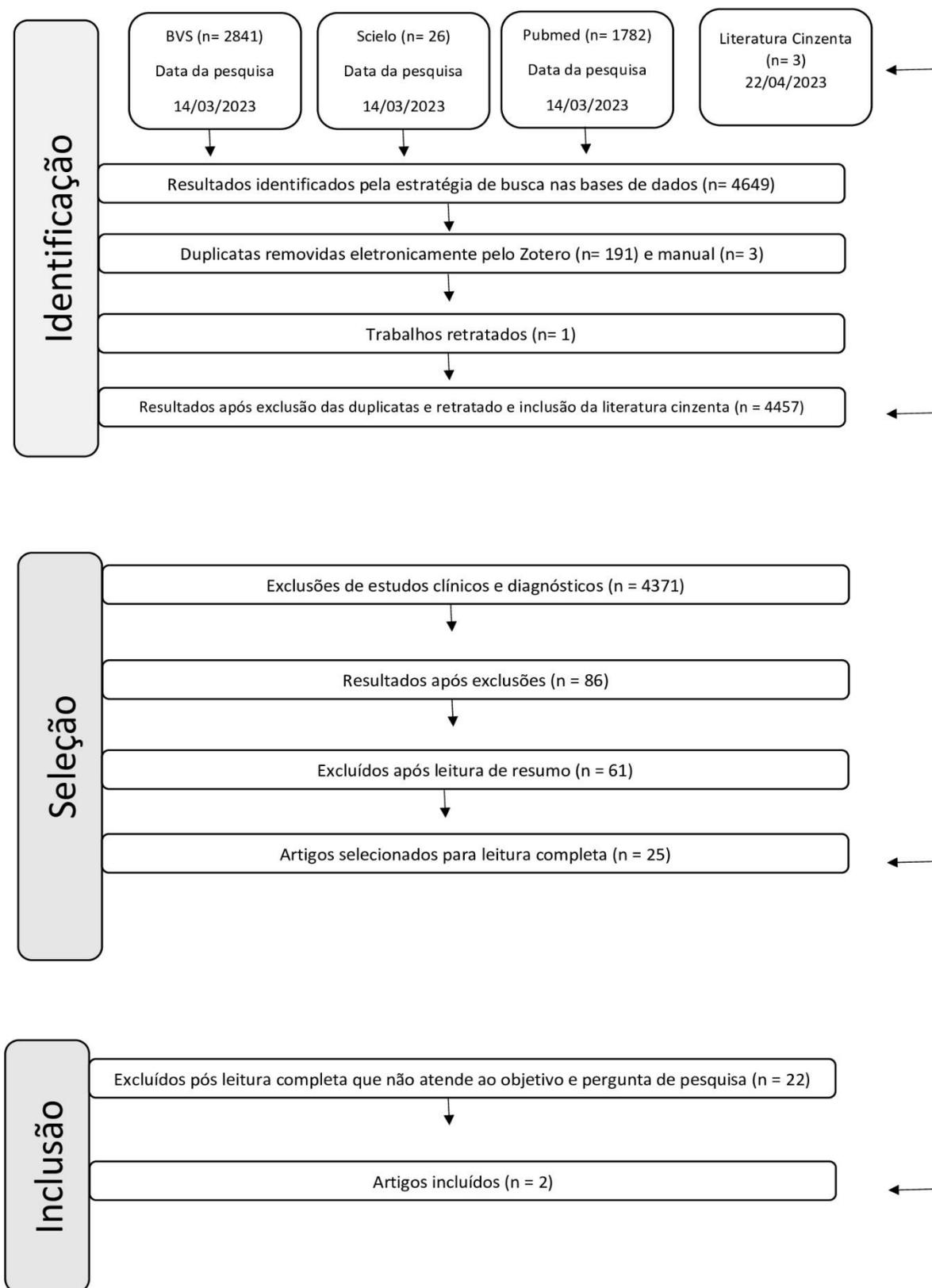


Figura 1 – Fluxograma, 2023.

Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

Grande número de publicações excluídas se tratava de estudos baseados em locais onde não se obtinham o acesso a saúde de uma forma gratuita e universal.

Resultados

Houve a criação de uma planilha para a extrair todos os dados relevantes para o presente estudo. Os dados que foram considerados importantes para a formulação da síntese final foram: Estado de onde foi feito as análises, o tipo de estudo, o tipo de tratamento e assistência, a fragilidade e potencialidade detectada naquele cenário e o meio de financiamento do serviço transporte sanitário, conforme exposto no Quadro 01.

Quadro 1. Caracterização dos estudos selecionados

Autor/Ano/País	Estado	Tipo de Estudo	Tipo de Tratamento/Assistência	Fragilidade/ Potencialidade	Meio de financiamento
Busato, I/2016/Brasil	Curitiba (Paraná)	Revisão de Literatura	Doenças Crônicas. Transporte de pacientes que pode ocorrer na mesma cidade ou outra, que não apresentem riscos de vida, e em situações previsíveis de atenção programada.	A dificuldade do usuário em obter do direito ao transporte sanitário, necessitando recorrer a justiça. Veículos com número limitados que não são adaptados às necessidades do paciente. A distância geográfica por vezes impede a inclusão de mais pacientes no serviço. Congestionamento de trânsito. Informações mais precisas sobre a quantidade de pacientes transportados.	Municipal
Almeida, de P/2022/Brasil	Vitória da Conquista (Bahia)	Estudo de Caso Exploratório	Atenção Especializada, práticas e serviços que requerem incorporação de equipamentos médico-hospitalares, especialistas focais e maior densidade tecnológica.	Divergência das avaliações quanto a possibilidade de adaptação da oferta as necessidades locorregionais.	Instrumentos Contratuais: 40% Estadual e 60% Municipal, sem aporte federal

Fonte: Elaborada pelos autores (2023).

Os 02 estudos incluídos fazem análise ao transporte sanitário no âmbito do SUS. Ambos apresentam análises através de municípios específicos, Curitiba, analisando o seu distrito Boa Vista através das legislações federal, estadual e municipal, e o formato de sua organização através do Decreto Municipal nº. 1003/2009, que fixa as diretrizes da Política de Transporte Interno na Administração Direta e Indireta do Município de Curitiba. Este decreto, em seu Art 2º, diz que o transporte oficial poderá ser de propriedade do próprio município, veículo locado pela contratação da Administração Direta e Indireta e/ou veículo

oficial, aquele cedido de um órgão ou entidade e em seu parágrafo 4º, que o Município poderá contratar profissionais especializados para o transporte de pacientes.⁸

E o estudo de Almeida, analisa o distrito Vitória da Conquista, do Estado da Bahia, através do Estatuto dos Consórcios Interfederativos de Saúde (CIS), o qual previa a atuação em diversos campos, inclusive de exames especializados e transporte sanitário eletivo, os quais os transportes são ofertados via Policlínicas por instrumentos contratuais que regiam as relações entre municípios e CIS/Policlínica e Contrato de Rateio que estabelecia contrapartidas financeiras de custeio, sendo 40% estadual e 60% municipal, sem aportes federais.⁹

Ambos os estudos de Busato e Almeida tem citações e relatos sobre suas experiências in loco, trazendo a discussão das legislações federal, estadual e municipal, e a alocação de recursos de acordo com o ente federativo.

Discussão

Conforme a Resolução nº 13, de 23 de fevereiro de 2017, o transporte sanitário é destinado ao deslocamento de pacientes para realizar procedimentos médicos de caráter eletivo, agendados e sem urgência, esse deslocamento poderá ocorrer no próprio município de residência ou em outro município de referência conforme pactuação.³ A tal resolução leva em consideração a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, a qual fala sobre as condições de promoção, proteção, recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.¹ O serviço é destinado a uma população usuária que necessita dos serviços de saúde, mas que não apresentam risco de vida, e nem necessitem de recursos assistenciais durante o deslocamento.³

É de se pensar que um dos fatores que impactam o funcionamento de uma regulação para uma atenção especializada é a divisão de responsabilidades e relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios. Essa divisão na resolução nº13 fica definido no Art. 5, onde se fala que deve ser decidido sobre a importância de decidir como os municípios beneficiados irão cooperar e se

organizar. É preciso definir de papéis e responsabilidades dos atores envolvidos, além de estabelecer mecanismos, regras e formas de financiamentos para os investimentos necessários, para garantir a sustentabilidade do serviço.³

No artigo "Atenção Especializada e transporte sanitário na perspectiva de integração às Redes de Atenção à Saúde", de ALMEIDA et. e tal, menciona sobre a divergência nas avaliações quanto as necessidades loco regionais de suas Policlínicas. O mesmo artigo cita que nos CIS, não há consensos entre os representantes municipais quanto aos provedores de AE, mesmo que tenha sido recorrente a avaliação de que os recursos das Policlínicas fossem acionados. Quanto ao acesso ao transporte sanitário havia a organização de cada município, o qual cada um organizava a sua logística. Os autores concluem seu estudo reconhecendo que o planejamento de uma AE deva responder as necessidades dos municípios e ofertas distintas, o que no momento não é do conhecimento de todos.⁹

Ainda seguindo a discussão dos possíveis fatores que impactam o funcionamento de regulação ser a divisão de responsabilidades, é a transferência de recursos financeiros de investimento do Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes. Na Portaria nº 3.134/13 considera-se como equipamentos e materiais permanentes aqueles incorporados pela Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes (RENEM), e veículos estão classificados em tabela. Porém para solicitar o financiamento a um investimento desses há um cadastro realizado através do ente federativo interessado, o qual será realizado uma análise de mérito e técnico-econômica pelo Ministério da Saúde.¹⁰ A Portaria nº 2.563/17 destina o custeio fixo e variável dos veículos adquiridos à responsabilidade do ente beneficiado.¹¹

O presente estudo identificou carência sobre o quanto os entes beneficiados têm de custo fixo e média de variável através dos veículos. O que foi possível localizar, através do portal FNS, no painel InvestSUS, foram os valores médios de equipamento transporte por ano. A média do custo dos veículos, veículos tipo van, veículos adaptados, microônibus e

embarcação para transporte com motor popa foi de R\$ 208.135,25 nos anos de 2018, 2019, 2021 e 2022, no portal do fundo nacional de saúde é possível analisar o custo de cada veículo nos respectivos anos, é visto que os veículos tipo van e veículo tipo van – diesel só ocorreram financiamento aprovado nos anos de 2019 e 2022, nos valores de R\$ 240.000,00 e R\$ 242.332,00, já os demais veículos no ano de 2019 foi visto que os aportes de valores médios de equipamentos na aprovação chegaram a um decréscimo de aproximadamente de 89,5% do transporte sanitário adaptado. E dos itens financiados somente 2,0% foram para o programa de AE.¹²

Além dos gastos diretos que o MS tem de financiamento aos transportes, deve-se ser analisado através de pactuações com os Intergestores as despesas associadas a manutenção e o próprio uso do combustível, o que não foi conseguido inserir no nosso estudo por ser um assunto tratado por múltiplos municípios.

O tema “transporte sanitário” na literatura é pouco tratado, houve limitação de ser encontrado dados que envolvessem a relação da distribuição da oferta do serviço com o seu formato econômico, o qual é o objetivo do presente estudo. Porém é de se entender a necessidade de o assunto ser tratado em um contexto mais estruturado entre os entes estaduais e municipais. É visto que a quantidade de itens financiados pelo MS para a AE é baixa, tendo em vista que é um nível de assistência que exigem maiores recursos aos municípios, Vianna traz em uma de suas obras a análise de que cada unidade de federação tem um valor financeiro anual definido para o custeio de ações e procedimentos de média e alta complexidade, e que estados e municípios não habilitados nesta condição de Gestão, o MS realiza o pagamento até o limite financeiro estabelecido em portaria do próprio Ministério. Será que não é hora de se pensar e englobar os custos de um transporte sanitário dentro da alta complexidade, haja visto que o propósito dele é levar os usuários aos seus locais de tratamento que não tem instalados em municípios e estados de suas residências.¹³

Conclusão

O estudo conclui que os veículos para transporte sanitário é um item constatado na RENEM passível de financiamento pelo Ministério da Saúde, o instrumento desse repasse é fundo a fundo, podendo o Distrito, Estados e Municípios realizarem a sua aquisição. Porém o que Portaria nº 488 de 2020 faz menção que é a Comissão Intergestores Bipartite realiza o projeto técnico com o quantitativo de veículos necessários. Mas o que os estudos nos mostram é que ocorre divergências nas avaliações quanto as necessidades, não ocorrendo consenso entre os representantes, além da qual ocorre uma análise de mérito e técnico-econômica pelo Ministério da Saúde. O que a Portaria descreve é que há um número máximo de veículos a serem financiados, de acordo com o número de habitantes, o que deixa margem para questionamentos sobre se esse número está de acordo com o Censo e dados epidemiológicos desses habitantes.

Observamos que as alocações de recursos do transporte sanitário não são integradas com a alocação nos custos fixos e variáveis para uma atenção especializada, a quantidade de itens financiados pelo MS para a AE é baixa, o que reflete no impacto das despesas dentro dos estados e municípios.

Observou-se também que não há uma normatização padrão dos fluxos de transporte sanitário cabendo aos municípios elaborarem o próprio, o qual dificulta futuras análises estratégicas e epidemiológicas.

Sugere-se estudos que englobem mais municípios, com indicadores referentes ao custo do serviço e as dificuldades encontradas.

Espera-se que este estudo possa colaborar com as melhorias do serviço, que é de tamanha importância ao se pensar na integralidade do SUS.

Referências:

1. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF.
2. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 17 de julho de 2023.
3. BRASIL. Resolução nº 13, de 23 de fevereiro de 2017. Dispõe sobre as diretrizes para o Transporte Sanitário Eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito SUS. Diário Oficial da União. Ministério da Saúde: Brasília, DF.
4. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Diário Oficial da União, Brasília, DF
5. Magalhães Vianna, Solon, et al. Atenção de Alta Complexidade no SUS: Desigualdades no acesso e no financiamento. Feb. 2015, p. 12, bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html. Acesso em: 24 de julho de 2023.
6. Maria Marques, Rosa, et al. Sistema de Saúde No Brasil: Organização E Financiamento. 1º ed., Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), 2016, p. 153 - 155.
7. Azevedo, D. Revisão de Literatura, Referencial Teórico, Fundamentação Teórica e Framework Conceitual em Pesquisa – diferenças e propósitos. Working Paper, 2016. Disponível em: <https://unisinus.academia.edu/DeboraAzevedo/Papers>. Acesso em: 23 de julho de 2023.

8. Curitiba. Decreto nº 1.003, de 05 de agosto 2009. Fixa as Diretrizes da Política de Transporte Interno na Administração Direta e Indireta do Município de Curitiba. Curitiba, PR.
9. Fidelis de Almeida, Patty, et al. "Atenção Especializada e Transporte Sanitário Na Perspectiva de Integração Às Redes de Atenção à Saúde. " Scielo, 16 de setembro de 2022. <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.07432022>, www.scielo.br/j/csc/a/y8JYvHKBZxLmnTW6RMKGM7J/?lang=pt. Acesso em: 17 de março de 2023.
10. Brasil. Portaria nº 3.134, de 17 de dezembro de 2013. Dispõe sobre a transferência de recursos financeiros de investimento do Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a expansão e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e cria a Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis para o SUS (RENEM) e o Programa de Cooperação Técnica (PROCOT) no âmbito do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF.
11. Brasil. Portaria nº 2.563, de 03 de outubro de 2017. Regulamenta a aplicação de recursos de programação para financiamento do Transporte Sanitário Eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF.
12. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/CGIN_Painel_Equipamentos/CGIN_Painel_Equipamentos.html#GUIA01. Publicação do Fundo Nacional de Saúde (FNS), InvestSUS. Acesso em: 24 de julho de 2023.
13. Magalhães Vianna, Solon, et al. Atenção de Alta Complexidade no SUS: Desigualdades no acesso e no financiamento. Feb. 2015, p. 19, bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html. Acesso em: 24 de julho de 2023.