

# **Alocação de recursos públicos para os sistemas de laboratórios de análises clínicas no SUS: uma revisão da literatura.**

**Arthur Georges Pilavdjian:** Universidade de São Paulo –USP, Faculdade de Saúde Pública –FSP, São Paulo, SP, Brasil. ORCID: 0009-0009-6200-9717

**Samara Jamile MENDES:** Universidade de São Paulo –USP, Faculdade de Saúde Pública –FSP, São Paulo, SP, Brasil. ORCID: 0000-0003-3107-8233

## **Resumo**

As análises clínicas, desempenham importante papel no sistema de saúde, uma vez que são relevantes para o conhecimento e a análise dos conjuntos de dados laboratoriais em suporte às ações e vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária. Os serviços laboratoriais podem representar 5% do orçamento de um hospital, mas alavancam 60-70% de todas as decisões críticas, como admissão, alta e tratamentos. Certo da importância que as análises clínicas possuem para as tomadas de decisão em saúde, este trabalho tem como objetivo realizar uma revisão integrativa da literatura acerca da alocação de recursos públicos para os sistemas de laboratório de análises clínicas do SUS. O benefício de um teste de laboratório não é definido por sua precisão ou mesmo por sua correlação com um estado de doença. Em vez disso, o benefício é definido pela melhoria no estado de saúde do paciente, ficando claro que a garantia de acesso da população a serviços de laboratórios clínicos de qualidade pode contribuir para ações de saúde mais resolutivas. Portanto, os laboratórios clínicos devem ser inseridos em um processo de planejamento global do conjunto de ações e serviços de saúde, que seja orientado pelos princípios e diretrizes do SUS, sendo necessário tornar mais preciso o conceito de equidade no financiamento no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e ampliar a discussão sobre os critérios de alocação atualmente utilizados.

## **Introdução**

As análises clínicas, especialmente dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), desempenham importante papel no sistema de saúde, uma vez que são relevantes para o conhecimento e a análise dos conjuntos de dados laboratoriais em suporte às ações de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária, campos de atuação da saúde pública. Dentro desse contexto, os Laboratórios de Saúde pública se enquadram como unidades de prestação de serviços cuja atividade central são os exames laboratoriais, padronização de métodos e técnicas de diagnóstico e a supervisão e treinamento de recursos humanos<sup>1</sup>.

A organização de uma rede nacional de laboratórios de saúde pública é anterior a criação do SUS. Na década de 1970, a partir da III Reunião Especial de Ministros da Saúde das Américas, de 1972, no Chile; constatou-se de que o Brasil dispunha apenas de 27 unidades laboratoriais e, destas, 17 estavam localizadas no Estado de São Paulo. A partir desta ocasião, começaram os trabalhos, em 1973, de organização de uma rede nacional de laboratórios que culminou com a Portaria Ministerial no 118, de 30/3/761.

No ano seguinte, a Portaria Ministerial no 280, de julho de 1977 regulamentou o funcionamento do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SNLSP) e dada à Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde (SNABS) sua coordenação. Em 1981 as competências e área de abrangência dos Laboratórios Nacionais de Saúde Pública, credenciados naquele momento, foram definidas.

A partir da reforma administrativa de 1990 as atividades do SNLSP foram transferidas para o Fundo Nacional de Saúde (FNS) através da Portaria Ministerial n. 1331/1990. A Lei n. 8.080/90, a qual regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS), determinou que a coordenação da rede nacional de laboratórios está entre as quatro áreas principais de competência da direção nacional desse Sistema<sup>1</sup>.

Dada a necessidade, houve o desenvolvimento de uma rede de laboratórios com a participação das secretarias de saúde e unidades federadas. Em 1993, a rede já contava com 26 Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACENs), e a 27ª Unidade em

construção em Tocantins. Por sua vez, esses LACENs estavam ligados a mais de 1.200 laboratórios locais, de maneira hierarquizada.

O Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública compreende o conjunto de laboratórios de Saúde Pública pertencentes à União, aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal. Estes laboratórios têm sua organização feita de acordo com o grau de complexidade e hierarquizados por agravos e/ou programas, com a finalidade de desenvolver atividades laboratoriais pertinentes à Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Saúde do Trabalhador, sendo divididos em nível local, regional, estadual, macro-regional e nacional; de acordo com as atribuições e complexidades.

Apesar de bem estruturada e hierarquizada, desde a década de 1980, a rede nacional de laboratórios sofre com falta de uma política de financiamento estável, rupturas e mudanças administrativas frequentes e a ausência de gestão integrada dos sistemas de saúde no SUS. Adicionalmente, o financiamento público para as rotinas laboratoriais tem se mostrado não estruturado e difuso, o que impacta na boa prestação de serviço à população e, mais importante, atender ao art. 196 da constituição federal de 1988<sup>1</sup>.

Os serviços laboratoriais podem representar 5% do orçamento de um hospital, mas alavancam 60-70% de todas as decisões críticas, como admissão, alta e tratamentos<sup>2,3</sup>. Certo da importância que as análises clínicas possuem para as tomadas de decisão em saúde, este trabalho tem como objetivo realizar uma revisão integrativa da literatura acerca da alocação de recursos públicos para laboratório de análises clínicas do SUS.

## **Metodologia**

Este estudo é uma de revisão da literatura, do tipo integrativa, sendo um método de pesquisa que busca a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado, e seu produto final o estado atual do conhecimento acerca do tema a partir dos conceitos-chave<sup>4,5</sup>.

A pergunta central deste trabalho é: “o que a literatura científica descreve sobre da alocação de recursos públicos para os sistemas de laboratório de análises clínicas do SUS?”.

A partir da pergunta, identificou-se os polos e seus respectivos itens-chave: “alocação de recursos públicos” (fenômeno), “laboratórios de análises clínicas” (população) e “SUS” (contexto). Por sua vez, esses polos permitiram a definição dos descritores, os quais foram consultados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da BVS, em português e em inglês.

É importante notar que nas sintaxes em inglês foi utilizado apenas, do Polo 1, os descritores (“Resource Allocation”) OR (“Health Care Rationing”) na plataforma BVS afim de permitir que os resultados de pesquisa fossem mais amplos e retornassem mais artigos. O quadro 1 demonstra os elementos para estruturação da busca.

Quadro 1. Elementos para estruturação da busca.

<b>POLO</b>	<b>ITEM-CHAVE</b>	<b>BASE</b>	<b>DESCRITORES</b>
Fenômeno	Alocação de recursos públicos	BVS	Alocação de Recursos
			Alocação de Recursos para a Atenção a saúde
			Equidade na Locação de Recursos
			Sistemas de Custos em instituições de saúde
			Economia de Escala na saúde
			Financiamento dos Sistemas de saúde
		BVS (inglês)	Resource Allocation
			Health Care Rationing
		Scielo	Resource Allocation
			Health Care Rationing
			Equity in the Resource Allocation
			Health Care Costing Systems
			Economies of Scale in Healthcare
			Health System Financing
População		BVS	Técnicas de Laboratório Clínico

	Laboratórios de Análises Clínicas		Diagnóstico
			Análises Clínicas Ambulatoriais
			Exames Médicos
			Exames Pré-Nupciais
			Técnicas e Procedimentos Diagnósticos
			Testes Hematológicos
			Serviços Laboratoriais de Saúde Pública
			Vigilância Sanitária
		BVS (inglês)	Clinical Laboratory Techniques
			Diagnosis
			Point-of-Care Testing
			Medical Examination
			Premarital Examinations
			Diagnostic Techniques and Procedures
			Hematologic Tests
			Public Health Laboratory Services
		SciELO	Clinical Laboratory Techniques
			Diagnosis
			Point-of-Care Testing
			Medical Examination
			Premarital Examinations
			Diagnostic Techniques and Procedures
			Hematologic Tests
			Public Health Laboratory Services
			Health Surveillance
			Clinical Laboratory Techniques
			Diagnosis
			Point-of-Care Testing
Medical Examination			
Premarital Examinations			
Diagnostic Techniques and Procedures			
Hematologic Tests			
Public Health Laboratory Services			
Contexto	SUS	BVS	Sistema Único de Saúde
			Sistemas Nacionais de Saúde
		BVS (inglês)	Unified Health System
			National Health Systems
SciELO	Unified Health System		
	National Health Systems		

Fonte: elaboração dos autores.

Após a definição dos descritores, foi utilizado para a sintaxe final os operadores booleanos *OR* e *AND*. Essa estratégia permite ampliar os polos de pesquisa através do *OR* e combiná-los com outros polos através do *AND*, gerando uma sintaxe de pesquisa abrangente, ordenada e, sobretudo, reproduzível. Portanto, com a intersecção dos polos, foram obtidas, conforme mostra o Quadro 2, as seguintes sintaxes finais:

Quadro 2. Sintaxes finais e número de estudos. Março 2023.

<b>Bases de Busca</b>	<b>Sintaxe</b>	<b>Estudos</b>
BVS	((mh:("Alocacao de Recursos")) OR (mh:("Alocacao de Recursos para a Atencao a saude"))) OR (mh:("Equidade na Alocacao de Recursos")) OR (mh:("Equidade na Alocacao de Recursos")) OR (mh:("Economia de Escala na saude")) OR (mh:("Financiamento dos Sistemas de saude"))) AND ((mh:("Tecnicas de Laboratorio Clinico")) OR (mh:("diagnostico")) OR (mh:("Analises Clinicas Ambulatoriais"))) OR (mh:("Exames Medicos")) OR (mh:("Tecnicas e Procedimentos Diagnosticos")) OR (mh:("Testes Hematologicos")) OR (mh:("Serviços Laboratoriais de Saude Publica")) OR (mh:("Vigilancia Sanitaria"))) AND ((mh:("Tecnicas de Laboratorio Clinico")) OR (mh:("diagnostico")) OR (mh:("Analises Clinicas Ambulatoriais"))) OR (mh:("Exames Medicos")) OR (mh:("Tecnicas e Procedimentos Diagnosticos")) OR (mh:("Testes Hematologicos")) OR (mh:("Testes Imediatos")) OR (mh:("Serviços Laboratoriais de Saude Publica")) OR (mh:("Vigilancia Sanitaria"))))	118
BVS (inglês)	("Resource Allocation") OR ("Health Care Rationing") AND ("Clinical Laboratory Techniques") OR ("Diagnosis") OR ("Point-of-Care Testing") OR ("Medical Examination") OR ("Premarital Examinations") OR ("Diagnostic Techniques and Procedures") OR ("Hematologic Tests") OR ("Public Health Laboratory Services") OR ("Health Surveillance") AND ("Unified Health System") OR ("National Health Systems")	8

Scielo	(Resource Allocation) OR (Health Care Rationing) OR (Equity in the Resource Allocation) OR (Health Care Costing Systems) OR (Economies of Scale in Healthcare) OR (Health System Financing) AND (Clinical Laboratory Techniques) OR (Diagnosis) OR (Point-of-Care Testing) OR (Medical Examination) OR (Premarital Examinations) OR (Diagnostic Techniques and Procedures) OR (Hematologic Tests) OR (Public Health Laboratory Services) OR (Health Surveillance) AND (Unified Health System) OR (National Health Systems)	12
--------	--	----

Fonte: elaboração dos autores.

Através dessa metodologia, foi possível obter 118 artigos na BVS, com os descritores em português, 8 artigos na BVS com os descritores em inglês. O mesmo processo foi realizado na base Scielo, a qual forneceu 12 artigos na coleção geral, totalizando 138 artigos.

Adicionalmente, utilizamos a plataforma Zotero para eliminar os 6 artigos repetidos e o número final de artigos a partir da sintaxe foi de 132.

Os 132 artigos analisados, foram excluídas as publicações as quais não se tratavam de artigos científicos, como entrevistas e editoriais e volumes inteiros, resultando em 119 artigos, dos quais foi realizada uma triagem a partir dos títulos e resumos.

Os critérios de seleção e exclusão levaram em conta relevância do assunto discutido no artigo e pertinência com a pergunta de pesquisa. Os artigos excluídos, em sua maioria, abordavam apenas um aspecto da alocação de recursos, para uma doença específica, um tratamento ou um medicamento; o que não é o escopo deste trabalho.

A partir dos critérios estabelecidos, dos 119 artigos que tiveram seus títulos e resumos lidos e após uma nova consideração com foco nos critérios de seleção e exclusão, foram selecionados 13 artigos. Destes, após uma releitura cuidadosa dos resumos, foram considerados 10 para leitura na íntegra.

Após leitura integral dos 10 artigos, três foram excluídos por não tratar do tema central, restando 7 artigos para inclusão na revisão integrativa deste trabalho. A figura 1 abaixo demonstra o processo de seleção dos artigos através do fluxograma PRISMA:



Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos incluídos na revisão

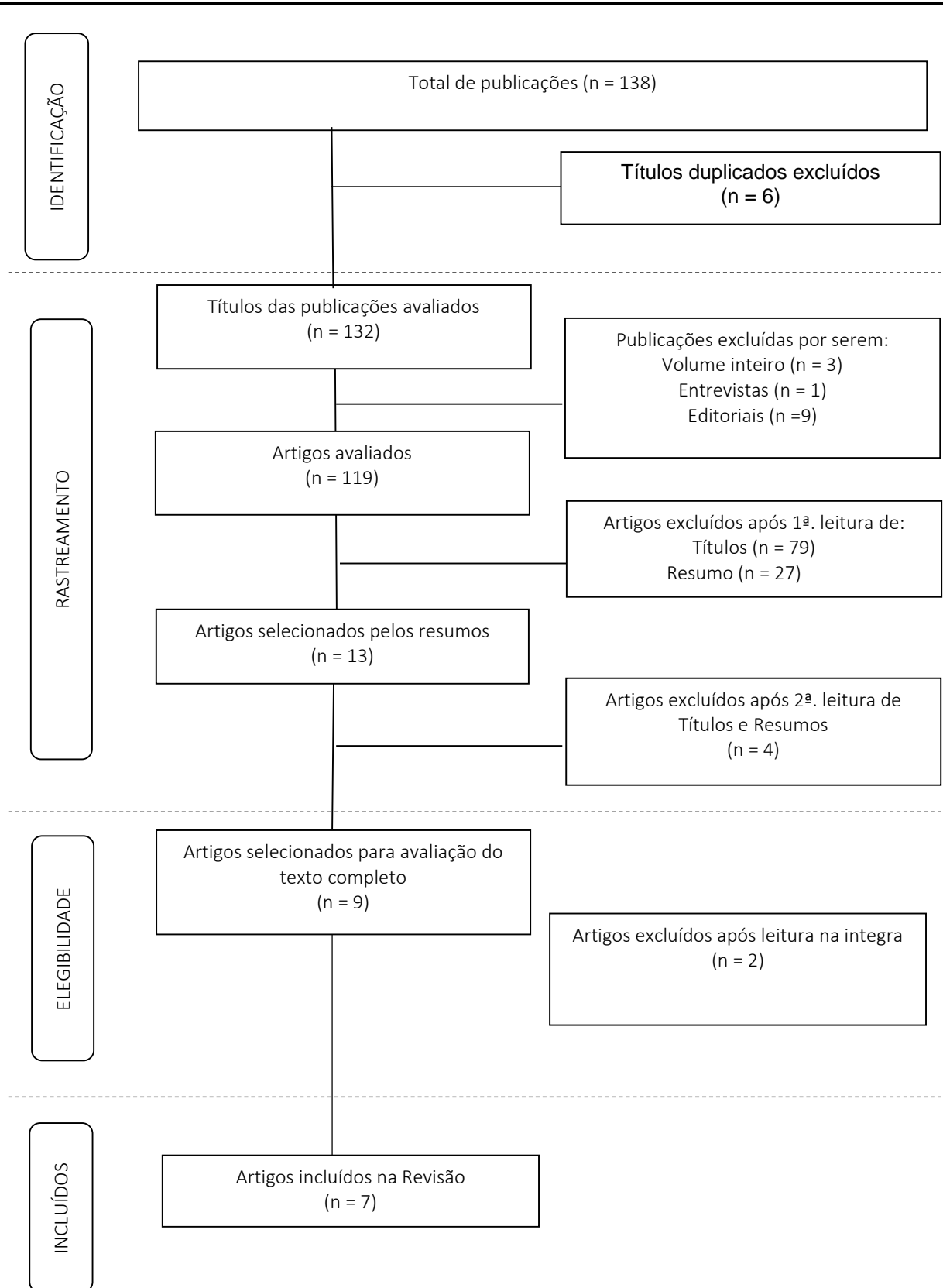


Figura 1. Fluxograma PRISMA sobre o processo de seleção dos artigos incluídos na revisão; março, 2023.  
Fonte: elaboração dos autores.

## Resultados

Os artigos incluídos na revisão estão apresentados no quadro síntese.

Quadro 3: Síntese dos artigos incluídos. julho, 2023.

<b>Autores/ano</b>	<b>Título</b>	<b>Local de publicação</b>	<b>Objetivo do Artigo</b>	<b>Método</b>	<b>Principais Considerações</b>
Battesini, Marcelo; Andrade, Carla Lourenço Tavares de; Seta, Marismary Horsth De. /2017	Financiamento federal da Vigilância Sanitária no Brasil de 2005 a 2012: análise da distribuição dos recursos	Ciênc. Saúde Colet.	Apresentar uma análise do financiamento federal das ações de Vigilância Sanitária e do seu potencial distributivo, no que concerne aos repasses programados, de 2005 a 2012	Estudo descritivo, que adotou uma abordagem mista e teve como procedimentos de coleta a pesquisa bibliográfica e documental, além da análise de dados secundários. O estudo teve abrangência nacional e considerou todos os municípios brasileiros, os 26 estados e o Distrito Federal.	Apresentou a análise do financiamento federal das ações de Vigilância Sanitária entre 2005-2012, o que por si é relevante e inédito. No que concerne à Vigilância Sanitária, buscou lançar luzes sobre os repasses programados para os serviços estaduais e municipais e problematizar a sua distribuição, apesar da escassez de literatura existente. A política de distribuição de recursos federais demonstrou: aumento nominal dos repasses, com tendência de manutenção dos valores per capita corrigidos, a se estabilizar em torno do valor médio de R\$ 1,25/hab/ano, com grandes variações entre regiões do país e territórios estaduais.
Vieira, Fabiola Sulpino.	Health financing in Brazil and the goals of the 2030 Agenda: high risk of failure / O financiamento da saúde no Brasil e as metas da Agenda 2030: alto risco de insucesso	Rev. saúde pública (Online)	Examinar o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) de 2010 a 2019 e analisar as tendências recentes da alocação de recursos federais para grandes áreas de atuação do sistema, bem como a possibilidade de alcance das metas do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3 da Agenda 2030.	Dados da execução orçamentário-financeira dos entes da Federação foram obtidos. As transferências do Ministério da Saúde (MS) para as secretarias municipais e estaduais e suas aplicações diretas foram identificadas segundo grandes áreas finalísticas do SUS e áreas-meio. Estatísticas descritivas básicas,	O gasto público per capita com saúde aumentou entre 2010 e 2018. Contudo, em relação a 2014, teve redução de 3% em 2018. Constatou-se deslocamento da alocação de recursos federais em prejuízo das transferências aos estados (-21%). Também se observaram perdas da vigilância em saúde em favor da atenção básica e da assistência farmacêutica. No caso da atenção básica, o aumento do gasto veio atrelado a mudanças na política e à ampliação dos recursos alocados por emendas parlamentares. Já no caso da assistência farmacêutica, o

				gráficos e tabelas foram utilizados para a análise da execução das despesas por essas áreas.	aumento se deu pela incorporação de novos medicamentos, incluindo vacinas, pela judicialização, pelo aumento dos gastos com hemoderivados e pela centralização, no MS, da compra de itens de alto impacto orçamentário.
Jackson, Brian R. /2007	Managing laboratory test use: principles and tools. / Gerenciando o uso de exames laboratoriais: princípios e ferramentas.	Clin Lab Med.	Discute a teoria e aplicação do gerenciamento do uso de testes laboratoriais, para garantir que os testes sejam clinicamente otimizados	Revisão de corpo de literatura demonstrando que a tomada de decisão do médico pode ser melhorada de forma acessível, desde que as intervenções sejam baseadas em uma compreensão da estrutura conceitual em que os testes são solicitados e, particularmente, quando vários fatores comportamentais são abordados simultaneamente	Para que os testes de laboratório atinjam seu potencial de suporte de alta qualidade para cuidados com os pacientes, os testes devem ser usados de formas científica e medicamente apropriadas. Mudanças tecnológicas rápidas, juntamente a uma miríade de pressões clínicas torna irreal para os médicos manterem-se atualizados sobre as indicações para todos os testes disponíveis. Laboratórios e patologistas clínicos podem melhorar o atendimento ao paciente, monitorando o uso dos testes laboratoriais e acesso às informações que eles proporcionam.
Andréa, Salete Curci Barroca de. /2004	Retrato do estado do Rio de Janeiro na ótica do laboratório	Fiocruz	Estimar a produção de exames de patologia clínica dos serviços de laboratório do SUS, no estado do Rio de Janeiro, em 2000, e delinear um instrumento de gestão para estes serviços.	Pesquisa sobre a produção de exames ambulatoriais de patologia clínica de Média Complexidade do primeiro nível de referência (EPM1), os quais fazem parte do elenco de procedimentos selecionados, por terem sido financiados pelo Sistema Único de Saúde e realizados no Estado do Rio de Janeiro no ano de 2000. A unidade geográfica de análise abarca os	Os principais produtos deste estudo foram: (i) seleção de um conjunto básico de parâmetros capaz de fornecer informações essenciais sobre a rede de serviços; (ii) identificação de 'alertas' para diagnóstico da situação dos serviços de laboratórios clínicos; (iii) desenho de um modelo de instrumento que conjuga parâmetros que podem ser utilizados e traduzidos de forma simples para a avaliação da situação dos laboratórios clínicos. A utilização de parâmetros estabelecidos e a construção de 'alertas' indicadores de problemas foram objeto de análise crítica quanto a suas limitações.

				municípios do Estado.	
<p>Maria Glória Teixeira, Maria da Conceição Nascimento Costa, Eduardo Hage Carmo, Wanderson Kleber de Oliveira, Gerson Oliveira Penna</p>	<p>Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas</p>	<p>Ciênc. saúde colet.</p>	<p>Analisa o processo de construção da Vigilância Sanitária (VS) no Brasil abordando o contexto político e organizacional deste componente do SUS.</p>	<p>Revisão de literatura</p>	<p>As tecnologias (medicamentos, equipamentos, técnicas e procedimentos) tiveram sua incorporação e descentralização de modo desigual entre a assistência e a VS, gerando atraso na ampliação das capacidades do SUS no campo da promoção da saúde, vigilância, controle de doenças e respostas às emergências em saúde pública. Ao longo da trajetória da Vigilância em Saúde, seus objetos de estudo e intervenção vêm se ampliando, fortalecendo a integração entre as diversas áreas da vigilância, aumentando sua capacidade de predição e intervenção. Evoluiu-se da vigilância das pessoas para a das doenças e agora para a de riscos à saúde, embora não se tenha alcançado o patamar desejado, ou seja, a VS emancipatória.</p>
<p>Fortes, Paulo Antonio de Carvalho. In. De Seta, Marismary Horsth; Pepe, Vera Lucia Edais; Oliveira, Gisele O'Dwyer de.</p>	<p>Vigilância sanitária, ética e construção da cidadania / Health surveillance, ethics and construction of the citizenship</p>	<p>Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer.</p>	<p>Analisa a vinculação da ética às práticas de saúde pública, especificamente à vigilância sanitária.</p>	<p>Revisão de literatura</p>	<p>O texto aborda a alocação de recursos em ações de vigilância sanitária, abordando o princípio da equidade e o papel ético das políticas públicas de vigilância e que o cidadão é um sujeito de direitos, não meramente um consumidor da saúde.</p>

De Seta, Marismary Horsth; Silva, José Agenor Álvares da.	A gestão da vigilância sanitária / The management of the health surveillance	Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer.	Discute a gestão da Visa, as ações do gestor público nesse contexto, alocação de recursos para a vigilância sanitária e a regulamentação de repasses para as ações de vigilância.	Revisão de literatura	Afirma a necessidade de inserir a Vigilância Sanitária nas prioridades de SUS e na agenda política da saúde e na construção federativa no campo de assistência à saúde. Discute a alocação de recursos para as ações de vigilância, as estratégias para o desenvolvimento da capacidade de gestão e para o aumento da governabilidade das esferas estadual e municipal de Visa.
---	--	--	---	-----------------------	---

Ao observar a pergunta de pesquisa “o que a literatura científica descreve sobre da alocação de recursos públicos para os sistemas de laboratório de análises clínicas do SUS?” e correlacionar os resultados da busca com as categorias desse estudo, foi possível realizar a classificação cada resultado da pesquisa em categorias.

Para esse estudo, temos 3 categorias: “alocação de recursos”, “laboratórios de análises clínicas” e SUS. Os artigos classificados estão apresentados no Quadro 4.

Quadro 4: Classificação dos estudos a partir das categorias de análise, julho, 2023.

Artigo	Alocação de Recursos	Laboratórios de Análises Clínicas	SUS
Financiamento federal da Vigilância Sanitária no Brasil de 2005 a 2012: análise da distribuição dos recursos	Sim	Não	Sim
O financiamento da saúde no Brasil e as metas da Agenda 2030: alto risco de insucesso	Sim	Não	Sim
Gerenciando o uso de exames laboratoriais: princípios e ferramentas.	Não	Sim	Não
Retrato do estado do Rio de Janeiro na ótica do laboratório	Sim	Sim	Sim

Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas	Sim	Não	Sim
Vigilância sanitária, ética e construção da cidadania	Sim	Não	Sim
A gestão da vigilância sanitária	Sim	Não	Sim

Apenas um dos artigos resultantes do processo de pesquisa apresentou dados das três categorias: "Retrato do estado do Rio de Janeiro na ótica do laboratório". Todos os outros 6 artigos não abordaram as três categorias simultaneamente, apenas 2 delas.

## **Discussão**

Os artigos trouxeram um debate amplo sobre vigilância em saúde, alocação de recursos, Sistema Único de Saúde e, alguns sobre análises clínicas. Desde a criação do SUS a necessidade de estabelecer prioridades para a distribuição de recursos de saúde está baseada no pressuposto de que as necessidades são crescentes, mais amplas do que as possibilidades de recursos financeiros, humanos e materiais existentes; e o gestor público deve atender o princípio da universalidade de acesso à saúde garantindo, concomitantemente, o princípio da equidade, uma vez que a população é diversa e heterogênea e, dessa forma, não tem acesso, de maneira igualitária, ao acesso à saúde. A vigilância sanitária é, portanto, instrumento de construção da cidadania<sup>13</sup>.

Como instrumento que é, a vigilância em saúde no SUS tem sido um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de políticas públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde<sup>6</sup>.

Ainda assim, a implementação das ferramentas tecnológicas (medicamentos, equipamentos, técnicas e procedimentos) tem a incorporação e descentralização de

modo desigual entre a assistência e a vigilância em saúde, causando defasagem na ampliação das capacidades do SUS no campo da promoção da saúde, vigilância, controle de doenças e respostas às necessidades em saúde. Apesar dos avanços nos últimos anos, os gastos com as ações de vigilância em saúde ainda ficam muito aquém das reais necessidades. Isso é devido, em parte, à nova modalidade de repasse de recursos, a partir da Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, que não especifica nem exige um teto mínimo para as ações de vigilância em saúde. Como resultado, a vigilância em saúde corre o risco de se tornar invisível frente à atenção hospitalar, que consome maiores parcelas dos recursos do SUS<sup>6</sup>.

A descentralização é princípio fundamental do SUS e, também, um dos seus maiores desafios. No caso da vigilância sanitária, a descentralização é um processo que vem sendo implementado desde a década de 1990 e é essencial para melhorar a saúde da população brasileira, uma vez que seu objetivo é melhorar o acesso da população aos serviços de saúde, incluindo o diagnóstico laboratorial. No entanto, é importante enfrentar os desafios que estão impedindo esse processo, como a falta de recursos, a falta de capacitação e a falta de vontade política. A ANVISA tem desempenhado papel importante nessa descentralização, fornecendo recursos, capacitação e apoio técnico aos estados e municípios.

O Ministério da Saúde (MS) regulamentou o repasse de recursos federais para os estados, Distrito Federal e municípios em 1996, por meio da NOB/SUS 01/96. Essa norma definiu o Programa de Atenção Básica (PAB) como o instrumento de financiamento das ações básicas de saúde, incluindo as ações de vigilância sanitária. Em 2000, o MS regulamentou o financiamento das ações de média e alta complexidade em vigilância sanitária, por meio do Termo de Ajuste e Metas (TAM). Essa norma definiu critérios para a transferência de recursos fundo a fundo para os estados, Distrito Federal e municípios<sup>20,21</sup>.

A Vigilância Sanitária procura ter a visão geral da saúde como um todo e, portanto, não foca suas atenções em operações individuais ou custo unitário de procedimentos.

Nesse caso, o foco da ANVISA são os custos operacionais das ações de saúde coletivas, as quais garantam o controle de riscos sanitários. A ação da ANVISA é, portanto, regulamentadora das transferências de recursos fundo a fundo para a média e alta complexidade, executadas por Estados, Distrito Federal e municípios, estabelecendo seus critérios. Adicionalmente, para serem aptos a receber estes recursos, os estados e municípios devem estar habilitados dentro da gestão descrita na NOB/SUS 01/96<sup>20</sup>. A realização das ações de Vigilância Sanitária depende fortemente da política de financiamento federal, que é indutora da sua descentralização<sup>7</sup>, melhorando a eficiência e efetividade dos serviços prestados. Evidenciou-se, também, que o valor per capita para ações de Vigilância Sanitária tem aumentado ao longo dos anos, e o número de municípios que pactuaram a realização de ações estratégicas também tem aumentado; com manutenção em torno do valor médio de R\$ 1,25/hab/ano; o aumento no número de municípios que pactuaram a realização de ações estratégicas; e uma tendência de estabilização nos percentuais atinentes a cada ente federado em torno de 50% aos Municípios, 25% aos entes federados Estado e 20% aos Laboratórios Centrais de Saúde Pública<sup>7</sup>.

O financiamento do SUS também é uma preocupação da Agenda 2030, que é um compromisso global para o desenvolvimento sustentável, da qual o Brasil é signatário. A Agenda 2030 é uma declaração que traduz o compromisso assumido pelos 193 Estados Membros da Organização das Nações Unidas (ONU), em 2015, para o alcance de um conjunto de 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que se desdobram em 169 metas, visando à promoção da prosperidade e do bem-estar das populações de forma sustentável em todo o mundo<sup>8</sup>.

Especificamente para o campo da saúde, o “ODS 3 – Saúde e Bem-Estar” é composto por 13 metas globais as quais o Brasil se comprometeu a atingir, mas o financiamento do SUS tem sido uma preocupação. A crise econômica de 2014 comprometeu as finanças dos entes federados, particularmente da União e dos estados, com impactos sobre a destinação de recursos para a saúde. O governo federal



respondeu à crise com uma política de austeridade fiscal, resultando em expressiva limitação à ampliação do financiamento do SUS e em cortes de gastos com outras políticas públicas<sup>8,16,17,18,19</sup>.

A meta 3c do ODS 3 foi readequada para "aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento, formação e retenção do pessoal de saúde, especialmente nos territórios mais vulneráveis". No entanto, nenhuma alteração da redação da meta global foi feita em relação ao financiamento da saúde, e nenhum indicador foi definido para acompanhar a alocação de recursos para o SUS<sup>8</sup>.

Esta situação é preocupante, pois o SUS é um sistema de saúde universal e gratuito que atende a 80% da população brasileira. O financiamento do SUS é essencial para garantir o acesso da população aos serviços de saúde de qualidade. A falta de financiamento pode levar ao colapso do SUS e ao aumento da vulnerabilidade da população brasileira às doenças.

Adicionalmente, a Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC 95) impõe restrição importante ao financiamento do SUS. Até recentemente, essa medida foi considerada a grande investida contra a efetivação do direito à saúde no Brasil, mas as ameaças se tornaram mais graves com uma possível eliminação da obrigatoriedade de gasto mínimo em saúde pelas esferas de governo e com a Proposta de Emenda à Constituição nº 188, cujo objetivo é que o gasto adicional em saúde ou em educação para além do piso de cada área possa ser descontado da outra, para fins de apuração das aplicações mínimas<sup>8</sup>.

Em comparação a outros países com sistemas universais de saúde, o Brasil já tem um baixo gasto público em saúde e, graças a EC 95, o gasto público per capita em saúde do Brasil tem diminuído nos últimos anos. A EC 95 também dificulta que os estados e municípios aumentem seus gastos em saúde. Isso ocorre porque a emenda limita os estados e municípios a aumentarem seus gastos em saúde acima da inflação.

A EC 95 também está afetando a capacidade do SUS de fornecer cuidados de saúde de qualidade. Isso ocorre porque a emenda está impedindo o SUS de investir em infraestrutura, equipamentos e profissionais de saúde.

A atenção laboratorial também está contida no Elenco de Procedimentos do Primeiro Nível de Média Complexidade. A área de patologia clínica reproduz uma série de problemas discutidos na organização dos serviços de Média Complexidade, dentre os quais se destacam: relação da oferta e demanda distorcida; dificuldades na conformação de redes assistenciais regionalizadas e resolutivas; alocação de recursos financeiros vinculados à produção de serviços, mantendo desigualdades distributivas<sup>11</sup>.

Especificamente sobre os repasses para a média e alta complexidade (MAC), notou-se que eles foram mais afetados pela crise econômica e pelos contingenciamentos de pagamento de despesas do MS entre 2014 e 2016. Na aplicação direta do Ministério da Saúde, a queda da execução a partir de 2014 pode ser explicada em parte pela diminuição dos recursos repassados aos hospitais universitários no âmbito do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais, que foi da ordem de R\$ 630,3 milhões, em 2014, em valores constantes, e sem nenhum repasse em 2019 para o pagamento de despesas correntes. As ações e os serviços de MAC são fundamentais para assegurar a integralidade do cuidado no SUS, e estes dois níveis de complexidade são frequentemente apontados como gargalos do sistema. Assim, preocupa a baixa prioridade que tiveram nos últimos anos<sup>8</sup>.

Parte robusta do sucesso dessas metas está na alocação de recursos para os exames laboratoriais, uma vez que eles são etapa fundamental na jornada do paciente, seu tratamento e desfecho clínico. Isso significa que um teste de laboratório é benéfico ao levar a uma mudança na saúde do paciente, como uma mudança em seus sintomas, tratamento ou prognóstico.

No entanto, muitos testes laboratoriais não são usados com base nas escolhas e tomadas de decisão com saúde baseada em evidências. Isso ocorre porque a rápida

mudança tecnológica e inúmeras pressões clínicas tornam irreal para os médicos, farmacêuticos, biomédicos, biólogos e todos os profissionais de saúde envolvidos no processo, manterem-se atualizados sobre as indicações de todos os testes disponíveis, o que pode levar a exames laboratoriais sendo solicitados, gerando custos e riscos desnecessários<sup>9</sup>.

Isso significa que os laboratórios devem rastrear quais testes estão sendo solicitados e com que frequência, e então usar essas informações para qualificar os profissionais de saúde sobre o uso apropriado dos testes. Os laboratórios também devem avançar na comunicação em saúde e nas referências com as equipes para facilitar a solicitação de exames de maneira eficiente e eficaz. Por fim, os laboratórios devem trabalhar com os formuladores de políticas para garantir que haja diretrizes claras para o uso de testes laboratoriais.

Os laboratórios clínicos devem ser inseridos em um processo de planejamento global do conjunto de ações e serviços de saúde, que seja orientado pelos princípios e diretrizes do SUS, na medida em que os procedimentos de patologia clínica do Elenco de Procedimento de Média Complexidade do Nível 1 (EPM1) estão associados a um aumento da resolubilidade e da qualidade das ações prioritárias na atenção básica, sendo: o controle de tuberculose, da hipertensão e do diabetes mellitus, a eliminação da hanseníase assim como as ações de saúde da criança e da mulher. A indicação de procedimentos laboratoriais nessas ações programáticas é o que torna possível definir um diagnóstico, bem como fazer o acompanhamento e/ou o suporte terapêutico dos mesmos. Portanto, acredita-se que, através da garantia de acesso da população a serviços de laboratórios clínicos de qualidade, as ações de saúde poderão ser mais resolutivas<sup>11</sup>.

## **Conclusão**

O benefício de um teste de laboratório não é definido por sua precisão ou mesmo por sua correlação com um estado de doença. Em vez disso, o benefício é definido

pela melhoria no estado de saúde do paciente, ficando claro que a garantia de acesso da população a serviços de laboratórios clínicos de qualidade pode contribuir para ações de saúde mais resolutivas. Adicionalmente, os procedimentos de patologia clínica do EPM1 estão associados a um aumento da resolubilidade e da qualidade das ações prioritárias na atenção básica.

Portanto, os laboratórios clínicos devem ser inseridos em um processo de planejamento global do conjunto de ações e serviços de saúde, que seja orientado pelos princípios e diretrizes do SUS, sendo necessário tornar mais preciso o conceito de equidade no financiamento no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e ampliar a discussão sobre os critérios de alocação atualmente utilizados.

Para além dos critérios de alocação, é necessário rever a política de austeridade fiscal e aumentar o financiamento do SUS, já que a Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC 95) congela o gasto federal em saúde por 20 anos. Isso significa que o SUS terá menos recursos para atender às necessidades da população brasileira, incluindo as ações de diagnóstico laboratorial.

1. Santos Ana Rosa dos. A rede laboratorial de Saúde Pública e o SUS. Inf. Epidemiol. Sus [Internet]. 1997 Jun [citado 2022 Nov 20] ; 6( 2 ): 7-14. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-16731997000200002&lng=pt](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731997000200002&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16731997000200002>.
2. RW; F. Why is the laboratory an afterthought for managed care organizations? [Internet]. Clinical chemistry. U.S. National Library of Medicine; 1996 [citado 14 de novembro de 2022];. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8653920/>
3. Guimarães AC, Wolfart M, Leão Brisolara ML, Dani C. O Laboratório Clínico e os Erros Pré-Analíticos. Clin Biomed Res [Internet]. 14º de abril de 2011 [citado 14 de novembro de 2022];31(1). Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/13899>

4. Dal K, Mendes S, Cristina De Campos R, Silveira P, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Context - Enferm* [Internet]. Dezembro de 2008 [citado 13 de março de 2023];17(4):758–64. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?lang=pt>
5. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Integrative Review: Concepts And Methods Used In Nursing. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Internet]. Abril de 2014 [citado 13 de março de 2023];48(2):335–45. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000200335](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000200335)
6. De Seta MH, Silva JAÁ da. A gestão da vigilância sanitária. 2006;195–217.
7. Battesini M, Andrade CLT de, Seta MHD. Financiamento federal da Vigilância Sanitária no Brasil de 2005 a 2012: análise da distribuição dos recursos. *Ciênc saúde coletiva*. outubro de 2017;22(10):3295–306.
8. Vieira FS. Health financing in Brazil and the goals of the 2030 Agenda: high risk of failure. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2020;54. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102020000100304&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102020000100304&lang=pt)
9. Jackson BR. Managing laboratory test use: principles and tools. *Clin Lab Med*. outubro de 2007;27(4):733–48, v.
10. Manual de apoio aos gestores do SUS: organização da rede de laboratórios clínicos. Brasília, DF: Editora MS; 2002.
11. Andréa SCB de. Retrato do estado do Rio de Janeiro na ótica do laboratório. 2004;282–282.
12. Teixeira MG, Costa M da CN, Carmo EH, Oliveira WK de, Penna GO. Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas. *Ciênc saúde coletiva*. junho de 2018;23(6):1811–8.
13. Fortes PA de C. Vigilância sanitária, ética e construção da cidadania. 2006;61–9.
14. Brasil. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2017; 28 dez.
15. BRASIL. Emenda Constitucional. n. 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime

- Fiscal, e dar outras providências. Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2016
16. Mendonça, MAA. Finanças públicas. Carta Conjuntura. 2016;(32):1-21. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6911/5/cc32\\_financas\\_publicas.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6911/5/cc32_financas_publicas.pdf)
  17. Vieira FS, Piola SF, Benevides RPS. Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil: resultados e argumentos a seu favor. Brasília, DF: Ipea; 2019. (Texto para Discussão, 2516). Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9428/1/td\\_2516.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9428/1/td_2516.pdf)
  18. Vieira FS, Benevides RPS. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Brasília, DF: Ipea; 2016 [citado 21 fev 2020]. (Nota Técnica, 28). Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7270/1/NT\\_n28\\_Disoc.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7270/1/NT_n28_Disoc.pdf)
  19. Funcia FR, Ocke-Reis CO. Efeitos da política de austeridade fiscal sobre o gasto público federal em saúde. In: Rossi P, Dweck E, Oliveira ALM, organizadores. Economia para poucos: impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil. São Paulo: Autonomia Literária; 2018. p.83-97.
  20. Para entender a gestão do SUS. 20a. ed. Brasília: CONASS; 2003.00
  21. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB - SUS 01/96. Diário Oficial da União, Brasília, v.84, n.216, p.22932, 6 nov. 1996. Seção 1