



ANÁLISE RECI COMO FERRAMENTA DE CONTROLE INTERNO NA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

THE RECI ANALYSIS AS AN INTERNAL CONTROL TOOL IN THE MANAGEMENT OF THE UNIQUE HEALTH SYSTEM

Ângela Paiva da Silva Schmitz, UFSM, apss@via-rs.net ; Angelica Guerra de Souza, UFSM,
angelica.de.sousa@hotmail.com; Fernando do Nascimento Lock, UFSM,
fernandolock@hotmail.com

RESUMO

Este trabalho realiza um exame técnico da estrutura de gestão da Estratégia de Saúde da Família no município de Santa Maria, utilizando uma das ferramentas de controle do Tribunal de Contas da União, a análise RECI. O artigo tem como enfoque a estratégia de gestão em relação ao Diabetes *Mellitus* proposta pelo Ministério da Saúde. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa realizada mediante entrevistas com a gestão municipal e equipe da Estratégia de Saúde da Família. Dessa forma, foi possível observar oportunidades de melhorias tanto na gestão central como na gestão da equipe, em busca das metas propostas pelo Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Gestão do SUS, Estratégia de Saúde da Família, Análise RECI

ABSTRACT

This work realizes a technical examination of the Family Health Strategy's management structure in Santa Maria, using one of the Union Court Accounts' control tools, the RECI analysis. The article focus on the management strategy for Diabetes Mellitus proposed by the Brazilian Ministry of Health. It's is, in fact, a research with qualitative approach realized through interviews with city's gestion and Family Health Strategy's team. This way was possible to observe improvement's opportunities in both central and team management in pursuit of the goals proposed by the Brazilian Ministry of Health.

Keywords: *Unique Health System 's; Management, Family Health Strategy, RECI Analysis*



1. Introdução

A Constituição Federal de 1988 determinou uma nova lógica organizacional ao criar o Sistema único de Saúde (SUS), quando a saúde passou a ser direito do cidadão e dever do Estado. Houve descentralização da gestão dos serviços com comando único em cada esfera de governo, cabendo aos municípios o papel da gestão do sistema de saúde em seu território e a responsabilidade pela Atenção Básica (AB) (SOLLA, 2010). Com a reforma sanitária e a implantação do SUS, foram criadas novas demandas assistenciais, intersetoriais e gerenciais, evidenciando o significado estratégico da gestão para a consolidação das políticas do SUS e para a organização dos processos de trabalho dos profissionais da saúde com a finalidade de atender às necessidades da população (FERREIRA, 2012). A partir de então, os municípios vêm ganhando autonomia e, ao mesmo tempo, responsabilidades para com a obtenção/manutenção de condições dignas de acesso à saúde aos munícipes. Compete à instância municipal o planejamento, a organização, o controle e a avaliação das ações e dos serviços de saúde, bem como a gerência e a execução dos serviços públicos de saúde (BRASIL, 1990a). O estudo do processo de trabalho mostra-se pertinente em todos os cenários, quer seja na administração, na política, na economia, na educação e especialmente no âmbito da saúde para avaliação e/ou intervenção nas práticas gerenciais. Neste estudo a referência é direcionada à gestão, que é definida como “a responsabilidade de dirigir um sistema da saúde (municipal, estadual ou nacional) mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, controle, avaliação e auditoria” (BRASIL, 1996, p.3).

O presente estudo busca realizar uma análise da organização da gestão do programa Estratégia de Saúde da Família (ESF) em relação ao Diabetes *Mellitus* (DM), sob ótica da análise RECI. Através desta técnica de controle pretende-se evidenciar os responsáveis pelas decisões, os executores das ações e serviços, quem é consultado antes da implantação das ações e quem é informado sobre as ações implementadas, de acordo com o que propõe o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022 do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL MS, 2011).

A justificativa deste estudo firma-se no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das (DCNT) no Brasil de 2011-2022 MS, cuja meta é reduzir em 2% ao ano a mortalidade no período por conta das DCNT - estando entre as patologias o DM. Para tanto,



foi estabelecido compromisso de gestão nos três eixos estratégicos: monitoramento, promoção da saúde e cuidado integral. A técnica de análise através da Matriz RECI embasou-se na prerrogativa de que o Tribunal de Contas da União (TCU), ao cumprir suas funções em benefício da sociedade, tem avaliado a implementação das políticas públicas propostas pelo Ministério da Saúde a nível da AB, mais especificamente em relação às doenças crônicas, utilizando-se das técnicas de análise de controle interno (BRASIL, Portal TCU).

Este estudo é composto por quatro partes; a primeira aborda princípios do TCU e embasamento de sua utilização no SUS, além dos fundamentos da análise RECI e sua forma de aplicação. Em seguida enfatiza-se a estrutura da AB, evidenciando a ESF. Após, apresenta-se o contexto das doenças crônicas, dando prioridade ao DM no Brasil e à política pública proposta pelo governo. Também discute-se o DM na ótica das especialidades médicas, suas principais complicações, fatores de risco, índices de mortalidade e morbidade. Por fim, é realizada uma leitura da situação do ESF do município de Santa Maria em relação ao DM, através da Análise RECI.

2 Análise RECI como ferramenta de controle

A atuação do Controle Interno está prevista na Constituição Federal de 1988, sendo que seus artigos 70 e 74 visam garantir que os objetivos da administração pública sejam cumpridos, não apenas em relação à transparência na aplicação dos recursos, mas também na detecção preventiva e correção de irregularidades (BRASIL, 1988). Atualmente, o TCU, juntamente com as demais instituições responsáveis pelas boas práticas na gestão pública, busca oferecer recomendações que venham garantir o bom desempenho, a continuidade e a evolução das políticas públicas e programas de governo (BRASIL, Portaria-TCU n 160, 2011). Neste contexto, o TCU realizou, em coordenação com outros 29 Tribunais de Contas dos Estados e dos Municípios, uma Auditoria Operacional, que teve por objetivo a avaliação da qualidade dos serviços de atenção básica à saúde prestados no âmbito do SUS. Os resultados desta análise representam ferramentas estratégicas para o aperfeiçoamento da gestão desses serviços, oferecendo diagnóstico sobre a infraestrutura, o acesso, o atendimento e a resolutividade da atenção primária. Os propósitos do TCU, as necessidades e carências da sociedade brasileira em relação às ações e serviços de saúde e o elevado nível de responsabilidade exigido dos gestores resumem-se no exposto a seguir:



Na atual circunstância, a administração pública é profundamente estigmatizada pela ausência de recursos e por exigências cada vez mais amplas da sociedade, refletindo, nos administradores públicos, uma elevada preocupação relacionada aos aspectos que tangem à existência de um controle mais eficiente nas entidades cuja administração é de sua responsabilidade (CALIXTO, 2005).

O Tribunal de Contas da União, cuja atribuição principal é fiscalizar órgãos públicos, dispõe de técnicas de auditoria a serem utilizadas com a finalidade de avaliar os níveis de eficiência, eficácia e efetividade das ações e serviços prestados, em especial, nas áreas de maior interesse e impacto social. Desta forma, o TCU busca apresentar não apenas aos gestores públicos, mas também aos vários profissionais envolvidos, especialistas e principalmente à sociedade uma visão técnica da situação avaliada que venha a contribuir para que o governo e a sociedade alcancem soluções adequadas no aprimoramento das políticas públicas de saúde, em benefício da população brasileira.

Há dois tipos de controle, o controle externo, realizado por agentes que não pertencem ao órgão ou ente objeto do controle, e o controle interno, que é exercido por agentes do próprio órgão controlado (BRASIL, Portal TCU).

Considerando a responsabilidade que cabe ao administrador público - tanto em relação aos atos por ele praticados, quanto aos delegados a terceiros - a gestão deve empenhar-se para garantir a realização de um sistema de controle interno seguro, garantindo os direitos do cidadão e comprometendo-se a fim de tornar o setor público mais eficiente e ético. O controle auxilia o administrador público, pois sua atuação garante a realização das ações e serviços de forma mais eficiente, busca evitar desperdícios e irregularidades na utilização dos recursos públicos, preza pela qualidade, transparência e, particularmente, pela probidade administrativa (BRASIL, Portal TCU).

A análise RECI é uma técnica de controle que pode ser aplicada a um pequeno grupo, a um departamento ou até a uma organização, e deve ser realizada através de entrevistas ou *workshops* com os gestores. Através desta técnica determina-se quem é **R**esponsável, quem **E**xecuta a ação, quem será **C**omunicado e quem deve ser **I**nformado sobre a ação. Possibilita identificar o **R**esponsável pelas ações e serviços ou pelo programa a ser implantado. O Responsável é quem tem poder de veto e também arca com o ônus em caso de insucesso. O Executor é quem desenvolve ou implementa a atividade. O Comunicado é quem será



consultado antes que as ações sejam implementadas. O Informado é quem receberá a informação após a ação ser implementada.

A análise RECI pode ser empregada para: aumentar a produtividade através da definição clara de responsabilidades; reduzir o retrabalho e com isso liberar recursos e aumentar a capacidade de trabalho; reavaliar a estrutura organizacional e, se necessário, reduzir níveis hierárquicos; definir uma nova estrutura e até mesmo compreender o impacto político e psicológico causado por uma mudança organizacional. Portanto, a análise RECI é uma ferramenta cuja aplicação pode contribuir para aumentar a economia e também incrementar os níveis de eficiência e eficácia de uma instituição, departamento ou programa. Pode ser utilizada isolada ou de forma complementar a outras técnicas diagnósticas.

A análise RECI produz uma matriz inicial que representa a estrutura existente na organização avaliada, podendo também ser realizada uma outra matriz com a nova estrutura organizacional. A participação dos gestores durante todo o processo de preenchimento da matriz é a garantia de que a mesma reflita a realidade da instituição e a viabilidade da proposta e aceitação do resultado final. A montagem da matriz pode ser realizada através de *workshops* ou entrevistas, envolvendo o pessoal da instituição, que define o passo a passo das dimensões da matriz.

Os processos para a elaboração da matriz RECI são identificar as principais atividades e decisões na área a ser estudada e relacioná-las na primeira coluna à esquerda da matriz RECI (eixo “y”). Deve-se listar os agentes envolvidos em cada atividade, preenchendo o eixo “x” da matriz. Os representantes das atividades (eixo “y”) e representantes dos agentes ou órgãos (eixo “x”) listados na matriz indicam a distribuição das iniciais RECI. Mesmo havendo ambiguidades ou aspectos confusos, a matriz não deve ser influenciada por agentes externos ao órgão ou setor avaliado. A elaboração da matriz leva à reflexão sobre novos papéis e responsabilidades e também é o momento de reavaliar as habilidades e competências dos agentes em relação às atribuições propostas.

Após elaborada, procede-se à revisão da matriz, sob dois aspectos. No primeiro aspecto, a Análise Horizontal irá evidenciar os riscos de alguma atividade ou programa não ser implementada se houver ausência de **R** ou **E** ou mesmo riscos de determinada atividade sofrer influência de agentes desnecessários se houver excesso de **C** ou **I**. Quanto à Análise Vertical, a presença de muitos **R**'s em um único agente significa provável sobrecarga,



podendo interferir no acompanhamento das atividades - já a presença de muitos **E** no mesmo agente pode comprometer a realização das atividades. Agente que não apresente **R** ou **E** pode ser alocado para outro programa.

Concluídas as análises, pode-se desenvolver nova Matriz RECI, ajustando os agentes conforme suas habilidades e competências, realocando agentes ou até mesmo reduzindo níveis organizacionais. A Matriz ideal deve conter um responsável para cada atividade e priorizar a redução de **Cs** e **Is**.

Através desta análise, pode-se visualizar a participação de cada agente ou departamento, bem como definir as relações entre os envolvidos e também conhecer a distribuição do poder (BRASIL, TCU 2001).

3 A Estratégia de Saúde da Família e a Atenção Básica

A Constituição da República de 1988 estabelece, em seu artigo 196, que “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 agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.” Logo após, o artigo 2º da Lei 8080, Lei Orgânica da Saúde, de 19 de setembro de 1990, estatui que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. A Constituição, ao definir que o SUS é um sistema integrado, organizado em rede regionalizada e hierarquizada, definiu o modelo de atenção à saúde e a sua forma de organização. O decreto 7.508 de 28 de junho de 2011 regulamenta a Lei Federal 8.080/90 ao enfatizar a priorização da Atenção Básica preventiva em todos os municípios, assim como a regionalização e hierarquização das redes de serviços.

No intuito de fortalecer os vínculos com a população e visando integrar profissionais e comunidade na busca de maior atuação e atenção aos usuários, foi criada pelo Ministério da Saúde, em 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF). Ela vem estruturar os sistemas municipais de saúde pública, e tem a finalidade de reordenar o modelo de atenção no Sistema Único de Saúde (BRASIL MS, 2004). A portaria 2.488 de 2011 caracteriza Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde. Apresenta como objetivo desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e



nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades e tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica.

Dentre as inúmeras atribuições dos profissionais da ESF estão as ações educativas, que fazem destes agentes de mudanças individuais e coletivas no contexto biopsicossocial de atenção à família. Fica assim atribuído aos profissionais da atenção à família o papel de facilitador do processo de educação em saúde (MACHADO *et al.*, 2007).

Para determinar o número de habitantes por área adstrita, o Ministério da Saúde considera realidades socioepidemiológicas, facilidade de acesso, construção de vínculos positivos e responsabilização dos profissionais pela continuidade do cuidado do usuário. Assim, áreas com ESF devem acolher no máximo 12 mil habitantes, sendo que cada equipe se responsabilizará por até 4 mil pessoas, considerando que em áreas de maior vulnerabilidade é recomendado 3 mil ou menos por equipe. A equipe de saúde da família é constituída por, no mínimo, um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (BRASIL MS, 2011).

A adstrição do território busca propiciar relações de vínculo, afetividade e confiança entre pessoas, famílias e grupos a profissionais/equipes, sendo que estes passam a ser referência para o cuidado, garantindo a continuidade e a resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL MS, 2011).

Para promover saúde deve-se, primeiramente, refletir sobre o objeto saúde, considerando-o um conceito em construção que depende de valores sociais, culturais e históricos e que permite ao cidadão viver com qualidade. As ações de promoção à saúde propõem reorientar os serviços de saúde, buscando a atenção integral às pessoas em suas necessidades, visando construir saúde em seu sentido mais amplo, e lutando contra as desigualdades através da construção de cidadania (BRASIL MS, 2006a). Tais ações estão contempladas na Política Nacional de Promoção da Saúde, aprovada pela portaria n.º 687, de 30 de março de 2006 (BRASIL MS, 2006b).

Conforme o embasamento legal acima exposto é possível definir o propósito do ESF como uma equipe multidisciplinar definida que passa a ser responsável pela situação de saúde da população de uma área adstrita, inclusive pela educação em saúde desta comunidade, buscando a autonomia individual e coletiva através da transferência de conhecimento.



4 Diabetes *Mellitus* e as doenças crônicas não transmissíveis

Conforme cita Duncan *et al*, 2012, no Brasil a mortalidade por DCNT em 2009 foi de 72,4 % sobre o total de óbitos, sendo que as quatro doenças - doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doença respiratória crônica – foram a causa de 80,7% dos óbitos por doenças crônicas. O mesmo autor declara que a Organização Mundial de Saúde (OMS) citou como os quatro principais fatores de risco para estas patologias o fumo, a inatividade física, a alimentação inadequada e o uso prejudicial de álcool. A mesma bibliografia refere que 80% dos óbitos por DCNT ocorreram em países em desenvolvimento, sendo 29% destes em adultos com menos de 60 anos, enquanto que nos países desenvolvidos o percentual foi de 13% . No Brasil a redução da mortalidade entre 1991 e 2010 por DCNT foi de 31%, sendo considerado resultado principalmente da política do governo de combate ao tabagismo através de ações legislativas e taxa de impostos sobre o tabaco. A prevalência de tabagismo entre 1989 e 2009 reduziu de 35% para 17% explicando as quedas na mortalidade por doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas.

As patologias definidas por Mendes, 2012 como doenças infecciosas de curso longo representadas por tuberculose, hanseníase, HIV/Aids não se incluem nas DCNT.

O DM passou a ser um grande desafio a nível mundial, principalmente no Brasil, e é reconhecido como um grave problema de saúde pública, não apenas devido às taxas crescentes de morbidade e mortalidade precoce, mas também devido ao impacto econômico, (AZEVEDO, 2010). O incremento gradual da prevalência do DM é multifatorial, sendo os principais influenciadores a transição demográfica, a transição nutricional e mudanças no estilo de vida, considerando os dois últimos passíveis de intervenção na população por meios de ações da Atenção Básica (ALFRADIQUE, 2009).

O Diabetes *Mellitus* é uma desordem metabólica multifatorial, caracterizada por distúrbios dos carboidratos, das gorduras e das proteínas como resultado de defeitos na secreção, na ação da insulina ou em ambas (GROSS, 2002). O método diagnóstico recomendado é a dosagem de glicemia em jejum, tendo como limite máximo da normalidade 99mg/dl; níveis entre 100 e 125 md/dl são considerados como pré-diabetes e aqueles iguais ou superiores a 126 mg/dl inclui-se como diabetes. O teste de tolerância à glicose (TTG) e a curva glicêmica podem ser solicitados em algumas circunstâncias (MILECH, 2016). A prevalência de DM nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de



peçoas, sendo projetada para 40 milhões, em 2030. Há importantes evidências que na Europa e Estados Unidos este incremento ocorrerá nas faixas etárias mais avançadas devido ao aumento da expectativa de vida. No entanto, em países em desenvolvimento ocorrerá em todas as faixas etárias, sendo que no grupo de 45 a 64 anos será triplicada a prevalência e duplicada nas faixas entre 20 e 44 e acima de 65 anos (MILECH, 2016). No Brasil, dados do VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) 2011 demonstram que a prevalência de DM autorreferida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3 % para 5,6 % entre 2006 e 2011. Nesta mesma pesquisa, as mulheres representam 6% e os homens 5,2% desta população. Outro dado da pesquisa é que o nível de escolaridade tem relação com a prevalência da doença, pois 7,5 % das pessoas que tem até oito anos de estudo referem ter diabetes, contra 3,7% das pessoas que tem mais de 12 anos de estudo.

Em 90% dos casos o diabetes é do tipo 2, que incide, em geral, em pessoas com idade acima dos 40 anos cujos hábitos de vida criaram condições para o desenvolvimento da doença - como obesidade, colesterol e pressão altas. Estes indicadores corroboram com Azevedo, 2010 p. 521,

O DM vem sendo reconhecido e tratado como um grave problema de saúde pública, não somente por alcançar proporções epidêmicas, mas também por estar associado à morbidade e mortalidade prematuras. [...] o DM causa significativo impacto econômico com cifras de cerca de 116 bilhões de dólares em gastos médicos, somente nos Estados Unidos em 2007.

As complicações crônicas do DM2 são as principais responsáveis pela morbidade e mortalidade dos pacientes diabéticos. O impacto econômico determinado pelo DM e suas complicações é abordado por Azevedo, 2010, porém a citação de Henriksson, Agardh, Berne, 2000 *apud* Guidoni et al, (2009 p. 40) explica:

O custo/paciente aumenta com o decorrer do tempo, especialmente devido à presença de complicações tardias. O custo anual do tratamento de indivíduos portadores de DM por até 5 anos na Suécia foi em média de 2,2 mil Euros, enquanto que indivíduos com diagnóstico de DM superior a 10 anos apresentaram custo de 3,3 mil Euros. [...] o custo ano/paciente sem complicações foi de 1,7 mil Euros, enquanto que para aqueles que apresentaram agravamentos macro e microvasculares o custo superou 5 mil Euros, sendo que 75% deste montante foram destinados às hospitalizações.

As complicações relacionadas ao DM ocorrem devido a alterações no endotélio vascular e estão representadas por cardiopatia isquêmica, doença vascular periférica, acidente



vascular cerebral, retinopatia diabética, nefropatia diabética e neuropatia sensitiva distal, (GUIDONI, 2009). Estas disfunções endoteliais são observadas ainda nas fases iniciais da doença, antes mesmo do aparecimento da hiperglicemia, sendo fundamentais na compreensão de patologias como o pé diabético “[...] que ocorre em média após 10 anos de evolução do DM e é a causa mais comum de amputações não traumáticas [...]”, (MILECH, 2016). Quanto à retinopatia diabética (RD), de acordo com Mendes, 2012 esta patologia é a principal causa de cegueira entre os 20 e 64 anos de idade, determinando cerca de 8.000 novos casos ao ano nos Estados Unidos.

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil de 2011-2022 MS traçou as diretrizes e ações a serem executadas imediatamente para que produzam resultados acelerados em termos de vidas salvas, doenças prevenidas e custos altos evitados (BRASIL, 2011). A seguir, evidenciam-se as ações e serviços a serem realizados diretamente entre a equipe do ESF e a população adstrita, seguindo as três diretrizes propostas. A primeira diretriz refere-se à Vigilância de DCNT, onde o MS orienta a realização de ações para estruturar um perfil epidemiológico específico para as DCNT com finalidade de conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência das doenças crônicas e seus fatores de risco e apoiar as políticas públicas de promoção da saúde. Dentre as ações e serviços a serem monitorados tem-se os fatores de risco modificáveis apresentados pela população brasileira, como o baixo nível de atividade física no lazer (15%); apenas 18,2 % consomem as porções indicadas de frutas e hortaliças, 34 % ingerem altos teores de gordura e 28% consomem refrigerantes em cinco ou mais dias por semana (VIGITEL, 2011). A gestão do ESF apenas será efetiva se houver conhecimento da realidade dos habitantes do seu território, e se essa traçar planos de atuação e realizar monitoramento dos indicadores, particularmente em relação aos fatores de risco modificáveis. A segunda diretriz, Promoção da Saúde, tem dentre seus objetivos estimular a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e o enfrentamento dos fatores determinantes das DCNT, constituindo-se em prioridades no âmbito nacional, estadual e municipal. Desde 2006 o MS tem priorizado alimentação saudável, estimulando o aleitamento materno com o lançamento do Guia de Alimentação Saudável; regulamentação da rotulagem dos alimentos; acordo com a indústria para redução do teor de gorduras *trans* e redução de sal em pães e macarrão. Quanto à atividade física, foi lançado o programa Academia da Saúde, Vida Saudável e outros. A terceira e última diretriz refere-se ao Cuidado Integral de DCNT e visa definir a linha de cuidado do portador de DCNT, garantindo a realização do projeto



terapêutico proposto, proporcionando a vinculação entre cuidador e equipe, assim como a integralidade e a continuidade do cuidado (BRASIL, 2011).

5 Método de pesquisa

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratória, do tipo estudo de caso, realizada através de entrevistas individuais ou em grupo com especialistas ou informante-chave. Optou-se pelas entrevistas semi-estruturadas cujo modelo foram as diretrizes do Plano de Enfrentamento das DCNT 2011-2022 MS. A primeira entrevista foi realizada com a superintendente da atenção básica da secretaria municipal de saúde de Santa Maria, na secretaria de saúde e a segunda com a equipe do ESF Santos na unidade básica de saúde deste município.

Por meio do referencial teórico buscou-se os fundamentos do controle interno e suas aplicações no SUS. Os embasamentos legais e propósitos do SUS aprofundam a compreensão e abrangência do ESF. A situação das DCNT e, em particular, do DM no Brasil expõe a realidade desta patologia, seus riscos, complicações e meios de prevenção. Finalmente, as diretrizes propostas pelo MS como forma de enfrentar os desafios da doença foram utilizadas como referência para elaboração da análise RECI. Procurou-se se identificar planos da gestão e ações realizadas na ESF que contemplassem os propósitos de cada uma das diretrizes. A partir daí listou-se as principais atividades na primeira coluna (eixo y) da matriz, seguido pelo preenchimento dos principais agentes envolvidos na conduta e prevenção do paciente diabético (eixo x) para finalmente preencher o corpo da matriz seguindo a opinião dos entrevistados.

6 Apresentação e discussão dos resultados

Considerando as diretrizes do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das (DCNT) no Brasil de 2011-2022 MS, listaram-se as principais atividades realizadas pelas equipes de ESF no município de Santa Maria. Os programas contratualizados pelo gestor municipal devem ser apresentados às instâncias subsequentes. Cabe ao secretário municipal de saúde traçar o passo a passo da implantação das ações e acompanhar sua execução e desenvolvimento adequados; no entanto, as ações específicas serão realizadas diretamente com os usuários pelos vários componentes das equipes de saúde que estarão sob orientação do coordenador do ESF. É possível, através do levantamento epidemiológico, visualizar a



efetividade das ações, verificando a prevalência do DM, incidência de complicações como pé diabético, médias dos níveis glicêmicos e índice de mortalidade por DM na área adstrita, buscando sempre a redução destes indicadores. A estratificação do risco de adquirir DM é fundamental e bastante complexa, pois envolve carga genética, transição demográfica e fatores comportamentais, como prática de atividade física e hábitos alimentares. O plano de cuidado é o acompanhamento do paciente diabético, cuja finalidade é garantir que as recomendações sejam todas realizadas - não apenas aquelas que envolvem o sistema de saúde, mas também e principalmente as que dependem do conhecimento e atitudes do paciente ou seu cuidador.

Considerando que o DM na maioria dos casos é uma patologia silenciosa, cujos sintomas serão observados tardiamente, a busca ativa é realizada através de testes rápidos em grupos específicos, eventos e durante o acolhimento, ou seja, não parte do usuário do SUS e sim da equipe de saúde realizar o diagnóstico precoce da patologia. Atividades de prevenção são mais efetivas e abrangentes ao serem realizadas em grupo, proporcionando compartilhamento de informações, maior comprometimento, assiduidade e socialização; têm frequência definida, proporcionam proximidade entre a comunidade e a equipe. A prevenção é a ferramenta capaz de interferir nos fatores modificáveis abordados no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das (DCNT) no Brasil de 2011-2022 MS.

Ao realizar a análise da Matriz RECI sobre as ações do ESF do município de Santa Maria em relação aos usuários com diabetes *mellitus* ou com riscos de adquirir a doença, evidencia-se, na Análise Horizontal, a ausência de **R** nas ações de Prevenir complicações – atividade física e Prevenir complicações – dieta saudável, sendo assim, estas atividades correm o risco de não serem implementadas ou apresentarem falhas de implantação. A ausência de **Is** referentes às ações realizadas pela equipe da Estratégia de Saúde da Família sugere que a gestão não é informada das ações que ocorrem junto à comunidade. A ausência de **R** e **E** na prevenção em grupo – atividade física evidencia uma falha no enfrentamento das DCNT proposto pelo MS. Já na Análise Vertical, o enfermeiro apresenta muitos **Rs** e **Es**, determinando uma sobrecarga que poderá influenciar negativamente nas atribuições desse agente. O Técnico de enfermagem apresenta poucas atribuições nas ações em relação ao paciente diabético, portanto, considerando as habilidades deste profissional e a proximidade com a situação de saúde do paciente diabético, poderão ser atribuídas novas responsabilidades a este agente.

O Quadro 1 apresenta a situação encontrada na gestão central do ESF e coordenação da equipe do ESF Santos no município de Santa Maria.

Vigilância, Monitoramento e Cuidado Integral do DM pelo ESF, Santa Maria - RS

Ações e serviços na conduta e prevenção do paciente diabético	Secretário Municipal de Saúde	Superintendência da Atenção Básica	Médico	Enfermeiro	Agente de saúde	Nutricionista	Técnico de enfermagem	Cidadão
Elaborar e Monitorar o Plano e Programas da AB	R	E						
Executar ações do Plano e Programas da AB		R	E	E	E			
Levantamento epidemiológico dos usuários DM		I		R				
Estratificar Risco de adquirir DM			RE	E				
Elaborar Plano de cuidado para usuário DM			RE	E				
Realizar busca ativa de portadores de DM				R	E			
Realizar o acolhimento na ESF				RE	E		E	
Orientar os cuidados com as complicações do DM			R	E	E			I
Realizar prevenção em grupo - atividade física								
Realizar prevenção em grupo - dieta saudável						E		

Legenda:

R: quem é Responsável
E: quem Executa
C: quem deve ser Consultado antes
I: quem deve ser Informado depois

AB: Atenção Básica
DM: Diabetes Mellitus
ESF: Estratégia de Saúde da Família

Quadro 1 – Matriz Análise RECI

Fonte: Autores

7 Considerações finais

Este estudo evidencia a magnitude das doenças crônicas não transmissíveis a nível mundial. O Diabetes *Mellitus* potencializa ainda mais o desafio das doenças crônicas, pois nas próximas décadas sua prevalência tende a elevar-se não apenas em idosos, mas também na população economicamente ativa, expondo ainda mais os países em desenvolvimento.

Pode-se observar a recente preocupação dos órgãos de controle em relação à gestão do SUS quando estes órgãos do governo aplicam suas ferramentas com a finalidade de realizar uma análise técnica da situação de saúde do país. O TCU, em seus relatórios, tem visualizado deficiências, apontado recomendações e oportunidades de melhorias e até mesmo determinações, visando melhorias na prestação de serviços de saúde à população.



A importância destas ferramentas de controle foi confirmada ao realizar a análise RECI na ESF do município de Santa Maria em relação ao Diabetes *Mellitus*, pois pode-se observar oportunidades de melhorias na gestão da equipe do ESF. Há carência também de participação da gestão central em relação às ações desenvolvidas no Eixo I – Vigilância, Informação, Avaliação e Monitoramento dos serviços de forma a tornar o enfrentamento do DM mais eficaz e suprir os desafios da equipe na busca de atingir as metas do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento da DCNT no Brasil, 2011-2022, MS.

Referências bibliográficas

- ALFRADIQUE, M.E. et al. (2009). Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (projeto ICSAP –Brasil). *Cadernos de Saúde Pública* (v,25, n.6). Rio de Janeiro.
- AZEVEDO, S.; VICTOR, E. G.; OLIVEIRA, D. C (2010). Diabetes *mellitus* e aterosclerose: noções básicas da fisiopatologia para o clínico geral. *Bras Clin Med.* (v.8, n. 6, pp. 520-526). São Paulo.
- BRASIL. Constituição (1988). *Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Recuperado em 15 de março, 2016, de www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm
- BRASIL. *Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 (1990a, 20 set)*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências. *Diário Oficial da União*. Recuperado em: 10 de março, 2016, de www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
- BRASIL. *Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990(1990 b, 31 dez)*. 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 da outras providências. *Diário Oficial da União*. Recuperado em: 05 de março, 2016, de https://www.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft_word_-_lei_n_8142.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes *Mellitus*/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde (2006). Recuperado em 10 de março, 2016, de bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus_cab16.pdf
- BRASIL. *Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (2011 b)*. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da



Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília, DF recuperado em 20 de agosto, 2017, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. *Secretaria de Vigilância em Saúde(2012). Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico*. Brasília, DF. Recuperado em 10 junho, 2017, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/.../vigitel_brasil_2011_fatores_risco_doencas_cronicas.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. *Secretaria de Vigilância em Saúde(2006)* . Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF. Recuperado em 9 de setembro, 2009, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 687 de 30 de março de 2006 (2006)*. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF. . recuperado em 20 de agosto, 2017, de http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf

BRASIL. *Portaria n° 2.488, de 21 de outubro de 2011(2011)*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF. Recuperado em 15 de março, 2017, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

BRASIL. *Norma Operacional Básica do SUS 01/96(1996)*: gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília, DF. Diário Oficial da União. Recuperado em 20 agosto, 2017, de <http://www.sjc.sp.gov.br/sms/downloads/nob.pdf>

BRASIL. *Portaria do Tribunal de Contas da União(2011)*. Aprova a atualização do Plano Estratégico do Tribunal de Contas da União para o quinquênio 2011-2015. Brasília, DF. Recuperado em 20 de junho, 2017, de www.tcu.gov.br/Consultas/Juris/Docs/judoc/PORTN/20110629/PRT2011-160.doc

BRASIL. *Portal do Tribunal de Contas da União*. Recuperado em 10 de junho, 2017, de <http://portal.tcu.gov.br/institucional/conheca-o-tcu/competencias>

BRASIL. *Tribunal Contas da União(2001)*. Técnicas de Auditoria: Análise RECI. TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, Brasília. Recuperado em 10 de junho, 2017, de www.tcu.gov.br.

CALIXTO, G. E.; VELÁSQUEZ, M. D. P (2005, julho). Sistema de Controle Interno na Administração Pública Federal. *Revista Eletrônica de Contabilidade*, Jul/2005. Recuperado em 9 de junho, 2017 de www.ufsm.br/revistacontabeis/anterior/artigos/vIIInEspecial/a05vIIInesp.pdf

DUNCAN, B.B.; CHOR, D.; AQUINO E. M. L(2012) . Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Revista Saúde Pública* (v.46,



pp. 126-134). Recuperado em 15 maio, 2017 de
www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700017

- FERREIRA, V. L. (2012). *As múltiplas faces da gestão; a prática gerencial nos serviços de saúde de Piraí. 2012 100f.* Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil .
- GROSS, J. L. et al (2002). Diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. *Arq. Bras. Endocrinol. metab.* São Paulo
- GUIDONI, C. M.; OLIVEIRA, C. M. X.; FREITAS, O.; PEREIRA, L. R. L (Jan, mar, 2009). Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. *Brazilian journal of pharmaceutical sciences.*, São Paulo.(vol.45, n.1). Recuperado em 20 de outubro, 2016, de www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-82502009000100005
- MACHADO, M. F. A. S. et al (2007). Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro (v. 12, n. 2, pp. 335-342). Recuperado em 27 de maio, 2017, de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>
- MILECH, A.; OLIVEIRA, J. E. P.; VENCIO, S(2016) . *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)*. São Paulo: A.C. Farmacêutica de S. Paulo
- MENDES, E. V(2012). *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Organização Pan-Americana da Saúde Brasília, Brasília, DF.
- SOLLA, J. (2010) . *Dilemas e desafios da gestão municipal do SUS: avaliação da implantação do Sistema Municipal em Vitória da Conquista (Bahia), 1997-2008*. São Paulo.