



**TRIBUNAL DE CONTAS DO
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

AUDITORIA OPERACIONAL SAÚDE CARDIOVASCULAR

Relatório Final

NSAÚDE • 2025



www.tcees.tc.br



@tceespiritosanto

PROCESSO: 07119/2025

FISCALIZAÇÃO: 00047/2024

INSTRUMENTO: Auditoria Operacional

RELATOR: Conselheiro Davi Diniz de Carvalho

**PERÍODO
FISCALIZADO:** 01/01/2022 a 31/12/2024

**UNIDADE
RESPONSÁVEL:** Núcleo de Controle Externo de Avaliação e Monitoramento de Políticas Públicas de Saúde - NSAÚDE

**PERÍODO DE
REALIZAÇÃO DA
FISCALIZAÇÃO:** 17/09/2024 a 07/02/2025

OBJETIVO: Avaliar a governança sobre a estratégia de saúde cardiovascular no Espírito Santo.

**ENTIDADES
FISCALIZADAS:**

- SESA - Secretaria de Estado da Saúde
- SEMSA - Fundo Municipal de Saúde de Pedro Canário
- SEMSA - Fundo Municipal de Saúde de Viana
- FMSST - Fundo Municipal de Saúde de Santa Teresa
- FMSSMJ - Fundo Municipal de Saúde de Santa Maria de Jetibá
- FMSSM - Fundo Municipal de Saúde de São Mateus
- FMSS - Fundo Municipal de Saúde de Sooretama
- FMSRB - Fundo Municipal de Saúde de Rio Bananal
- FMSPK - Fundo Municipal de Saúde de Presidente Kennedy
- FMSP - Fundo Municipal de Saúde de Pinheiros
- FMSNV - Fundo Municipal de Saúde de Nova Venécia
- FMSMUCU - Fundo Municipal de Saúde de Mucurici
- FMSMS-ES - Fundo Municipal de Saúde de Mimoso do Sul
- FMSMONT - Fundo Municipal de Saúde de Montanha

FMSM - Fundo Municipal de Saúde de Marataízes
FMSLT - Fundo Municipal de Saúde de Laranja da Terra
FMSJN - Fundo Municipal de Saúde de João Neiva
FMSIC-ES - Fundo Municipal de Saúde de Iconha
FMSI - Fundo Municipal de Saúde de Iúna
FMSI - Fundo Municipal de Saúde de Itarana
FMSI - Fundo Municipal de Saúde de Ibitirama
FMSI - Fundo Municipal de Saúde de Ibatiba
FMSF - Fundo Municipal de Saúde de Fundão
FMSDL - Fundo Municipal de Saúde de Divino de São Lourenço
FMSE - Fundo Municipal de Saúde de Espírito Santo do Rio Preto
FMSE - Fundo Municipal de Saúde de Domingos Martins
FMSCC - Fundo Municipal de Saúde de Conceição do Castelo
FMSC - Fundo Municipal de Saúde de Castelo
FMSC - Fundo Municipal de Saúde de Cariacica
FMSBE - Fundo Municipal de Saúde de Boa Esperança
FMSB - Fundo Municipal de Saúde de Brejetuba
FMSAV - Fundo Municipal de Saúde de Atílio Vivácqua
FMSAC - Fundo Municipal de Saúde de Alfredo Chaves
FMSAC - Fundo Municipal de Saúde de Afonso Cláudio
FMSA - Fundo Municipal de Saúde de Apiacá
FMS_SJC - Fundo Municipal de Saúde de São José do Calçado
FMS/SDN - Fundo Municipal de Saúde de São Domingos do Norte
FMS Ibiraçu - Fundo Municipal de Saúde de Ibiraçu
FMS - VITORIA - Fundo Municipal de Saúde de Vitória
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Vila Velha
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Vila Valério
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Vila Pavão
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Venda Nova do Imigrante
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Vargem Alta
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Serra

FMS - Fundo Municipal de Saúde de São Roque do Canaã
FMS - Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel da Palha
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Santa Leopoldina
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Rio Novo do Sul
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Ponto Belo
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Piúma
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Pancas
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Muqui
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Muniz Freire
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Marilândia
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Marechal Floriano
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Mantenópolis
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Linhares
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Jerônimo Monteiro
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Jaguaré
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Itapemirim
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Itaguaçu
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Irupi
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Guarapari
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Guaçuí
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Governador Lindenberg
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Ecoporanga
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Conceição da Barra
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Colatina
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Bom Jesus do Norte
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Barra de São Francisco
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Baixo Guandu
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Aracruz
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Anchieta
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Alto Rio Novo
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Alegre
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Águia Branca
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Água Doce do Norte

RESUMO

O que o TCEES fiscalizou?

O objetivo da auditoria foi “avaliar a governança sobre a estratégia de saúde cardiovascular no Espírito Santo”. A fiscalização ocorreu entre **17/09/2024 e 07/02/2025**, abrangendo o período de **01/01/2022 a 31/12/2024**, com foco na implementação das linhas de cuidado para Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Foram avaliadas as secretarias de saúde dos municípios e a Secretaria de Estado da Saúde.

As questões de auditoria definiram o escopo, abrangendo a **governança** da rede de atenção à saúde, a **capacitação** do corpo técnico, o acesso a **consultas** especializadas, a realização de **cirurgias** eletivas e a disponibilidade de **medicamentos** voltados para a HAS.

O que o TCEES encontrou?

Em resposta às 6 (seis) questões de auditoria, foram apontados 12 **achados de auditoria (AA)**, conforme se verifica a seguir:

Questão de Auditoria (QA1): A governança da rede de atenção à saúde tem atuado para garantir o cuidado integral no âmbito da linha de cuidado de AVC, a partir de um conjunto de indicadores e tomadas de decisões corretivas?

Questão de Auditoria (QA2): A governança da rede de atenção à saúde tem atuado para garantir o cuidado integral no âmbito da linha de cuidado do IAM a partir de um conjunto de indicadores e tomadas de decisões corretivas?

- Reduzida capacidade de monitoramento e avaliação integrados das políticas públicas, por meio de planos contendo objetivos e indicadores voltados à redução dos óbitos de síndromes coronarianas agudas e de acidentes vascular cerebral, e a outros objetivos correlatos (**AA01**);
- Oportunidades de melhorias no fluxo de pacientes com AVC no Estado do Espírito Santo (**AA02**);

Questão de auditoria (QA3): A governança da rede de atenção à saúde tem atuado para garantir a qualificação do corpo técnico definido para atuar sob a linha de cuidado

do AVC, IAM e sobre as ações estratégicas de prevenção e cuidado às pessoas com doenças crônicas?

- Falta de planejamento e controle das capacitações na área de saúde cardiovascular (**AA03**);
- Ausência de estratificação do risco cardiovascular (**AA04**);

Questão de auditoria (QA4): Os pacientes têm conseguido realizar consultas à atenção especializada no âmbito da linha de cuidado de HAS e de reavaliações com neurologistas, no caso da linha de cuidado do AVC, em tempo adequado?

- Longo tempo de espera para consultas na atenção especializada no âmbito da linha de cuidado de HAS e de reavaliações com neurologistas, no caso da linha de cuidado do AVC (**AA05**).

Questão de auditoria (QA5): As cirurgias cardíacas e bariátricas eletivas estão sendo realizadas em prazo adequado?

- Longo tempo de espera para cirurgias eletivas cardíacas e bariátricas (**AA06**);
- Ausência de rastreabilidade dos pacientes após a saída da fila de autorização de internação hospitalar, comprometendo a verificação do cumprimento dos prazos legais (**AA07**).

Questão de auditoria (QA6): A atenção primária em saúde dos municípios possui os medicamentos voltados para o tratamento da HAS?

- Fragilidade na gestão da transparência dos medicamentos a serem ofertados pelo município (**AA08**);
- Ausência de medicamentos para hipertensão arterial sistêmica na rede em lista de controle publicada pelo município (**AA09**);
- Fragilidade na gestão da informação dos medicamentos perante a lei 14.654/2023 (**AA10**);

Achados não decorrentes das questões de auditoria

- Ambulâncias em aparente estado de abandono e estacionadas em local de livre acesso (**AA11**);
- Farmácia municipal de São José do Calçado em mau estado de conservação e organização (**AA12**);

Benefícios esperados

Caso as deliberações sejam implementadas, espera-se como **benefício** a melhoria da atenção à saúde cardiovascular prestada à população, decorrente da redução do tempo de espera para consultas especializadas e cirurgias, da melhor organização e estrutura da rede de atenção, da disponibilidade adequada de medicamentos, da qualificação dos profissionais de saúde, do fortalecimento do monitoramento e avaliação das políticas de saúde, bem como da melhoria na gestão dos recursos e processos assistenciais, entre outros.

Quais são os próximos passos?

As deliberações propostas pela equipe de fiscalização, após apreciação do Plenário do TCEES, deverão ser objeto de monitoramento para verificação da implementação e dos impactos. Propõe-se o encaminhamento do presente relatório ao Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo (COSEMS), à Comissão de Saúde e Saneamento da Assembleia Legislativa do Espírito Santo, ao Conselho Estadual de Saúde, e ao controle interno dos municípios e do Governo do Estado.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	VISÃO GERAL	20
2.1	BENEFÍCIOS ESPERADOS.....	49
3	PLANOS, OBJETIVOS E INDICADORES PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES, ABRANGENDO SÍNDROME CORONARIANA AGUDA E ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.....	51
3.1	REDUZIDA CAPACIDADE DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO INTEGRADOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS POR MEIO DE PLANOS CONTENDO OBJETIVOS E INDICADORES VOLTADOS À REDUÇÃO DOS ÓBITOS DECORRENTES DE SÍNDROMES CORONARIAS AGUDAS E DE ACIDENTES VASCULAR CEREBRAL E A OUTROS OBJETIVOS CORRELATOS	55
3.2	OPORTUNIDADE DE MELHORIAS NO FLUXO DE PACIENTES COM AVC NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO	66
4	CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS	70
4.1	FALTA DE PLANEJAMENTO E CONTROLE DAS CAPACITAÇÕES NA ÁREA DE SAÚDE CARDIOVASCULAR.....	70
4.2	AUSÊNCIA DE ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR	74
5	CONSULTA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.....	78
5.1	LONGO TEMPO DE ESPERA PARA CONSULTAS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO ÂMBITO DA LINHA DE CUIDADO DE HAS E DE REAVALIAÇÕES COM NEUROLOGISTAS, NO CASO DA LINHA DE CUIDADO DO AVC.....	78
6	CIRURGIAS CARDÍACAS E BARIÁTRICAS ELETIVAS	88
6.1	LONGO TEMPO DE ESPERA PARA CIRURGIAS ELETIVAS CARDÍACAS E BARIÁTRICAS	88
6.2	AUSÊNCIA DE RASTREABILIDADE DOS PACIENTES APÓS A SAÍDA DA FILA DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR, COMPROMETENDO A VERIFICAÇÃO DO CUMPRIMENTO DOS PRAZOS LEGAIS.....	92
7	MEDICAMENTOS VOLTADOS PARA O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	97
7.1	FRAGILIDADE NA GESTÃO DA TRANSPARÊNCIA DOS MEDICAMENTOS A SEREM OFERTADOS PELO MUNICÍPIO	99

7.2	AUSÊNCIA DE MEDICAMENTOS PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA REDE EM LISTA DE CONTROLE PUBLICADA PELO MUNICÍPIO	103
7.3	FRAGILIDADE NA GESTÃO DA INFORMAÇÃO DOS MEDICAMENTOS PERANTE A LEI 14.654/2023.....	104
8	ACHADOS NÃO DECORRENTES DA INVESTIGAÇÃO DAS QUESTÕES DE AUDITORIA.....	107
8.1	AMBULÂNCIAS EM APARENTE ESTADO DE ABANDONO E ESTACIONADAS EM LOCAL DE LIVRE ACESSO.....	107
8.2	FARMÁCIA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO CALÇADO EM MAU ESTADO DE CONSERVAÇÃO E ORGANIZAÇÃO.....	115
9	CONCLUSÃO	128
10	PROPOSTAS DE ENCAMINHAMENTO	133
	REFERÊNCIAS	144

1 INTRODUÇÃO

O presente relatório integra o **Processo 07119/2024**, de relatoria do Conselheiro Davi Diniz de Carvalho, e a linha de ação: “Fiscalizar as ações de prevenção e controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT com foco em doenças cardiovasculares” do Quadro 9 do PACE 2024, aprovado pela Decisão Plenária 12/2024, sob responsabilidade do Núcleo de Controle Externo de Avaliação e Monitoramento de Políticas Públicas de Saúde (NSaúde).

O objetivo dessa fiscalização foi avaliar a governança estadual e municipal das estratégias de saúde cardiovascular, com foco na implementação das linhas de cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), realizadas pelas secretarias de saúde no período de 2022 a 2024.

O problema de auditoria decorre do impacto das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em especial as doenças cardiovasculares, para o sistema de saúde. De acordo com a Nota Técnica nº 25/2023 25/2023-CGDANT/DAENT/SVSA/MS¹, no Brasil, as DCNT são a maior causa de morte e adoecimento da população, constituindo-se em uma epidemia no país. As DCNT vitimam mais de 700.000 pessoas por ano no país e cerca de 50% da população possuía ao menos uma DCNT diagnosticada em 2019.

Neste mesmo ano, segundo relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o perfil da hipertensão no Brasil, houve 381.000 mortes por doenças cardiovasculares, com uma distribuição de 202.000 para homens e 179.000 para mulheres. O relatório da OMS ainda indicou que 54% das mortes por doenças cardiovasculares podem ser atribuídas a altos níveis de pressão arterial sistólica.

Segundo a Secretaria de Estado da Saúde (Sesa), no Espírito Santo, as doenças cardiovasculares de maior prevalência na população são o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), o Acidente Vascular Cerebral (AVC), a Doença Crônica das Artérias Coronárias

¹ Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-25-2023-cgdant-daent-svsa-ms>. Acesso em: 10 nov. 2024.

e as Miocardiopatias. Sendo o infarto e o AVC as duas principais causas de internação.²

Segundo a Sesa, em 2023, o infarto teve uma incidência de 90 internações por 100 mil habitantes/ano, isto é, cerca de 3,4 mil internações. Em 2024, com dados ainda não consolidados, tem-se uma incidência de 53 internações por 100 mil habitantes/ano, cerca de 2 mil internações.³

Em relação ao AVC, em 2023 o coeficiente de incidência foi de 61 internações por 100 mil habitantes/ano, isto é, cerca de 2,3 mil internações. Em 2024, o coeficiente está em 24 internações, sendo o dado ainda não consolidado, com aproximadamente 900 internações.

Em 2023, com base em dados de setembro de 2024, o infarto agudo do miocárdio foi a causa de morte para mais de 1,9 mil capixabas, ficando com coeficiente de 50 óbitos a cada 100 mil habitantes/ano. Em 2024, o coeficiente foi de 25,6 óbitos por 100 mil habitantes, isto é, cerca de 980 óbitos.⁴

Metodologia

Em linhas gerais, durante a fase de planejamento, foram requeridos à Sesa documentos e informações relacionados a indicadores de hipertensão, diabetes, obesidade, cobertura da atenção primária, taxas de internação por diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares, taxa de mortalidade por doenças hipertensivas, diabetes e doenças cardiovasculares e percentual de pessoas com risco cardiovascular avaliados (Ofício TC 4306/2024).

Também foi requerido à Sesa acesso ao Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (Sisab) (Ofício TC 4321/2024), as linhas de cuidado de doenças cardiovasculares e as normas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (Ofício TC 4780/2024).

² Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Not%C3%ADcia/sesa-alerta-para-cuidados-com-doencas-cardiovasculares-no-dia-mundial-do-coracao>. Acesso em: 10 nov. 2024.

³ Ibid.

⁴ Ibid.

Além disso, foram realizadas três reuniões: a primeira com a Sesa, no dia 15/10/2024; a segunda com a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, em 23/10/2024, pela manhã; e a terceira, também no dia 23/10/2024, mas no período da tarde, com profissionais indicados pela Sesa.

Em 15/10/2024, a reunião foi realizada com representantes do **Núcleo de Atenção Primária** e da **Subsecretaria de Estado de Vigilância em Saúde**, ambos da Sesa. Já em 23/10/2024, participaram da reunião representantes da Sesa da área técnica de informação em saúde na **Atenção Primária**, da **Rede de Urgência e Emergência (RUE)**, da **Subsecretaria de Estado de Regulação do Acesso em Saúde**, da **Atenção Especializada da Rede de Doenças Crônicas** e do **Núcleo Especial de Regulação de Urgência e Emergência (NERUE)**.

Nessas reuniões buscou-se, a partir de um questionário, obter uma visão inicial da operacionalização, monitoramento e avaliação das doenças cardiovasculares. Dessa forma, foram apresentados pelos gestores o [portal da atenção primária do governo do Espírito Santo](#), bem como a instituição da **Comissão Técnica Permanente das Linhas de Cuidado de Cardiologia**. Ademais foram abordados eventuais linhas de cuidado existentes; o SAMU; a governança de implementação, monitoramento e avaliação; a gestão da informação e dos pontos críticos das linhas de cuidado; e as dificuldades encontradas (Ofícios TC 4616/2024 e 4621/2024).

Em linhas gerais pode-se destacar que os gestores sinalizaram sobre a importância dos diversos pontos de atenção para a redução da mortalidade, complicações e internações, bem como da educação permanente em saúde. Também foi informado que a linha de cuidado estadual para Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), que complementa a linha federal, estava em processo para ser instituída.

Para embasar teoricamente a auditoria, foi realizada uma ampla pesquisa bibliográfica. Foram analisadas legislações, artigos científicos, manuais técnicos e literatura especializada na área de saúde cardiovascular, que serviram como critérios para a fiscalização.

Complementando essa base teórica, realizou-se uma pesquisa de benchmarking, que destacou boas práticas tanto internacionais, em países da Europa, quanto nacionais,

observadas em municípios de outros estados brasileiros. Essas referências ajudaram a delinear parâmetros de comparação e possíveis melhorias aplicáveis ao contexto local.

A partir das informações coletadas nessas etapas, foi realizada uma **análise de riscos**, considerando os **riscos inerentes, de controle e de detecção**. Essa avaliação foi crucial para identificar pontos críticos que poderiam impactar os resultados da auditoria e orientar a definição das estratégias de trabalho.

Com base nessa análise, elaborou-se a **matriz de planejamento**, instrumento que organizou as questões de auditoria e os procedimentos a serem adotados. Essa matriz foi posteriormente validada por meio de um **painel de referência** com os gestores das secretarias de saúde, garantindo alinhamento e relevância nas questões abordadas.

As questões de auditoria elaboradas na matriz de planejamento foram:

Q1 - A governança da rede de atenção à saúde tem atuado para garantir o cuidado integral no âmbito da linha de cuidado de AVC, a partir de um conjunto de indicadores e tomadas de decisões corretivas?

Q2 - A governança da rede de atenção à saúde tem atuado para garantir o cuidado integral no âmbito da linha de cuidado do IAM a partir de um conjunto de indicadores e tomadas de decisões corretivas?

Q3 - A governança da rede de atenção à saúde tem atuado para garantir a qualificação do corpo técnico definido para atuarem sob a linha de cuidado do AVC, IAM e sobre as ações estratégicas de prevenção e cuidado às pessoas com doenças crônicas?

Q4 - Os pacientes têm conseguido realizar consultas à atenção especializada no âmbito da linha de cuidado de HAS e de reavaliações com neurologistas, no caso da linha de cuidado do AVC, em tempo adequado?

Q5 - As cirurgias cardíacas e bariátricas eletivas estão sendo realizadas em prazo adequado?

Q6 - A atenção primária em saúde dos municípios possui os medicamentos voltados para o tratamento da HAS?

Foram selecionados os municípios de **Vitória, João Neiva, Colatina, Ponto Belo, Cachoeiro de Itapemirim e São José do Calçado**, com base em uma metodologia fundamentada em indicadores de internação e mortalidade, considerando a região de saúde e o peso populacional, conforme descrito no **Apêndice 00009/2025**. A seleção visou abordar as questões 3 e 6, de acordo com o questionário apresentado no **Apêndice 00005/2025**.

Após a validação da matriz, os instrumentos de coleta de dados foram desenvolvidos, visando à aplicação prática durante a fase de execução da auditoria. Essa etapa incluiu a definição de métodos e ferramentas adequados para assegurar a qualidade das informações levantadas. Durante a fase de execução, foi encaminhado o Ofício TC 5290/2024 pelo qual foram requeridos informações e documentos.

Diversas técnicas de coleta de dados serão aplicadas de forma integrada, incluindo inspeções físicas, entrevistas, pesquisas, revisão documental, análise de bases de dados, cálculos computacionais, comparações e análises estatísticas, conforme será apresentado ao longo do relatório.

As inspeções físicas ocorreram em farmácias de unidades de saúde nos municípios selecionados. Também foram realizadas entrevistas com os gestores acerca da qualificação do corpo técnico em doenças cardiovasculares.

Limitação de auditoria

Uma das limitações identificadas foi a dificuldade de acesso no [endereço eletrônico](#) do governo federal para os documentos consolidados para as linhas de cuidado em infarto agudo do Miocárdio, tabagismo, insuficiência cardíaca e dor torácica. Os arquivos não se encontravam disponíveis para *download*.

Outra limitação ocorreu do encaminhamento das respostas pelos gestores. Foram solicitadas acesso a base de dados dos atendimento do SAMU (questão 1), acesso a base de dados para consultas (Questão 4) e de cirurgias (Questão 5), para ter acesso

antes do recesso em 2024. Em especial, os dados de consultas e cirurgias eram elementos cruciais para possibilitar responder as questões de auditoria 4 e 5. Contudo, as respostas foram encaminhadas após o período regular de trabalho no ano de 2024.

Para a questão 5, que tratou de cirurgias, ainda foi necessário agendar uma outra reunião, em 14/01/2024, o que sobrecarregou a equipe para a análise de dados, tendo em vista o prazo definido para o encerramento do relatório.

Ressalta-se que o [relatório de levantamento 00006/2024](#) (Processo 03519/2023), cujo objetivo foi levantar dados e informações sobre sistemas e ações relacionadas ao monitoramento das políticas públicas de assistência social, educação e saúde, identificou que com um dos principais pontos críticos para os gestores municipais na saúde é a intempestividade no acesso às cirurgias.

Por fim, uma limitação refere-se à base de dados analisadas, vez que o acompanhamento dos indicadores se pautou por dados secundários, encaminhados pelos gestores, o que, em tese, apresenta risco quanto à precisão e à confiabilidade.

Crítérios

Os critério utilizados para o planejamento e execução da fiscalização foram os seguintes: Referencial de Avaliação de Governança em Políticas Públicas do TCU, Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU, Plano AVC na Europa 2018-2030, Programa Nacional de Auditoria Cardíaca e o Programa Nacional de Auditoria de Acidente Vascular Cerebral Sentinel, ambos do Reino Unido, o Anexo da Portaria GM/MS 664, de 12 de abril de 2012 c/c Portaria GM/MS 665 (Art. 132, I, “a” e 133, I), que tratam sobre Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo e Centros de Atendimento de Urgência Tipo II e Tipo III,

Também foram critérios de auditoria o arts. 6º e §2º do art. 35 da Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa 44, de 17 de agosto de 2009 (Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências), o art. 23, I da Constituição Federal

(Competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios zelar pelo patrimônio público), o documento “Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde: instrutivo para profissionais e gestores” do Ministério da Saúde, os Planos municipais de educação permanente, os planos municipais de saúde, a Portaria GM/MS 198, de 13 de fevereiro de 2004 Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.

Também serviram ao propósito de utilizadas como critério da fiscalização as Linhas de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC), do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), ambas do Ministério da Saúde, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030, o documento “Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde”, e a Portaria - GM/MS 3/2017, art.49 do Anexo III.

Aditem-se as Norma técnica - CGDCRO/DEPROS/SAPS/MS 68/2022, SAES/CGMIND/SAES/MS 1/2023, CIB/SUS-ES 072/2022, o Enunciado 93 do CNJ, o Plano Estadual de Saúde 2024-2027 (SESA/ES, 2023), a Relação Nacional de Medicamentos 2022, o §1º do art. 1º da Resolução CIB-SUS/ES 9/2020, o art. 6º, I da Lei 12.527 (Lei de Acesso à informação), o art. 26, Parágrafo Único, I do Decreto 7.508/2011, os arts. 55 e 56 da Resolução de Consolidação da Comissão Intergestores Tripartite 1, de 30 de março de 2021 e a Lei 14.654/2023.

Escopo

O escopo foi delimitado na Matriz de Possível Questões de Auditoria e Escopo (PQAE) documentado no sistema de fiscalização, e se materializam nas questões de auditoria.

Normas aplicáveis

Os trabalhos foram conduzidos em conformidade com as Normas Internacionais das Entidades Fiscalizadoras Superiores e com as Normas Brasileiras de Auditoria do Setor Público (NBASP) aplicáveis às auditorias operacionais, especialmente com as NBASP 100, 300 e 3000, e com observância ao Manual de Auditoria Operacional do TCU (adotado pelo TCEES por meio da Nota Técnica Segex 2, de 12 de março de

2021) e aos demais pronunciamentos profissionais aplicáveis, dentre os adotados pelo TCEES. Nenhuma restrição foi imposta aos exames, salvo as limitações da auditoria mencionadas já mencionadas.

Antecedentes da auditoria

O Processo TC 2638/2021 que tratou de um levantamento com o objetivo de conhecer os sistemas de controle, programas, projetos e atividades dos 78 municípios do Estado do Espírito Santo, direcionados à redução da mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT, possui conexão com a presente fiscalização

Volume de Recursos fiscalizados

Conforme metodologia disposta no Apêndice 00011/2025, estimou-se como valores envolvidos na fiscalização o montante de R\$ 317.002,427,05.

Organização do Relatório

O relatório é composto por 6 capítulos principais:

- Planos, objetivos e indicadores para doenças cardiovasculares, abrangendo síndrome coronariana aguda e acidente vascular cerebral que envolvam todo o percurso do paciente na rede (Capítulo 3);
- Captação dos profissionais (Capítulo 4);
- Consulta na atenção especializada (Capítulo 5);
- Cirurgias cardíacas e bariátricas eletivas (Capítulo 6);
- Medicamentos voltados para o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (Capítulo 7); e
- Achados não decorrentes da investigação das questões de auditoria (Capítulo 8)

O capítulo 3 contempla 2 achados, um relacionado a capacidade de avaliação integrada no âmbito das doenças cardiovasculares, e o segundo relaciona-se ao fluxo de pacientes com suspeita e diagnóstico em AVC.

O capítulo 4 contempla 2 achados, o primeiro relacionado a falta de planejamento e controle de capacitações na área de saúde cardiovascular e o outro está relacionado à ausência de estratificação de risco cardiovascular.

O capítulo 5 contempla achado relacionado tempo de espera para consultas especializadas para a linha de cuidado de HAS e neurologistas.

O capítulo 6 contempla um achado relacionado a longo tempo de espera para cirurgias cardíacas e bariátricas, e o outro achado trata da ausência de rastreabilidade dos pacientes internados nesse perfil de cirurgias.

O capítulo 7 possui 3 achados, um relacionado à fragilidade na gestão da transparência dos medicamentos a serem ofertados pelo município. Um outro achado trata de ausência de medicamentos para hipertensão arterial sistêmica em determinados municípios. E um último achado está relacionado à gestão da informação dos medicamentos perante a Lei 14.654/2023.

Por fim, o Capítulo 8 aborda dois achados. O primeiro está relacionado à limitação inefetiva a pessoas não autorizadas a terreno utilizado como estacionamento de ambulância em São José do Calçado. O segundo está relacionado à farmácia municipal de São José do Calçado em mau estado de conservação e organização.

2 VISÃO GERAL

A governança da estratégia de saúde cardiovascular no Espírito Santo envolve a articulação entre estado e municípios para a organização, monitoramento e execução das ações voltadas à prevenção e ao manejo das doenças cardiovasculares.

A rede de atenção à saúde, composta pelos níveis primário, secundário e terciário, deve atuar de maneira integrada para garantir a continuidade do cuidado e o acesso a serviços essenciais, como consultas especializadas, exames diagnósticos e intervenções cirúrgicas eletivas, respeitando os tempos adequados para cada condição clínica.

A disponibilidade de insumos e medicamentos, especialmente no nível primário, é outro elemento fundamental para o tratamento e controle de condições cardiovasculares, como a HAS.

Para que a atenção integral seja efetiva, é indispensável que os mecanismos de governança contemplem o uso de indicadores robustos para monitoramento e avaliação de desempenho.

Esses indicadores devem possibilitar a identificação de fragilidades e subsidiar a tomada de decisões corretivas na gestão das linhas de cuidado do AVC, IAM e das ações estratégicas relacionadas às doenças crônicas.

Ciclo de Políticas Públicas e doenças cardiovasculares

As auditorias operacionais avaliam sistematicamente sistemas, operações, programas, atividades ou organizações governamentais, focando em dimensões de desempenho como economia, eficiência e eficácia, bem como equidade. Paralelamente, as políticas públicas são elaboradas com base em modelos lógicos que delineiam sua lógica de funcionamento, estabelecendo a racionalidade da intervenção pública desejada.

Esses modelos conectam os recursos disponíveis às atividades realizadas, aos produtos gerados e aos impactos esperados, definindo relações de causa e efeito e fornecendo fundamentos para o monitoramento e avaliação da política pública.

De forma exemplificativa, uma relação possível seria essa:

- **Insumos:** Recursos financeiros, humanos (médicos, enfermeiros), infraestrutura hospitalar, medicamentos (trombolíticos), campanhas de prevenção.
- **Atividades:** Treinamento de profissionais, ampliação da atenção primária, programas de rastreamento, implementação de protocolos de atendimento emergencial.
- **Produtos:** Maior número de pessoas com acesso a diagnóstico precoce, aumento na taxa de uso de trombolíticos, ampliação do acesso a unidades de AVC.
- **Resultados:** Redução de internações.
- **Impacto:** Redução da mortalidade cardiovascular.

Esse modelo permite identificar **gargalos** e aprimorar estratégias, integrando ações nos diversos níveis de atenção.

No âmbito do Tribunal de Contas da União, o Referencial de Controle de políticas públicas⁵, conforme assinalado no próprio documento, foi concebido a partir de uma adaptação do ciclo de políticas públicas, segundo o qual as políticas podem ser formuladas, implementadas e avaliadas por meio de uma sequência de etapas e fases.

De acordo com esse Referencial, “são consideradas políticas públicas o conjunto de intervenções e diretrizes emanadas de atores governamentais, que visam tratar, ou não, **problemas públicos** e que requerem, utilizam ou afetam recursos públicos”.

O referido Referencial adota o modelo de ciclo de políticas públicas, dividindo as políticas públicas em três estágios (formulação, implementação e avaliação) e nove fases: diagnóstico do problema, formação da agenda, análise de alternativas, tomada de decisão, desenho e institucionalização da política, estruturação da governança e

⁵ Disponível em [TCU](https://www.tcees.tc.br). Acesso em: 10 nov. 2024.

gestão, alocação e gestão de recursos orçamentários e financeiros, operação e monitoramento, avaliação e extinção.



Figura 1 – Estágios e fases das políticas públicas

Fonte: Tribunal de Contas da União – Referencial de Controle de Políticas Públicas

Segundo o Referencial, no estágio de **formulação**, os problemas e as intervenções públicas são analisados e selecionados para fazerem parte da agenda pública e do portfólio de ações. Já no estágio de **implementação**, as ações são colocadas em prática, no intuito de alcançar os resultados planejados. Por fim, no estágio de **avaliação**, ocorre o julgamento quanto ao sucesso ou falha das intervenções executadas, podendo este resultar na continuidade da ação pública ou até mesmo na sua extinção.

O **estágio de formulação** da política pública tem sua importância, uma vez que é a base para os demais estágios, pois uma análise equivocada do problema levará à implementação de uma política pública ineficaz e/ou ineficiente. O modelo lógico é um dos elementos que compõem o estágio de formulação de políticas públicas, especificamente na fase de desenho da política pública.

Diante disso, a primeira **fase do estágio de implementação** envolve a **estruturação da governança e gestão**. É nesta etapa que são definidos os arranjos institucionais e elaborada a estratégia de implementação da política pública. Arranjos institucionais esses que permeiam a definição de sistemas de governança, sistemas de

monitoramento e avaliação e dos processos e operações indispensáveis para o funcionamento da política pública.

Segundo o Referencial, na etapa de estruturação da governança e gestão, a estratégia de implementação assume o papel de definir os meios necessários para efetivação das ações propostas com vistas ao atingimento das metas e alcance dos objetivos da política pública, seguindo um fluxo de desenvolvimento.

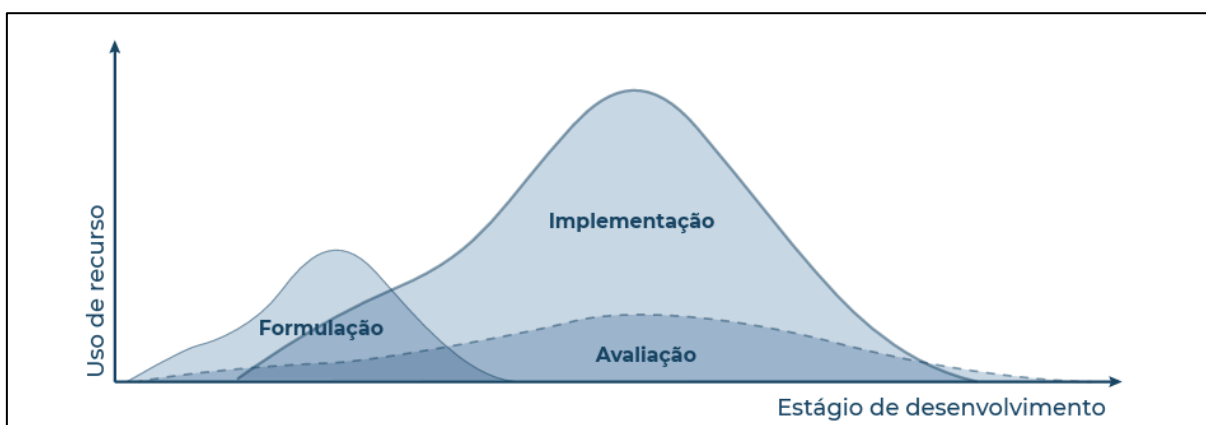


Figura 2 – Estágio de desenvolvimento da política pública

Fonte: Tribunal de Contas da União – Referencial de Controle de Políticas Públicas

Ao cotejar as doenças cardiovasculares com o ciclo de política pública, infere-se em primeira análise, que se trata de um problema público delimitado e caracterizado, que foi colocado na agenda governamental capixaba na medida em que o Plano Estadual de Saúde 2024-2027 inclui como indicador a mortalidade prematura crônica por doenças crônicas não transmissíveis, as quais se incluem as doenças cardiovasculares (CID I00-I99). Esse indicador também está incluso no indicador 3.4.1 dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, o qual o Brasil aderiu.

Contudo, em linha de com o Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU, diversos são os normativos que abordam tomadas de decisão sobre as formas de tratamento das doenças cardiovasculares – elemento fundamental para o diagnóstico do problema e para consequente e a tomada de decisão, a partir de um conjunto de evidências.

O Ministério da Saúde do Brasil desenvolveu diversos documentos para orientar a assistência à saúde, como **Linhas de Cuidado**, **Protocolos Clínicos** e **Diretrizes Terapêuticas**. Esses materiais visam padronizar e qualificar o atendimento no

Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo que os pacientes recebam cuidados completos e contínuos.

Um ponto a se destacar é que a literatura e o Ministério da Saúde segmentam os protocolos e as linhas de cuidado, a depender do perfil da doença, a exemplo da definição da **Global Burden of Disease (Carga Global de Doenças)**, que categoriza as doenças cardiovasculares.

As **doenças cardiovasculares (DCV)** englobam uma variedade de condições que afetam o coração e os vasos sanguíneos, cada uma com características específicas. Devido a essa diversidade, não existe uma abordagem única de intervenção aplicável a todas as DCV; ao contrário, cada perfil de doença requer um conjunto de estratégias de prevenção e tratamento adaptadas às suas particularidades.

O Referencial de Avaliação de Políticas Públicas do TCU aponta os componentes de planos e objetivos como elementos primordiais para uma boa governança, contendo a identificação e definição de marcos e prazos da implantação de planos em passos administráveis, com vistas a reduzir riscos e a facilitar a identificação de interdependências e obstáculos ao sucesso da implantação.

Definição e categorização de Doenças Cardiovasculares

A definição de **doenças cardiovasculares (DCV)** pode variar conforme o estudo ou a classificação adotada. Algumas abordagens incluem todas as doenças listadas no **Capítulo IX da CID-10**, que abrange uma ampla gama de condições cardíacas e vasculares. Outras concentrações focam nas três principais categorias: **doença arterial coronariana (DAC)**, **acidente vascular cerebral (AVC)** e **outras doenças cardíacas**.

Ao seu turno, a Estatística Cardiovascular Brasil 2023⁶, aponta que no âmbito da **Global Burden of Disease (GBD)**, “a definição de DCV total engloba dez doenças: cardiopatia reumática, DAC, doença cerebrovascular, cardiopatia hipertensiva,

⁶ Disponível em: https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-121-2-e20240079/0066-782X-abc-121-2-e20240079.x71817.pdf.

cardiomiopatia, miocardite, fibrilação e flutter atrial, aneurisma aórtico, doença vascular periférica e endocardite”.

Essas variações nas definições refletem diferentes enfoques na classificação e estudo das DCV, influenciando a compreensão da prevalência, prevenção e tratamento dessas condições.

Acidente vascular cerebral

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é definido como uma doença caracterizada por distúrbios clínicos focais da função encefálica causados por alterações na circulação sanguínea no cérebro.

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) pode ser dividido em dois grandes grupos: **AVC isquêmico (AVCi)** e **AVC hemorrágico (AVCh)**. O AVCi é o mais comum, e ocorre devido à interrupção do fluxo sanguíneo em uma área específica do encéfalo, geralmente causada por obstrução arterial por trombos ou êmbolos. O AVCh é o mais mortal e se caracteriza pela ruptura de vaso do encefálico, com extravasamento para o cérebro. Dentro da categoria do AVC isquêmico também se inclui o **Ataque Isquêmico Transitório (AIT)**, caracterizado por sinais e sintomas semelhantes ao AVC que desaparecem em até 24 horas, sendo considerado uma entidade única (Rolim, 2009).⁷

Leite (2023) afirma que as terapias para o AVC produzem melhores resultados quando iniciados logo após o início do sintoma, sendo fundamentais o acesso tempestivo à realização do exame e do resultado da imagem cerebral e a uma rápida avaliação clínica.⁸

⁷ ROLIM, Cristina Lúcia Rocha Cubas. **Avaliação da efetividade do tratamento hospitalar do acidente vascular cerebral agudo no Sistema Único de Saúde-SUS**: utilização da mortalidade hospitalar como indicador de desempenho. 2009. 84 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

⁸ LEITE, Karina Fonseca de Souza. **Rede de Atenção às Urgências e Emergências: impacto da implantação da linha de cuidado ao Acidente Vascular Cerebra**. 2023. 110 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

A autora aponta sobre a importância das Unidades de AVC, a qualificação profissional e a implantação de protocolos de emergência nas etapas pré e intra-hospitalar.

De forma resumida, segundo a Linha de cuidado de AVC em adultos do Governo Federal, no AVC isquêmico o paciente deve ser avaliado para a **possibilidade de trombólise endovenosa dentro de 4h30min do início dos sintomas**. Quanto mais rapidamente é realizada a transferência para a Emergência da Unidade Hospitalar de referência para tratamento do AVC, melhor é o prognóstico do paciente. Ainda segundo a linha de cuidado, no hospital deve-se realizar a **tomografia computadorizada do crânio**.

Durante a internação hospitalar, em ambos os casos, deve-se seguir protocolos assistenciais validados para o AVC e iniciar atendimentos por **equipe especializada de reabilitação**, sendo o objetivo principal incentivar a **desospitalização precoce e evitar ou minimizar possíveis complicações decorrentes do evento**.

Com o plano de alta, deve-se encaminhar o paciente à unidade de Atenção Primária de referência para coordenação do cuidado e prevenção secundária.

Ressalta-se que o Anexo da Portaria GM/MS 664, de 12 de abril de 2012, que aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para trombólise no acidente vascular isquêmico agudo, prevê que o paciente com suspeita de AVC agudo deve ser encaminhado a um hospital que possua recursos apropriados para atendimento adequado de AVC, **habilitado como Centro de Atendimento de Urgência ao Acidente Vascular Cerebral**.

Infarto agudo do miocárdio e síndrome coronariana aguda

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST (2021)⁹, a Síndrome Coronariana Aguda (SCA) ocorre devido à instabilidade de uma placa aterosclerótica, que pode sofrer erosão ou ruptura, resultando na formação de um trombo que obstrui parcial ou totalmente o fluxo sanguíneo nas artérias coronárias.

⁹ Nicolau JC, Feitosa-Filho G, Petriz JL, Furtado RHM, Précoma DB, Lemke W, et al. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021**. Arq Bras Cardiol. 2021

No entanto, essa limitação de fluxo também pode ser causada por outros mecanismos, como vasoespasmo, embolia ou dissecção coronariana. Além disso, condições que afetam a oferta ou o consumo de oxigênio pelo músculo cardíaco, como anemia, hipertensão, taquicardia, cardiomiopatia hipertrófica e estenose aórtica, podem contribuir para o desenvolvimento da SCA.

A dor torácica é o principal sintoma em um paciente com SCA. No entanto, nem toda dor torácica decorre de um problema cardíaco, conforme ilustra a figura a seguir.

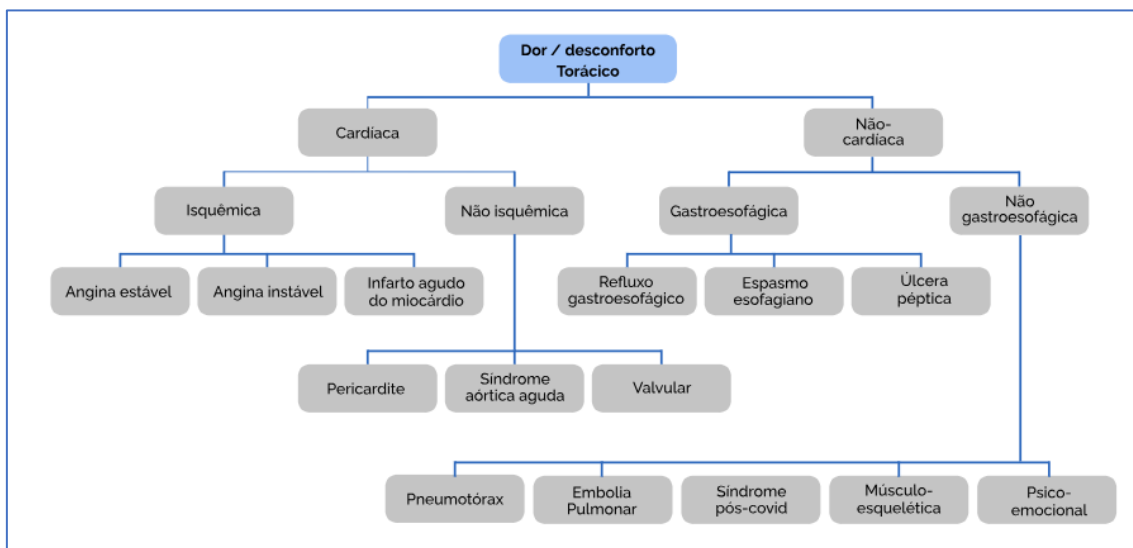


Figura 3 - Principais doenças cardíacas e não cardíacas que se manifestam com dor/desconforto torácico.

Fonte: Ministério da Saúde. Adaptado de I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência. Rio de Janeiro: Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2002.

Pacientes com dor torácica aguda, persistente ou com sinais/sintomas sugestivos de doenças definitivamente graves (síndrome coronariana aguda, dissecção de aorta, tromboembolismo pulmonar ou pneumotórax hipertensivo) devem ser **imediatamente avaliados e encaminhados para atendimento em serviço de emergência**, idealmente monitorados em ambulância¹⁰.

E, por meio do exame de eletrocardiograma de 12 variações, se verifica se houve supradesnívelamento do segmento ST no paciente.

Dessa forma, os pacientes podem ser divididos em 2 grupos:

¹⁰ <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/dezembro/cada-segundo-importa-ministerio-da-saude-lanca-linha-de-cuidado-do-infarto-agudo-do-miocardio>. Acessível em: 10 nov. 2024.

- **SCACSST** (Síndrome Coronariana Aguda com Supra de ST) caracteriza-se por dor torácica aguda **com supradesnivelamento** persistente do segmento ST ou bloqueio de ramo esquerdo novo, geralmente indicando oclusão coronariana total e **necessidade de reperfusão imediata**. Essas são as IAMCSST (Infarto Agudo do Miocárdio com **supradesnivelamento** persistente do segmento ST).
- **SCASSST** (Síndrome Coronariana Aguda sem Supradesnivelamento do segmento ST) apresenta dor torácica aguda **sem supradesnivelamento** persistente do segmento ST, podendo incluir alterações transitórias ou persistentes no ECG e um espectro de gravidade que abrange **angina instável** (sem elevação de marcadores de necrose miocárdica, a troponina.) e **IAMSSST** (com elevação desses marcadores).

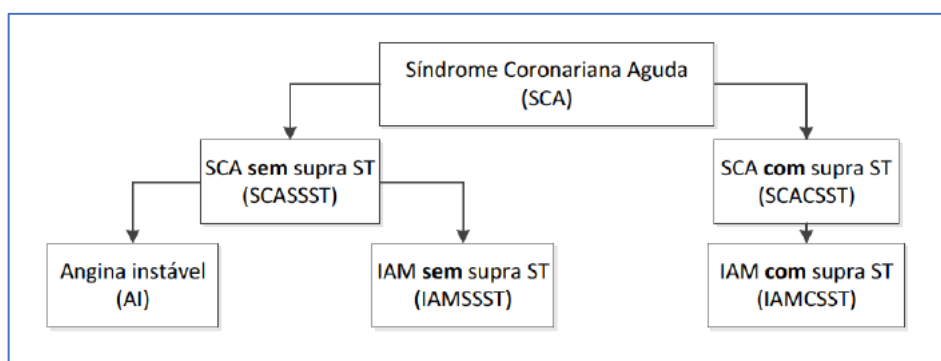


Figura 4 – categorias de Síndrome coronarianas agudas.

Fonte: Protocolo Clínico da Conitec

Para a rede de atenção à saúde poder lidar com as síndromes coronariana agudas, o Protocolo Clínico de Síndromes Coronarianas Agudas, disponível na página da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde, prevê um conjunto de condutas.¹¹

No caso do IAMCSST, o melhor tratamento, quando disponível, é a intervenção percutânea primária, para a reperfusão coronária, que deve ser iniciada em até 90

¹¹ Disponível em: www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/protocolo_uso/pcdt_sindromescoronarianasagudas.pdf. Acesso em 12 nov. 2024.

minutos após a admissão do paciente. Caso não seja possível, deve-se considerar a terapia trombolítica.¹²

A **Intervenção Coronária Percutânea (ICP) primária** é um procedimento que utiliza um cateter-balão, com ou sem a implantação de stents coronários, para restaurar mecanicamente o fluxo sanguíneo nas artérias coronárias obstruídas, sem o uso prévio de agentes fibrinolíticos. Este método é eficaz em reestabelecer o fluxo coronariano normal (classificação TIMI grau 3) em mais de 90% dos casos, reduzindo significativamente a incidência de isquemia recorrente e reinfarto, além de minimizar o risco de complicações hemorrágicas graves, como acidente vascular cerebral.¹³

Segundo o Ministério da Saúde, dentro das 3 primeiras horas de apresentação dos sintomas, **não há diferença** entre a **terapia fibrinolítica e angioplastia (ICP) primária** no benefício em relação à mortalidade, com exceção dos casos de rápida evolução com instabilidade e choque cardiogênico, em que a ICP primária deve ser a opção terapêutica.¹⁴

Assim, pacientes com IAMCSST **com menos de 3 horas do início dos sintomas**, exceto em casos de contraindicação, **devem** receber terapia fibrinolítica imediatamente quando o transporte para a realização de angioplastia primária não puder ser realizado dentro de 90 minutos.

Quando indicado uso de **trombólise pré-hospitalar**, deve estar **presente um médico capacitado**, em ambulância equipada com ECG, para diagnóstico e monitorização contínua, além de material para atendimento de parada cardiorrespiratória. Ressalta-se que o objetivo é reduzir o tempo de isquemia total, definido como o tempo entre o início dos sintomas e o início da terapia de reperfusão.

¹² Disponível em: https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/infarto-agudo-do-miocardio/unidade-hospitalar/planejamento-terapeutico-com-icp/?utm_source=chatgpt.com#Tratamento&#pills-intervencao-coronaria. Acesso em 12 nov. 2024.

¹³ PIEGAS, LS, et al. **V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST**. Arq Bras Cardiol. 2015

¹⁴ Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/infarto-agudo-do-miocardio/servico-de-atendimento-movel/manejo-inicial/>. Acesso em 12 nov. 2024.

Nesse sentido, o protocolo clínico para as Síndromes Coronarianas Agudas do Ministério da Saúde apresenta a seguinte terminologia dos tempos da reperfusão coronariana e para o uso de trombolíticos:

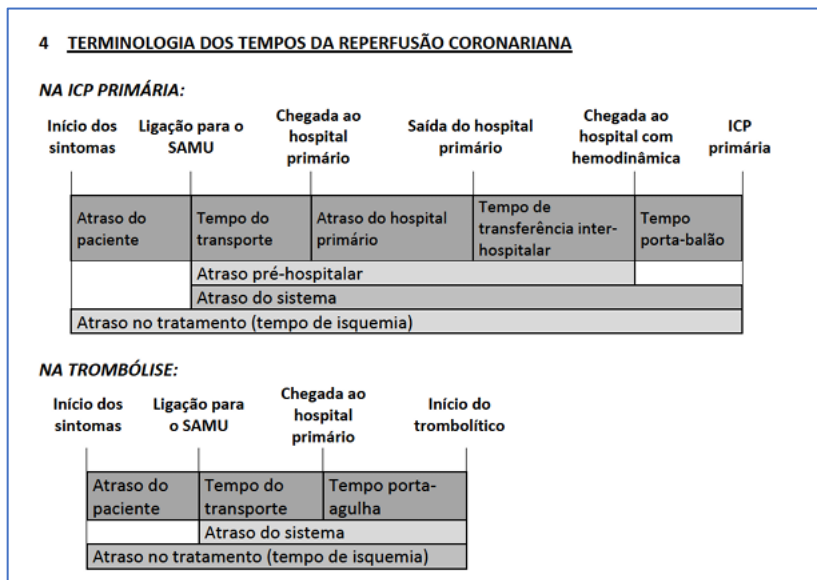


Figura 5 – Terminologia dos tempos da reperfusão coronariana

Fonte: Protocolo Clínico das Síndromes Coronarianas Agudas do Ministério da Saúde

A transferência para ICP primária deve ser realizada para pacientes com IAMCSST que se apresentarem após 3 horas de dor, especialmente em pacientes de alto risco, se o atraso provocado pela transferência for menor que 60 minutos.

A transferência para um centro com um serviço de hemodinâmica deve ser feita assim que possível nos pacientes de alto risco, seja para realização de ICP, se necessário, ou para estratificação invasiva precoce.

Ainda segundo o art. 142 §1º c/c art. 146, II da Portaria de Consolidação GM/MS 2/2017 A Unidade Coronariana (UCO) é uma UTI dedicada ao cuidado a pacientes com síndrome coronariana aguda.

Para a habilitação de uma Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO), os hospitais devem atender aos seguintes requisitos:

- Atender aos critérios exigidos para a habilitação de uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-a) Tipo II ou Tipo III.

- Estar habilitado como Unidade ou Centro de Referência de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular.
- Dispor de Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cardiologia Intervencionista, conforme regulamentação específica.
- Integrar-se aos demais pontos de atenção a urgências e emergências, assegurando cuidado integral e de qualidade ao paciente com Síndrome Coronariana Aguda.
- Possibilidade de habilitar um mínimo de 20% dos leitos de UTI Adulto Tipo II ou III existentes como leitos UCO, conforme necessidade, desde que atendidos os critérios específicos estabelecidos.

Dados sobre Doenças Cardiovasculares

Dados derivados do *Global Burden of Disease Collaborative Network*, segundo a Estatística Cardiovascular – Brasil 2023¹⁵, o Brasil, em 2021, apresentou uma taxa de 162,2 óbitos por 100 mil habitantes (padronizado por idade) para as doenças cardiovasculares, estando o Espírito Santo acima da média nacional, com uma taxa de 165,9. Ressalta-se que o ano de 2021 foi bastante impactado pela COVID-19.

O Estado do Espírito Santo alcançou a 12ª colocação, estando atrás da Bahia (148), Ceará (164), Goiás (159,2), Mato Grosso (151,7), Minas Gerais (135,6), Paraná (158,7), Rio Grande do Norte (148,5), Rio Grande do Sul (147,3), Rondônia (156,2), Santa Catarina (150,9), e Sergipe (151,9). O três piores unidades federativas foram Maranhão (218), Roraima (211,6) e Alagoas (203,8).

A Tabela 1 evidencia os resultados coletados:

¹⁵ Disponível em: https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-121-2-e20240079/0066-782X-abc-121-2-e20240079.x71817.pdf. Acesso em 10 nov. 2024.

Tabela 1 - Taxas de mortalidade por doença cardiovascular padronizadas por idade, Brasil e unidades federativas, 2021

Unidades federativas	Mortalidade
Acre	168,8(153,6-181,3)
Alagoas	203,8(178,4-228,3)
Amapá	176(154,9-198,3)
Amazonas	145,2(130,7-157,6)
Bahia	148(130,6-164,3)
Ceará	164(141,1-185,4)
Distrito Federal	172(153,8-188,1)
Espírito Santo	165,9(145,4-180,8)
Goiás	159,2(142,4-174,1)
Maranhão	218,1(196,1-241,4)
Mato Grosso	151,7(133,6-165,8)
Mato Grosso do Sul	170,9(153,5-188,6)
Minas Gerais	135,6(120,4-147,7)
Pará	168,2(143,5-196,1)
Paraíba	169,5(154,2-185,3)
Paraná	158,7(144,9-172,8)
Pernambuco	181,2(158,2-197,7)
Piauí	174(149,3-194,7)
Rio de Janeiro	182,1(160,3-200,7)
Rio Grande do Norte	148,5(130,7-164)
Rio Grande do Sul	147,3(133,5-159,8)
Rondônia	156,2(135,4-176)
Roraima	211,6(182,7-243)
Santa Catarina	150,9(132,4-164,3)
São Paulo	168,9(148,5-186,4)
Sergipe	151,9(135-165,7)
Tocantins	190,2(168,6-214,6)
Brasil	162,2(145,8-171,5)

Fonte: Estatística Cardiovascular – Brasil 2023

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde¹⁶, o Brasil apresenta um desempenho melhor que a média mundial em relação às mortes por doenças cardiovasculares, registrando 166,2 óbitos por 100 mil habitantes, enquanto a média global é de 216,7 óbitos por 100 mil habitantes.

O Brasil apresenta melhores índices de mortalidade por doenças cardiovasculares em comparação com países em desenvolvimento como Rússia, Indonésia, Índia, China, África do Sul e Colômbia. Por outro lado, está atrás de outros países em desenvolvimento, como México e Argentina, além de nações desenvolvidas, incluindo Estados Unidos, Finlândia, Singapura, Reino Unido, Canadá, França e Japão.

O Gráfico 1 permite comparar os países mencionados:

¹⁶ Disponível em: <https://ourworldindata.org/cardiovascular-diseases#all-charts>. Acesso em 10 nov. 2024.

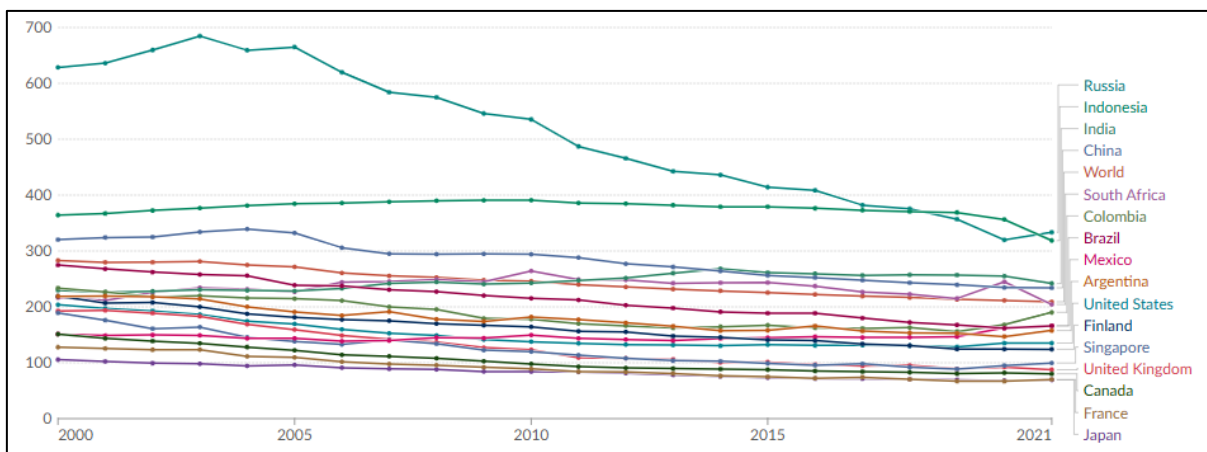


Gráfico 1 – Taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares, por 100 mil habitantes, 2000 a 2021, de Rússia, Indonésia, Índia, China, mundo, África do Sul, Colômbia, Brasil, México, Argentina, Estados Unidos, Finlândia, Singapura, Reino Unido, Canadá, França e Japão (padronizada por idade)

Fonte: Organização Mundial de Saúde. Publicado por [ourworldindata](https://ourworldindata.org).

Ao analisar os dados com foco no Brasil, comparado ao padrão mundial, verifica-se que o Brasil seguiu o ritmo de queda mundial, porém apresentados resultados melhores.

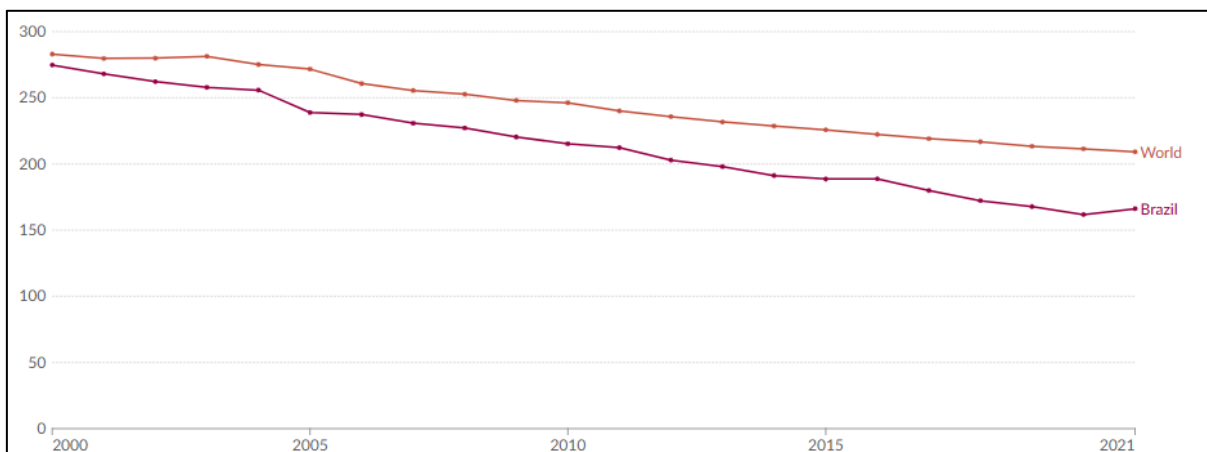


Gráfico 2 - Taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares, por 100 mil habitantes, 2000 a 2021, do mundo e do Brasil.

Fonte: Organização Mundial de Saúde. Publicado por [ourworldindata](https://ourworldindata.org).

No âmbito do AVC, em 2021, o Espírito Santo apresentou resultados próximos ao nacional, obtendo uma taxa de 34,2 óbitos por 100 mil habitantes (padronizado por idade), enquanto o Brasil apresentou uma taxa de 31,7.

O Espírito Santo ocupou a 12ª posição em mortalidade por AVC (34,2), padronizado por idade. À sua frente, estiveram os estados da Bahia (32,1), Ceará (33,6), Goiás (30,4), Mato Grosso (30,8), Mato Grosso do Sul (31,1), Minas Gerais (26,4), Paraíba (29,1), Rio de Janeiro (29,8), Rio Grande do Norte (25), Santa Catarina (32,1) e São

Paulo (28,6). Os três estados com as maiores taxas de mortalidade por AVC foram Maranhão (49,8), Roraima (48,3) e Alagoas (47).

A Tabela 2 evidencia os resultados coletados:

Tabela 2 - Taxas de mortalidade e DALYs¹⁷ padronizadas por idade por AVC por 100 mil, no Brasil e unidades federativas em 2021

	DALY	Mortalidade
Acre	560,4(513,8-606)	36,5(32,4-39,7)
Alagoas	753,8(667,3-828,1)	47(40,3-51,6)
Amapá	650,8(584-731,2)	42,1(35,8-47,8)
Amazonas	542,9(488,9-595,4)	35(31-38,2)
Bahia	523(454,7-580,2)	32,1(27,6-36)
Brasil	511,4(470,6-542,5)	31,7(28-33,9)
Ceará	513,5(445,6-580,7)	33,6(28,4-38,2)
Distrito Federal	573,3(521,3-630,5)	44,5(39,9-48,7)
Espírito Santo	553,3(494,4-602,7)	34,2(29,3-37,4)
Goiás	481,4(442,4-532,4)	30,4(26,7-33,5)
Maranhão	759,8(674,3-858)	49,8(42,8-56)
Mato Grosso	514,2(468,1-566,2)	30,8(27,2-33,7)
Mato Grosso do Sul	505(455,8-558,7)	31,1(26,9-34,8)
Minas Gerais	435,4(389,6-474,2)	26,4(23,3-28,9)
Pará	670,8(580,7-786,5)	41(34-47,8)
Paraíba	464,1(421,5-510,6)	29,1(25,8-31,8)
Paraná	586(532,3-638)	36,9(33,6-40,5)
Pernambuco	505,3(453,8-556,3)	31,8(27,5-34,9)
Piauí	602,4(523,5-672,7)	38,7(31,6-43,7)
Rio de Janeiro	497,1(444,2-551,7)	29,8(26-33)
Rio Grande do Norte	407,1(359,5-449,7)	25(21,1-27,9)
Rio Grande do Sul	566,8(515,1-614,4)	34,5(30,6-37,6)
Rondônia	514,3(451,9-584,8)	32,5(27,6-36,9)
Roraima	716(609,1-849,4)	48,3(41,2-55,7)
Santa Catarina	491,6(434,5-534,6)	32,1(27,7-35,3)
São Paulo	461,3(410,5-505,7)	28,6(24,3-31,6)
Sergipe	555,7(505,6-603,1)	35,1(30,8-38,7)
Tocantins	622,8(563-700,3)	39,5(34,3-44,9)

Fonte: Estatística Cardiovascular – Brasil 2023

Em 2021, o Espírito Santo registrou uma taxa de 65,6 óbitos por 100 mil habitantes, padronizada por idade, devido a doenças arteriais coronarianas. Esse índice é inferior à média nacional, que foi de 67,1 óbitos por 100 mil habitantes, posicionando o estado na 12ª colocação. O Espírito Santo ficou atrás dos estados do Amazonas (54,1), Bahia (56), Distrito Federal (61,4), Goiás (65,3), Mato Grosso (60,3), Minas Gerais (50,7), Paraná (61,3), Rio Grande do Sul (58,6), Rondônia (64,3), Santa Catarina (61,2) e Sergipe (57,3).

¹⁷ Anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (do inglês, Disability-Adjusted Life-Years).

Tabela 3 - Estimativas das taxas de mortalidade e DALYs padronizadas por idade (por 100 mil) por doença arterial coronariana no Brasil e suas unidades federativas em 2021

	Mortalidade	DALYs
Brasil	67,1 (60,9;71,0)	1432,5 (1345,3;1511,2)
Acre	67,3 (61,8;72,6)	1344,1 (1256,4;1451,6)
Alagoas	80,1 (71,0;90,7)	1731,7 (1547,7;1969,4)
Amapá	68,4 (59,8;77,5)	1381,4 (1223,7;1554,6)
Amazonas	54,1 (48,3;59,4)	1117,4 (998,0;1210,4)
Bahia	56,0 (49,3;63,0)	1216,2 (1066,7;1363,9)
Ceará	70,1 (60,2;79,7)	1434,2 (1220,1;1636,2)
Distrito Federal	61,4 (54,2;67,1)	1049,1 (939,5;1153,0)
Espírito Santo	65,6 (57,4;71,5)	1369,2 (1227,2;1499,2)
Goiás	65,3 (58,3;71,6)	1403,7 (1291,0;1548,4)
Maranhão	89,0 (78,7;99,2)	1850,9 (1620,1;2091,6)
Mato Grosso	60,3 (52,9;66,0)	1281,8 (1146,9;1410,7)
Mato Grosso do Sul	75,5 (68,5;84,1)	1610,5 (1470,1;1780,6)
Minas Gerais	50,7 (44,6;55,2)	1111,3 (983,7;1218,0)
Pará	67,9 (57,9;79,8)	1468,3 (1285,2;1728,1)
Paraíba	77,4 (69,9;83,6)	1658,3 (1508,4;1813,6)
Paraná	61,3 (55,7;66,5)	1277,9 (1181,0;1392,8)
Pernambuco	81,8 (72,4;89,0)	1752,5 (1582,0;1921,1)
Piauí	67,3 (58,6;76,5)	1442,9 (1267,8;1654,2)
Rio de Janeiro	81,3 (71,6;89,9)	1762,7 (1583,4;1935,2)
Rio Grande do Norte	71,6 (63,3;79,4)	1548,9 (1392,2;1715,0)
Rio Grande do Sul	58,6 (53,1;64,0)	1195,2 (1082,3;1308,8)
Rondônia	64,3 (56,1;72,0)	1309,8 (1151,0;1474,5)
Roraima	77,0 (66,2;89,1)	1503,6 (1277,2;1777,9)
Santa Catarina	61,2 (54,0;66,7)	1233,4 (1105,8;1349,6)
São Paulo	72,8 (64,4;80,2)	1568,9 (1431,1;1730,3)
Sergipe	57,3 (51,0;62,9)	1208,0 (1105,0;1315,9)
Tocantins	72,6 (63,3;82,5)	1531,7 (1339,5;1735,3)

Fonte: Estatística Cardiovascular – Brasil 2023

Os piores estados para esse indicador se encontraram no Maranhão (89), no Rio de Janeiro (81,3) e em Alagoas (80,1).

PLANOS, PROTOCOLOS E CONCEITOS ASSOCIADOS AO CUIDADO E PREVENÇÃO NO ÂMBITO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030, serve como diretriz para a prevenção dos fatores de risco associados às Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) e para a promoção da saúde da população, com foco na redução das desigualdades em saúde.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como **doenças cardiovasculares**, cânceres, diabetes e doenças respiratórias crônicas, são responsáveis por uma parcela significativa da mortalidade no Brasil. Em 2019, por exemplo, essas condições representaram 54,7% dos óbitos registrados no país, enquanto os agravos contribuíram com 11,5%.

Entre os indicadores do plano está a mortalidade prematura por DCNT, que inclui doenças cardiovasculares (CID I00 a I99). A meta estabelecida é **reduzir essa mortalidade em 2% ao ano**. Essa meta está alinhada aos Objetivos de

Desenvolvimento Sustentável (ODS), que buscam reduzir, até 2030, um terço da mortalidade prematura por doenças não transmissíveis por meio de prevenção e tratamento, promovendo a saúde mental e o bem-estar.

O indicador utilizado pelos ODS, o 3.4.1, mede a taxa de mortalidade por doenças do **aparelho circulatório**, tumores malignos, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas. O mesmo indicador também está presente no Plano Estadual de Saúde 2024-2027, com a meta de alcançar a taxa de 254,3 óbitos por 100 mil habitantes até 2027.

O plano nacional de enfrentamento da DCNT aborda ações estratégicas para promoção, prevenção e cuidado relacionados às doenças cardiovasculares, incluindo a implantação de protocolos de tratamento e melhorias na logística para transporte e transferência de pacientes com síndrome coronariana aguda e acidente vascular encefálico. No entanto, o documento não apresenta um modelo lógico específico para doenças cardiovasculares, o que dificulta a compreensão do encadeamento lógico entre intervenções e indicadores. Além disso, alguns indicadores são mencionados sem descrição detalhada de suas fórmulas ou fontes.

Os indicadores e as metas do plano para reduzir fatores de risco, que têm como principal fonte de coleta de dados o Vigitel, incluem:

- Reduzir a prevalência de tabagismo em 30%;
- Reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%;
- Deter o crescimento da obesidade em adultos;
- Aumentar o consumo de hortaliças e frutas;
- Aumentar em 10% a prática de atividade física no tempo livre;
- Aumentar a cobertura de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos para 70%;
e
- Aumentar a cobertura de exames de Papanicolau para 85%.

O Vigitel integra o Sistema de Vigilância de DCNT do Ministério da Saúde e, desde 2006, coleta dados por meio de inquéritos telefônicos **nas capitais dos estados** e no Distrito Federal. Ele monitora fatores de risco e proteção relacionados a diabetes, câncer, doenças cardiovasculares e respiratórias. Além disso, o sistema complementa

informações provenientes de outros inquéritos, como a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), que avalia a situação de saúde da população para planejar ações e programas.

O plano também destaca ações estratégicas específicas para enfrentar doenças cardiovasculares, como o aumento da prática de atividade física, ampliação da cobertura na Atenção Primária à Saúde (APS) e o fortalecimento de serviços voltados ao diagnóstico, acompanhamento e controle de hipertensão arterial sistêmica e dislipidemias em adultos. Outras ações incluem o rastreamento de risco cardiovascular global, promoção de alimentação saudável e redução do tabagismo e do consumo de álcool.

Além disso, a Portaria GM/MS 3.008, de 4 de novembro de 2021, instituiu a Estratégia de Saúde Cardiovascular (ECV), no âmbito da APS, com os seguintes objetivos:

- Qualificar a atenção integral às pessoas com doenças cardiovasculares na APS;
- Apoiar ações de prevenção e controle das doenças cardiovasculares, com ênfase em hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM);
- Promover o controle de níveis pressóricos e glicêmicos, melhorar a adesão ao tratamento e reduzir complicações, internações e morbimortalidade por doenças cardiovasculares.

A ECV reforça o compromisso nacional de combater as DCNT, alinhando-se aos esforços globais e locais para reduzir sua prevalência e impacto na saúde da população brasileira.

A ECV conta com um [instrutivo para profissionais e gestores de saúde na APS](#), que contempla 5 passos para a implementação, monitoramento e avaliação das ações estratégicas a serem desenvolvidas pelos gestores. Esse documento não aponta diretamente quais indicadores devem ou podem ser instituídos pela APS, ao contrário, aponta que cabe à APS incluir indicadores de processo e de resultado para monitoramento e avaliação.

O instrutivo lista um conjunto de publicações que se consolidam como arcabouço de ofertas da gestão federal que podem subsidiar e apoiar a implementação das ações

estratégicas nos diferentes municípios, entre as quais as linhas de cuidado de Hipertensão Arterial Sistêmica, de Acidente Vascular Cerebral e de Infarto Agudo do Miocárdio.

As linhas de cuidado descrevem rotinas do itinerário do paciente, contemplando informações relativas às ações e atividades de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, a serem desenvolvidas por equipe multidisciplinar em serviço de saúde.

As linhas de cuidado têm como objetivo orientar o serviço de saúde de forma a centrar o cuidado no paciente e em suas necessidades; demonstrar os fluxos assistenciais com planejamento terapêuticos seguros nos diferentes níveis de atenção; e estabelecer o “percurso assistencial” ideal dos níveis de atenção de acordo com as suas necessidades.

Segundo Villaça, as linhas de cuidado se aproximam do conceito de linhas-guia, que se tratam de recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a uma determinada condição de saúde, realizadas de modo a normatizar todo o processo, ao longo de sua história natural, cobrindo, portanto, as intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas realizadas em todos os pontos de atenção de uma rede de atenção à saúde.¹⁸

Conceito interrelacionado às linhas-guia são os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas cujo processo de elaboração perpassa pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), que por meio de comitê próprio emitem relatórios sobre sua constituição ou alteração (art. 6º, II do Decreto 7.646, de 21 de dezembro de 2011).

Trata-se de documentos que estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos,

¹⁸ MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: [data de acesso].

a serem seguidos pelos gestores do SUS (art. 1º, Parágrafo único, II do Decreto 7.646, de 21 de dezembro de 2011).

Em linha com o objetivo da **prevenção** das doenças cardiovasculares, o Caderno de Atenção Básica n.º 29 dispõe que **prevenção é todo ato que tem impacto na redução da mortalidade e morbidade das pessoas, sendo dividida em quatro espécies: prevenção primária, prevenção secundária, prevenção terciária e prevenção quaternária.**

Prevenção Primária: Foca na **promoção** da saúde e na proteção específica contra doenças **antes que estas ocorram**. Inclui ações como vacinação, **incentivo à alimentação saudável, prática regular de atividades físicas e campanhas contra o tabagismo**. O objetivo é reduzir a incidência de doenças na população.

Prevenção Secundária: Visa a **detecção precoce de doenças e a intervenção imediata** para interromper sua progressão. Envolve atividades como rastreamento e exames periódicos para identificar condições em estágios iniciais, permitindo tratamentos mais eficazes e a redução de complicações. Um dos exemplos é a utilização de rastreamento.

Prevenção Terciária: Concentra-se na **reabilitação e na redução de sequelas em indivíduos já afetados por doenças**. O objetivo é **minimizar o impacto da doença**, melhorar a qualidade de vida e reintegrar o indivíduo à sociedade. Inclui programas de fisioterapia, reabilitação cardíaca e suporte psicológico.

Prevenção Quaternária: Busca **evitar intervenções médicas desnecessárias** e reduzir a iatrogenia, ou seja, danos causados por ações médicas. Envolve a identificação de pacientes em risco de hipermedicalização e a promoção de cuidados baseados em evidências, respeitando a autonomia e o bem-estar do paciente.

Esses níveis de prevenção são fundamentais para a elaboração de políticas de saúde pública e para a prática clínica, visando a promoção integral da saúde e a prevenção de doenças em diferentes estágios.

Planos e programas específicos com indicadores abrangentes para perfis específicos de problemas no âmbito das doenças cardiovasculares

Em pesquisa em países desenvolvidos, verificou-se a existência de planos e programas específicos que permitem uma abordagem segmentada de intervenções na área cardiológica, com indicadores próprios.

Essa busca se justifica pela ausência de documentos institucionais que detalhem planos, objetivos e indicadores específicos voltados a essas condições, limitando-se atualmente à apresentação de um indicador de impacto, em agregado, para doenças crônicas não transmissíveis, contida no Plano Estadual de Saúde, em conjunto, com outras doenças.

A seguir, serão apresentados exemplos como o Plano de AVC da Europa, o Programa Nacional de Auditoria Cardíaca e o Programa Nacional de Auditoria de Acidente Vascular Cerebral Sentinela, ambos do Reino Unido, que ilustram abordagens mais robustas e integradas para o manejo das doenças cardiovasculares.

A Organização Europeia para Acidentes Vasculares Cerebrais (ESO) e a Aliança Europeia para o AVC (SAFE) instituíram o Plano de Ação para o AVC na Europa de 2018 a 2030, que contempla o seguinte texto em seu documento, buscando alinhá-los aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável:

“[o plano] está alinhado com [...] o Plano de Ação Global da OMS para as DNT de 2013-2020, o Plano de Ação Europeu da OMS para as DNT e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU de 2015-2030”.

Ademais, o plano europeu conta com 7 domínios (prevenção primária, organização de cuidado no AVC, cuidados agudos no AVC, prevenção secundária, reabilitação, avaliação de resultados e vida pós-AVC) que, em conjunto, visam aos seguintes objetivos globais¹⁹:

- Reduzir em 10% o número absoluto de AVC na Europa;
- Tratar pelo menos 90% de todos os doentes que sofreram um AVC na Europa numa unidade de AVC dedicada, como primeiro nível de cuidados;

¹⁹ Disponível em: <https://www.safestroke.eu/wp-content/uploads/2019/05/sap-portugal-s.pdf>. Acesso em 10 nov. 2024.

- Ter planos nacionais para o AVC que abranjam toda a cadeia de cuidados, desde a prevenção primária até a vida Pós-AVC; e
- Implementar totalmente estratégias nacionais para intervenções multissetoriais de saúde pública para promover e facilitar um estilo de vida saudável e reduzir os fatores ambientes (incluindo a poluição atmosférica), socioeconômicos, educacionais que aumentam o risco de AVC.

Para cada domínio consta um conjunto de metas²⁰, tais como garantir que pelos menos 90% da população tenha acesso à reabilitação precoce na unidade de AVC (domínio da reabilitação) e reduzir as taxas de letalidade no primeiro mês para menos de 25% para Hemorragia subaracnoide e aumentar a taxa de bons resultados funcionais para mais de 50% (domínio da gestão do AVC agudo).

No âmbito da gestão do AVC agudo, o plano tem como um dos objetivos diminuir os tempos medianos de **início de sintomas-agulha para menos de 120 minutos no caso de trombólise intravenosa e os tempos desde o início de sintomas até à reperusão para menos de 200 minutos no caso de tratamento endovascular.**

Para a gestão da prevenção primária, tem como objetivos detectar e controlar a hipertensão arterial alta em 80% das pessoas com hipertensão.

Para isso foram propostos 16 KPI (Key Performance Indicator), que em português significa indicador-chave de desempenho.²¹

Alguns desses indicadores não estão relacionados diretamente à gestão clínica do paciente, mas a aspectos estratégicos de controle, coordenação, coerência e alinhamento, tais como a construção de para intervenções multissetoriais de saúde pública que promovam e facilitem um estilo de vida saudável e o controle dos fatores de risco, a exemplo KPI 3.

O KPI 5, por sua vez, representa a realização de auditorias de qualidade continuamente ou em intervalos regulares em todas as unidades de AVC e outros serviços de AVC, independentes do setor.

²⁰ Disponível em: <https://actionplan.eso-stroke.org/domains/organisation-of-stroke-services>. Acesso em 12 nov. 2024.

²¹ Disponível em: <https://actionplan.eso-stroke.org/kpi/kpi-1>. Acesso em 12 nov. 2024.

O KP1, que possui semelhança com o conceito de linha de cuidado, tem como indicador o estabelecimento de plano nacional para o AVC que **define caminhos, cuidados, suporte após o AVC, incluindo fase pré-hospitalar, internação hospitalar, alta e transição, e acompanhamento.**

A seguir, os KPI existentes no Plano AVC da Europa 2018-2030:

Quadro 1 – KPI existentes no Plano AVC da Europa 2018-2030

KPI	Descrição
KPI 1. Plano Nacional de AVC	Existência de um plano nacional que define os caminhos, cuidados e suporte após o AVC, incluindo as fases pré-hospitalar, internação hospitalar, alta e transição, e acompanhamento. A meta é a existência de plano nacional em 100% dos países.
KPI 2. Participação de Organizações de Apoio ao AVC	Envolvimento de pelo menos um representante de uma Organização de Apoio ao AVC (SSO) no desenvolvimento do plano nacional de AVC ou diretrizes relacionadas. A meta é o envolvimento de 100% dos países.
KPI 3. Estratégia Nacional de Saúde Pública	Implementação de uma estratégia nacional para intervenções de saúde pública multissetoriais que promovam e facilitem um estilo de vida saudável e controle de fatores de risco. A meta é de implementar em 100% dos países.
KPI 4. Sistemas de Avaliação e Acreditação	Estabelecimento de sistemas nacionais e regionais para avaliar e credenciar serviços clínicos de AVC, fornecendo suporte para melhoria da qualidade e disponibilizando dados de auditoria ao público. A meta é a implementação em 100% dos países.
KPI 5. Auditoria de Serviços de AVC	Realização contínua ou em intervalos regulares de auditorias de qualidade em todas as unidades e serviços de AVC, independentemente do setor. A meta é de 100%.
KPI 6a. Acesso a Unidades de AVC	Percentual de pacientes com AVC agudo admitidos em unidades de AVC. A meta é de 90%.
KPI 6b. Acesso a Unidades de AVC < 24 horas	Percentual de pacientes com AVC agudo admitidos em unidades de AVC, dentro de 24 horas. A meta é de 90%.
KPI 7a. Taxa de Trombólise Intravenosa	Percentual de todos os pacientes admitidos com acidente vascular cerebral isquêmico que receberam Trombólise Intravenosa. A meta é de 15%.

KPI 7b. Taxa de Tratamento Endovascular	Percentual de todos os pacientes admitidos com acidente vascular cerebral isquêmico que receberam tratamento endovascular. A meta é de 5%.
KPI 8. Acesso a Diagnósticos Essenciais	Acesso a tomografia computadorizada (CT), ressonância magnética (MRI), imagem vascular, eletrocardiograma (ECG), monitoramento cardíaco de longo prazo, ecocardiograma (TTE, TOE), triagem de disfagia e exames de sangue durante a admissão na unidade de AVC. O KPI 8 é atendido se pelo menos seis dos sete testes forem obrigatórios.
KPI 9a. Acesso à Reabilitação Precoce	Percentual de pacientes com acesso à reabilitação precoce na unidade de AVC. Meta de 90%
KPI 9b. Alta Precoce assistida	Percentual de unidades de tratamento de AVC com acesso à alta processo assistida. Meta de 90%.
KPI 10. Acesso à Prevenção Secundária Básica	Percentual de pacientes que recebem prevenção secundária básica, incluindo antitrombóticos, anti-hipertensivos e estatinas, bem como aconselhamento sobre estilo de vida (% de acordo com dados da OMS). Meta de 90%.
KPI 11. Plano de Reabilitação Personalizado	Percentual de pacientes que recebem um plano de reabilitação personalizado e documentado no momento da alta. Meta de 60%.
KPI 12a. Acompanhamento Pós-AVC	Percentual de pacientes que receberam acompanhamento entre 3 a 6 meses após o incidente de AVC. Meta de 90%.
KPI 12 b. Taxa de Mortalidade por AVC	Percentual de pacientes com avaliação funcional e por meio de lista de verificação pós-AVC com encaminhamento para intervenções relevantes acompanhadas de 3 a 6 meses. Meta de 90%

Fonte: <https://actionplan.eso-stroke.org/kpi/kpi-1>

Esses indicadores fornecem uma estrutura abrangente para avaliar e melhorar os serviços de AVC, garantindo que os pacientes recebam cuidados de alta qualidade em todas as etapas, desde a prevenção até a reabilitação e acompanhamento contínuo.

Planos existentes no Reino Unido

O Programa Nacional de Auditoria de Acidente Vascular Cerebral Sentinela do Reino Unido (SSNAP) é um importante programa nacional de melhoria da qualidade da assistência médica com base na Escola de Ciências do Curso de Vida e População do King's College London (tradução livre). O SSNAP **mede a qualidade e a organização do tratamento de AVC no NHS em toda a Inglaterra, País de Gales e Irlanda do Norte.**

Um total de 44 indicadores-chave foram escolhidos como representantes de cuidados de AVC de alta qualidade. Os indicadores-chave são agrupados em 10 domínios que abrangem aspectos-chave do tratamento de AVC. O documento contendo as informações técnicas dos indicadores pode ser encontrada nesse [link](#).

Os domínios utilizados foram “scanning” (relacionado a exame de tomografia computadorizada no crânio), trombólise, unidades de AVC, Avaliações especializadas, terapia ocupacional, fisioterapia, terapia da fala e linguagem, Equipe Multidisciplinar em funcionamento, padrões até a alta e processos de alta. Os resultados do monitoramento desses indicadores podem ser verificados nesse [link](#).

O Quadro abaixo exemplifica alguns indicadores utilizados em cada domínio:

Quadro 2 -Indicadores utilizados pelo SSNAP do Reino Unido

Domínio	Indicador
1. Escaneamento	Percentual de pacientes submetidos a tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM) dentro de uma hora após a chegada ao hospital.
2. Unidade de AVC	Percentual de pacientes admitidos diretamente em uma unidade especializada em AVC dentro de quatro horas após o início do relógio
3. Trombólise	Porcentagem de pacientes aplicáveis admitidos diretamente em uma unidade de AVC dentro de 4 horas do início do tratamento e que receberam trombólise ou tiveram uma razão justificável pré-especificada ('não, mas') para que não pudesse ser administrada a trombólise.
4. Avaliações Especializadas	Porcentagem de pacientes aplicáveis que receberam um exame de

	deglutição dentro de 4 horas do início do relógio
5. Terapia Ocupacional	Conformidade (%) em relação à meta terapêutica de uma média de 25,7 minutos de terapia ocupacional em todos os pacientes.
6. Fisioterapia	Conformidade (%) em relação à meta terapêutica de uma média de 27,3 minutos de fisioterapia em todos os pacientes.
7. Terapia de Fala e Linguagem	Porcentagem média de dias de internação de um paciente em que a terapia da fala e da linguagem é recebida.
8. Trabalho em Equipe Multidisciplinar	Porcentagem de pacientes aplicáveis que foram avaliados por um terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, e fonoaudiólogo, dentro de 72 horas do início do relógio.
9. Padrões até a Alta	Percentual de pacientes avaliados quanto ao estado nutricional e atendidos por um nutricionista até a alta hospitalar.
10. Processos de Alta	Percentual de pacientes que receberam um plano de alta personalizado documentado.

Fonte: [Link](#)

Outro benchmarking trata-se do Instituto Nacional de Pesquisa de Resultados Cardiovasculares (NICOR) do Reino Unido, composto por analistas, especialistas em TI, acadêmicos, gerentes, que fornece suporte para o Programa Nacional de Auditoria Cardíaca.

O referido Programa abrange a qualidade do atendimento e medidas de resultados em dez domínios cardiovasculares, sendo o total de sete contendo um conjunto de indicadores:

Quadro 3 – Domínios do Programa Nacional de Auditoria Cardíaca

1. Auditoria Nacional de Cirurgia Cardíaca em Adultos (NACSA) (link) (resultados)	Tempo de espera para revascularização do miocárdio (CABG) eletiva – do cateterismo à data da cirurgia
	Tempo de espera para revascularização do miocárdio (CABG) urgente – do cateterismo à data da cirurgia

	Proporção de revascularizações do miocárdio (CABG) urgentes realizadas dentro de sete dias após a angiografia coronariana
	Proporção de pacientes com admissão no dia da cirurgia (DOSA) para revascularização do miocárdio (CABG) eletiva
	Reabertura por sangramento e taxas de transfusão de sangue após revascularização do miocárdio (CABG)
	Proporção de pacientes discutidos pré-operatoriamente em uma reunião de Equipe Multidisciplinar (MDT) com quórum
2. Auditoria Nacional de Doenças Cardíacas Congênitas (NCHDA) (link) (resultados)	Atividade procedimental por faixa etária e por centro; atividade baseada em cateterismo e cirúrgica
	Mortalidade em 30 dias ajustada pelo risco no nível do centro, estratificada por procedimento, após procedimentos agregados e específicos de Doença Cardíaca Congênita (DCC) em crianças e adultos (16 anos ou mais), utilizando coortes de pacientes de três anos consecutivos
	Incidência de seis complicações pós-procedimento: Uso de suporte vital extracorpóreo, Necessidade de terapia renal substitutiva, Necessidade não planejada de marcapasso, Drenagem pleural prolongada, Necessidade de procedimento de emergência após intervenção por cateter, e Embolização de dispositivo implantado por via transcateter
	Diagnóstico pré-natal de DCC naqueles que necessitam de um procedimento na infância - geral e para 4 diagnósticos específicos: Síndrome do coração esquerdo hipoplásico (HLHS), Transposição das grandes artérias com septo ventricular intacto (TGAIVS), Tetralogia de Fallot (TOF), Defeito completo do septo atrioventricular (cAVSD)
	Pontuação do Indicador de Qualidade dos Dados
3. Auditoria Nacional de Intervenções Coronárias Percutâneas (NAPCI) (link) (resultados)	Uso de imagem intracoronária (ICI) para guiar a ICP em lesões do tronco principal esquerdo
	Proporção de pacientes eletivos tratados por ICP para sintomas estáveis que são tratados em regime de hospital-dia
	Utilização de novos agentes antiplaquetários P2Y12 durante a ICP primária
	Percentuais de caso de admissão que atenderam à meta de até 90 min para tempo porta-balão

	Percentuais de caso de admissão que atenderam à meta de até 150 min para tempo chamada-balão
4. Projeto Nacional de Auditoria de Isquemia Miocárdica (MINAP) (link) (resultados)	Tempo porta-balão para infarto com elevação no Segmento ST (parâmetro 60 min)
	Tempo chamada-balão para infarto com elevação no Segmento ST (parâmetro 120 min)
	Proporção de pacientes com infarto do miocárdio com elevação do segmento ST (STEMI) que não recebem terapia de reperfusão, dentre aqueles para os quais a reperfusão seria clinicamente indicada e ainda viável
	proporção de pacientes com STEMI que recebem avaliação ecocardiográfica durante a internação inicial
	Proporção de pacientes com NSTEMI (sem elevação do segmento ST) que são admitidos em unidades especializadas em cuidados cardíacos (como UTI, unidades de cuidados cardíacos ou enfermarias específicas), entre aqueles que sobreviveram ao atendimento inicial no departamento de emergência e foram internados.
	Proporção de pacientes com NSTEMI que recebem atendimento especializado por um cardiologista ou por uma equipe supervisionada por um cardiologista durante a internação, em relação ao total de pacientes internados com esse diagnóstico.
	Proporção de pacientes com NSTEMI que são submetidos à angiografia coronária durante a internação,
	Proporção de pacientes submetidos a angiografia dentro de 72 horas de admissão hospitalar com NSTEMI
	Porcentagem de pacientes que recebem alta com todos os medicamentos de prevenção secundária para os quais são elegíveis após STEMI ou NSTEMI
	Proporção de pacientes com STEMI ou NSTEMI, com disfunção ventricular grave (LVEF <30%) identificada por ecocardiograma, que recebem prescrição de antagonistas da aldosterona na alta hospitalar.
	Proporção de pacientes com infarto agudo do miocárdio (STEMI ou NSTEMI) que são encaminhados para um programa de

	reabilitação cardíaca no momento da alta hospitalar, entre aqueles que sobreviveram à internação, não foram transferidos para outro hospital, não recusaram o encaminhamento e para os quais a reabilitação cardíaca é considerada indicada.
5. Implante de Válvula aórtica do Forame Oval (TAVI) (link) (resultados)	Número total de procedimentos de TAVI realizados pelo centro no período de um ano.
	Percentual de procedimentos de TAVI que usaram anestesia local
	Percentual de Procedimentos TAVI com Acesso Percutâneo
	Percentual de Procedimentos TAVI com Acesso femoral
6. Registro de Oclusão do Apêndice Atrial Esquerdo (LAAO)	Não foram encontrados indicadores
7. Procedimento de Válvula Mitral e Tricúspide Transcateter (TMTV)	Não foram encontrados indicadores
8. Auditoria Nacional de Insuficiência Cardíaca (NHFA) (link) (resultados)	Percentual de pacientes com admissão inicial por insuficiência cardíaca que realizaram um ecocardiograma.
	Percentual de pacientes admitidos por insuficiência cardíaca que foram internados em uma enfermaria
	Percentual de pacientes admitidos com insuficiência cardíaca aguda que foram atendidos por um membro da equipe de insuficiência cardíaca
	Indicador relacionado à prescrição de Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA), Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina II (BRA) ou Inibidores da Neprilisina e do Receptor de Angiotensina (ARNI), juntamente com betabloqueadores e antagonistas dos receptores de mineralocorticoides (MRA),
9. Auditoria Nacional de Gestão do Ritmo Cardíaco (NACRM) (link) (resultados)	Indicador relacionado à completude dos dados
	Indicador relacionado à padrões de qualidade por hospital
	Indicador relacionado à padrões de qualidade, por especialista

	Proporção de pacientes submetidos ao primeiro implante de marcapasso que atenderam aos critérios estabelecidos
	Taxas de Reintervenção após Implante de Dispositivo e Procedimentos de Ablação
10. Registro de Fechamento Percutâneo do Forame Oval (PFOC)	Não foram encontrados indicadores

Fonte: Elaboração própria a partir do [NICOR](#). Tradução livre.

A segmentação das áreas de intervenção permite uma compreensão aprofundada de cada aspecto relacionado às doenças cardiovasculares. Ao adotar uma abordagem analítica na elaboração de planos para doenças cardiovasculares, é possível desenvolver estratégias mais eficazes, direcionadas que atendam às necessidades específicas da população e contribuam para a redução da incidência e mortalidade associadas a essas doenças.

A adoção do **modelo inglês** como **benchmarking** para a formulação de políticas públicas no Brasil não significa, necessariamente, uma mera **cópia integral** do sistema britânico, mas sim um processo de aprendizado e adaptação das melhores práticas para o contexto brasileiro. Esse processo é essencial para aprimorar a governança e a eficiência das políticas de saúde cardiovascular e demonstrar a natureza instrumental do plano para comunicar e permitir compreender o planejamento sistêmico do poder público.

Anexos e Apêndices

Constam como evidências da fiscalização os Apêndices 00005/2025 e 00006/2025 e Apêndices 00009/2025 a 00012/2025. Também são evidências os Anexos 482/2025 a 487/2025, os Anexos 522/2025 a 525/2025, e os Anexos 527/2025 e 539/2025.

2.1 BENEFÍCIOS ESPERADOS

Os benefícios esperados para o conjunto de deliberações sugeridas nessa peça são a melhora da governança sobre as linhas de cuidado de AVC e IAM, a apresentação de planos e indicadores voltados a doenças cardiovasculares, monitoramento e avaliação periódicos, o direcionamento de pacientes com AVC a hospitais habilitados em AVC e em tempo adequado, a melhoria na guarda de veículos, incluindo

ambulâncias e outros utilizados para a prestação de serviços públicos em saúde, limitando futuras depreciações e inutilizações, o aumento de profissionais mais capacitados para lidar com doenças cardiovasculares, a redução de riscos e melhoria na qualidade do atendimento aos pacientes com doenças cardiovasculares e um maior controle e planejamento da estratificação do risco cardiovascular.

Além disso, têm-se como benefícios esperados a redução dos riscos operacionais e uma maior segurança no atendimento para pacientes com doenças cardiovasculares, qualificações mais eficientes e alinhadas às demandas locais, a redução do tempo de espera para um amplo conjunto de consultas especializadas e de cirurgias cardíacas e bariátricas, um melhor controle sobre a utilização de leitos, e a redução na judicialização.

Por último, outros benefícios são: melhor utilização dos recursos tecnológicos, maior confiança na saúde pública, maior prevenção de complicações, agravamento e mortes, menor sobrecarga no sistema de saúde, aumento do controle social sobre o transporte do SAMU e sobre os medicamentos a serem ofertados pelo município, e redução no número de municípios com medicamentos de hipertensão em falta.

3 PLANOS, OBJETIVOS E INDICADORES PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES, ABRANGENDO SÍNDROME CORONARIANA AGUDA E ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

O Anexo da Portaria GM/MS 2.994, de 13 de dezembro de 2011, que aprova a linha de cuidado do Infarto agudo do Miocárdio e o Protocolo Clínico de Síndrome Coronarianas agudas apresenta em dois momentos um rol de indicadores propostas para monitoramento da implementação da linha de cuidado do IAM no Brasil, conforme se verifica nos dois quadros a seguir.

Quadro 4 - Indicadores sugeridos pelo Anexo da Portaria 2.994, de 13 de dezembro de 2011, que aprova a linha de cuidado do Infarto agudo do Miocárdio e o Protocolo Clínico de Síndrome Coronarianas agudas (parte 1)

INDICADORES	
SUGESTÃO DE INDICADORES A SEREM UTILIZADOS PELOS GESTORES	
ESTRUTURA	
1.	Atendimento pré-hospitalar: 1.1 Número de ambulâncias com ECG; 1.2 Número de profissionais habilitados para realização de ECG; 1.3 Número de profissionais habilitados a diagnosticar a SCACSST ao ECG.
2	Pronto atendimento: protocolos implementados para a rápida identificação dos pacientes com SCA.
3.	Conduta hospitalar: Quantitativo de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos com treinamento e conhecimento para o cuidado do paciente conforme protocolo e POPs, a partir do número de casos esperados.
4.	Planejamento da alta hospitalar: Existência de protocolos de alta hospitalar incluindo encaminhamento para reabilitação cardíaca.
PROCESSO	
Indicadores não farmacológicos	
5.	Eletrocardiograma realizado em 10 minutos após a entrada no hospital.
6.	ICP primária em 90 minutos após a entrada no hospital.
7.	Terapia de reperfusão em pacientes elegíveis com IAMCSST.
8.	Estratificação de risco: cateterismo cardíaco, teste ergométrico, cintilografia miocárdica ou ecocardiograma de estresse.
9.	Avaliação da função ventricular esquerda, preferencialmente por Ecocardiograma.
10.	Aconselhamento para cessação do tabagismo.
11.	Número de pacientes em reabilitação cardíaca pós-infarto.
Indicadores farmacológicos	
12.	Terapia fibrinolítica administrada entre 30 minutos da entrada do hospital.
13.	Administração de AAS na entrada do hospital.
14.	Prescrição de AAS na alta hospitalar.
15.	Prescrição de estatina na alta hospitalar.
16.	Prescrição de betabloqueador na alta hospitalar.
17.	Prescrição de IECA ou BRA na alta hospitalar.
RESULTADO	
18.	Mortalidade hospitalar.

Fonte: Anexo da Portaria 2.994, de 13 de dezembro de 2011

Quadro 5 – Indicadores sugeridos pelo Anexo da Portaria 2.994, de 13 de dezembro de 2011, que aprova a linha de cuidado do Infarto agudo do Miocárdio e o Protocolo Clínico de Síndrome Coronarianas agudas (parte 2)

4.1 Objetivo geral

Objetivo geral	Metas	Indicadores gerais
Implantar redes de atendimento ao IAM com supra de ST em regiões metropolitanas brasileiras	Reduzir a mortalidade prematura e as complicações do infarto agudo do miocárdio	- Número de mortes por IAM - Proporção de pacientes elegíveis aos quais se administrou terapias de reperfusão

4.2 Objetivos específicos

	Objetivos específicos	Metas	Indicadores para acompanhamento local
1	Divulgar o conhecimento referente ao infarto e seu tratamento	Fazer com que o paciente procure atendimento mais rapidamente frente a sintomas típicos de IAM	- Tempo entre o início da dor e a chamada do SAMU
2	Definir de protocolo padronizado para avaliação e tratamento do IAM	Disponibilizar de protocolo para avaliação e tratamento do IAM passível de ser usado nos diferentes pontos de cuidado, respeitando diferenças regionais	- Protocolo validado pelas sociedades científicas e gestores locais
3	Prover o transporte do paciente no menor espaço de tempo em viaturas equipadas com pessoal, equipamentos e medicamentos necessários ao atendimento	Reduzir o tempo de transporte de pacientes com IAM	- Tempo entre a chamada do SAMU e a chegada da ambulância - Tempo de transporte entre UPAs/hospitais primários e Unidade coronariana

	Objetivos específicos	Metas	Indicadores
4	Implantar ou incrementar as Centrais de regulação de urgência e emergência, com algoritmos específicos para a abordagem do IAM e protocolos estabelecidos de destinação dos pacientes	Disponibilizar de Central de Regulação capaz de seguir protocolos padronizados e encaminhar os pacientes com IAM aos pontos de atenção habilitados ao seu tratamento	- Presença de Central de regulação do SAMU - Tempo entre a chamada do SAMU e a chegada da ambulância - Tempo de transporte entre UPAs/hospitais primários e Unidade coronariana
5	Estabelecer rede de referências entre os pontos de atenção, com base espacial e administrativa, com sistema facilitado de comunicação entre os pontos	Definir fluxos com métodos facilitados de contato entre os pontos de atenção, sob a coordenação da Central de regulação	- Presença de fluxo definido, discutido pela rede e disponível em todos os pontos de atenção
6	Incentivar o uso de telemedicina para diagnóstico precoce e preciso do IAM com supra de ST	Disponibilizar de sistema de telemedicina nas ambulâncias do SAMU e nas UPAS/PS dos hospitais gerais, com transmissão para Central de Regulação e Hospitais de Referência. Aumentar a acurácia preditiva do diagnóstico ECG pré-hospitalar	- Proporção de unidades do SAMU e UPAS/PS hospitalares gerais com telemedicina - Proporção de pacientes para os quais foram obtidos ou transmitidos ECG adequados
7	Capacitar as equipes das UPAs e dos PS hospitalares gerais para o tratamento do IAM	Disponibilizar de equipes treinadas para a abordagem do IAM	- Número de equipes capacitadas sob o número total de equipes - Tempo entre a porta e o primeiro ECG - Proporção de pacientes elegíveis aos quais se administrou terapias de reperfusão
8	Induzir o uso da trombólise nas UPAS e nos PS hospitalares gerais	Aumentar o número de pacientes submetidos à terapia de reperfusão	- Proporção de pacientes elegíveis aos quais se administrou terapias de reperfusão - Tempo porta-agulha (para pacientes não transferidos)

	Objetivos específicos	Metas	Indicadores
9	Aumentar o número de leitos de Unidades Coronarianas em hospitais especializados para Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade dedicados à Rede de IAM	Disponibilizar de leitos de unidade coronariana em hospitais capazes de realizar angioplastia primária (conforme protocolo, na contra-indicação à trombólise ou em casos de alto risco) e de salvamento	- Número de leitos de UCo dedicados a rede
10	Otimizar o tratamento rápido do IAM com supra em hospitais especializados para Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade	Obter o melhor cuidado para os pacientes encaminhados para os hospitais especializados para Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade	- Mortalidade intra-hospitalar por IAM - Proporção de pacientes elegíveis aos quais se administrou terapias classe I baseado nas diretrizes - Tempo porta-balão - Tempo primeiro hospital-balão (para pacientes transferidos) - Tempo total de isquemia, estratificado por nível de transferência
11	Garantir leitos de retaguarda para a UCo, de forma a permitir o fluxo adequado de pacientes	Manter sistema com alta rotatividade e baixo tempo de permanência, garantindo o atendimento de grande número de pacientes	- Número de leitos de retaguarda - Tempo médio de permanência hospitalar - Taxa de ocupação
12	Garantir a continuidade do cuidado e a utilização dos recursos terapêuticos adequados para o período pós-IAM	Obter o melhor cuidado no período pós-IAM, com estratificação do risco, encaminhamento para procedimentos de revascularização quando pertinente e retorno do paciente com plano terapêutico estabelecido	- Realização de consultas no hospital especializado - Número de pacientes com encaminhamento qualificado à atenção básica, com plano terapêutico
13	Promover a prevenção secundária do IAM	Evitar novos episódios de IAM e síndrome coronariana aguda	- Mortalidade 1 ano após o IAM
14	Monitorar os resultados do programa	Garantir a qualidade e efetividade do programa	- Presença do comitê de monitoramento - Resultados da pesquisa de satisfação do usuário

Fonte: Anexo da Portaria 2.994, de 13 de dezembro de 2011

Em mesmo sentido, as Diretrizes Clínicas para abordagem aos pacientes com Acidente Cardiovascular da Sesa listam os indicadores relacionados às Unidades de AVC para os Centros de Atendimento de Urgência Tipo III, mencionados na Portaria de Consolidação GM/MS 3/3017, art. 133, § 3º do Anexo III:

§ 3º A U-AVC Integral deve monitorar e registrar os seguintes indicadores assistenciais e de processo: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º)

I - profilaxia para trombose venosa profunda iniciada até o segundo dia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, I);

II - alta hospitalar em uso de antiagregante plaquetário em pacientes com AVC não cardioembólico, salvo situações específicas que dependam da análise do quadro clínico do paciente; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, II);

III - alta hospitalar em uso de anticoagulação oral para pacientes com Fibrilação Atrial (FA) ou "Flutter", salvo contraindicações; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, III)

IV - uso de antiagregantes plaquetários, quando indicado, iniciado até o segundo dia de internação; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, IV)

V - alta hospitalar em uso de estatina para pacientes com AVC aterotrombótico, salvo contraindicações; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, V)

VI - alta hospitalar com plano de terapia profilática e de reabilitação; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, VI)

VII - porcentagem de pacientes com doença cerebrovascular aguda atendidos na Unidade de AVC; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, VII)

VIII - o tempo de permanência hospitalar do paciente acometido por AVC visando redução do mesmo; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, VIII)

IX - as seguintes complicações: trombose venosa profunda, úlcera de pressão, pneumonia, infecção do trato urinário; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, IX)

X - CID-10 específico do tipo de AVC à alta hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, X)

XI - mortalidade hospitalar por AVC, visando redução da mesma; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, XI)

XII - tempo porta-tomografia < 25 minutos; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, XII)

XIII - tempo porta-agulha < 60 minutos. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, XIII).

Além desses, as Diretrizes Clínicas para abordagem aos pacientes com Acidente Cardiovascular da Sesa apontam uma lista de outros indicadores de AVC que, segundo o documento, influenciam diretamente no desfecho:

- Serviços de Emergência médica pré-hospitalar: tempo porta SAMU;
- Porta tomografia 25 minutos da chegada do paciente do paciente até a realização da tomografia e mais 20 minutos até a interpretação da TC;
- Porta agulha 60 minutos;
- Taxa elegibilidade: porcentagem de pacientes tratados com trombólise em relação ao número de AVCI agudo que chega ao hospital;
- Taxa de sangramento cerebral sintomático nos pacientes que recebem tratamento trombolítico; e
- Mortalidade intra-hospitalar por AVC.

Considerando o papel da atenção primária para as linhas de cuidado, conforme preceitua o governo federal²², também foram considerados com boas práticas o Plano AVC da Europa, que abrange a prevenção primária, secundária e a reabilitação.

Com isso em tela, foi encaminhado o Ofício 5490/2014, pelo qual foram requeridas um conjunto de informações e dados para compreender os indicadores, planos, objetivos, metas, entre outras informações úteis para as seguintes questões de auditoria:

A governança da rede de atenção à saúde tem atuado para garantir o cuidado integral no âmbito da linha de cuidado de AVC, a partir de um conjunto de indicadores e tomadas de decisões corretivas?

A governança da rede de atenção à saúde tem atuado para garantir o cuidado integral no âmbito da linha de cuidado do IAM e os protocolos clínicos da SCA, a partir de um conjunto de indicadores e tomadas de decisões corretivas?

Ressalta-se que durante a fase de planejamento já tinha sido constatada uma dificuldade de a governança apresentar padrões de monitoramento e avaliação sistematizados em linha com os referenciais mencionados.

²² Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/>

Foi informado pelos gestores que no âmbito do IAM os hospitais que contemplam leitos de unidade coronariana são o hospital Rio Doce (8 leitos), Hospital Evangélico de Vila Velha (20 leitos), Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (15 leitos) e Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim (8 leitos).

Já os hospitais que não possuem leitos de unidade coronariana, mas que possuem credenciamento especializado para atenção cardiovascular de alta complexidade, com habilitação em cardiologia intervencionista, são o Hospital São José e o Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes.

Por último, foi informado que os hospitais habilitados para realizar a intervenção coronariana percutânea primária são o Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim, Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes, Hospital Rio Doce, Hospital Evangélico de Vila Velha e Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

No âmbito do AVC, o Hospital Estadual Central é habilitado como tipo III e o Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim é habilitado como tipo II. O Hospital Rio Doce não é habilitado, mas está pleiteando a habilitação. Dessa forma, não há hospital habilitado para a região central-norte.

3.1 REDUZIDA CAPACIDADE DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO INTEGRADOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS POR MEIO DE PLANOS CONTENDO OBJETIVOS E INDICADORES VOLTADOS À REDUÇÃO DOS ÓBITOS DECORRENTES DE SÍNDROMES CORONARIAS AGUDAS E DE ACIDENTES VASCULAR CEREBRAL E A OUTROS OBJETIVOS CORRELATOS

São 3 as causas abordadas para a reduzida capacidade de monitoramento e avaliação das políticas públicas relacionadas às doenças cardiovasculares especificadas.

Em primeira análise, constatou-se que há lacuna de competência para as governanças a seguir apresentadas para coordenar a implementação e monitoramento de planos que abordem a integralidade do cuidado, da prevenção primária à quaternária, no âmbito do AVC e Síndrome coronariana aguda.

Outro fator causal é a necessidade de ainda serem desenhadas a lógica de intervenção da política para a realidade capixaba, caracterizada pela elaboração da linha de cuidado em AVC e IAM, em âmbito estadual.

E, um último elemento, é a baixa capacidade de coordenação da governança apontada pela Sesa para culminar em um processo de implementação e monitoramento de planos voltados para AVC e síndrome coronariana aguda.

Esses três elementos foram causas para a situação encontrada.

Situação encontrada

Não foram apresentados documentos que indiquem planos específicos para as síndromes coronarianas e acidentes vascular cerebral, contendo objetivos e indicadores, gestão de risco, entre outros elementos que caracterizam um plano de implementação.

Critério: Referencial de Avaliação de Governança em Políticas Públicas do TCU, Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU, Diretrizes Clínicas para abordagem aos pacientes com Acidente Cardiovascular da Sesa, art. 9º da Portaria GM/MS 3.438/2021.

Evidências: A Nota Informativa GEPORAS 20/2024 aponta que, em reunião entre a Rede de urgência e Emergência e as referências técnicas, **foi exposta à necessidade de dar início a produção de entregas, tais como protocolos, linhas de cuidado do AVC, para posteriormente, organizar capacitações, monitorar as ações implantadas, por meio de indicadores (Anexo 00522/2025)**

A Nota Informativa Geporas n.º 22/2024 complementa sinalizando para prioridade diversa, apontando que tange ao **processo de criação de indicadores e monitorização, este está distante de ser construído**, pois **antes** é necessário **escrever a política e diretrizes, validar em todas às instâncias, realizar pactuações e articulações intersetoriais, implantar a política, organizar capacitações regionais, e somente assim (contando também com a colaboração, integração e participação intersetorial) será possível uma efetiva**

implantação e acompanhamento de todo o itinerário do paciente na linha de cuidado (Anexo 00523/2025).

Em reunião realizada em 13/12/2024, via Microsoft Teams, entre a equipe de fiscalização, a Rede de Urgência e Emergência (SESA/RUE) e a Gerência Política da Organização das Redes de Atenção em Saúde foi informado que o processo de elaboração unificada de indicadores para as doenças cardiovasculares estaria em construção.

Ocorre, por outro lado, que foi informado, por ofício, pelo Núcleo Especial de Avaliação e Monitoramento da Sesa que o Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim possui os indicadores porta-agulha, porta-balão, Porta x TC e Porta Troponina **(Anexo 00525/2025).**

Por sua vez, também por ofício, o Hospital Estadual Central informou que o desempenho no atendimento envolvendo o uso de trombolíticos é monitorado por meio do indicador Porta-Agulha. Para os casos de trombectomia, o acompanhamento do desempenho é realizado utilizando o indicador Porta-Punção. **(Anexo 00524/2025)**

Com isso, evidencia-se que a governança para o caso do AVC é fragmentada, cabendo a cada instituição definir seus processos de trabalhos e indicadores, sendo estes não compartilhados por todas as partes interessadas, inclusive a sociedade, por meio de um plano que defina o escopo necessário, os papéis e as responsabilidades.

A celebração de contratos ou contratualizações específicos com hospitais não pode ser considerada uma estratégia de planejamento sistêmico, uma vez que esses instrumentos se concentram exclusivamente na gestão institucional, sem necessariamente refletir uma abordagem integrada da política pública para as doenças cardiovasculares, ainda que possa haver convergências eventuais entre ambos. No entanto, o plano materializaria a racionalidade consciente do poder público para que esse alinhamento permaneça ao longo do tempo.

É necessário que todas as partes interessadas tomem conhecimento do escopo da política, não cabendo ao cidadão inferir se determinada instituição por conta própria está alinhada a eventuais objetivos no âmbito das doenças cardiovasculares. O plano fundamenta o alinhamento institucional aos objetivos da política pública.

A implementação de um plano integrado, com objetivos e metas claramente definidos, promoveria a fundamentação teórica para a harmonização entre as instituições que compõem a rede de atenção à saúde cardiovascular, alinhando-as aos objetivos definidos nos planos.

Com isso, a partir de um plano haveria a comunicação clara sobre o monitoramento do tempo de atendimento do SAMU para o atendimento das doenças cardiovasculares e de aspectos relacionados à reabilitação pós-AVC, entre outros, que envolvem a articulação entre diferentes pontos da rede.

Os planos de políticas públicas baseiam-se em modelos lógicos e conjuntamente em objetivos mensuráveis para enfrentar problemas públicos definidos. Esses modelos delineiam como a governança gerenciará a realização desses objetivos por meio de processos de trabalho, indicadores, metas e mecanismos de articulação. A partir desse planejamento, busca-se integrar os diversos pontos da rede na implementação da estratégia, sob o risco de cada ponto da rede decidir por conta própria.

Ainda quanto ao tema em pauta, foi mencionado na Nota Informativo Geporas 20/2024, para o caso do AVC, que inicialmente foi levantada internamente na Sesa a possibilidade de instituir um conjunto maior de indicadores, mas que não se concretizou.

Segundo o TCU (Referencial de Controle de Políticas Públicas), a publicação de um plano de implementação é fundamental:

Outro elemento que contribui para o funcionamento da política pública é a **publicação de seu plano de implementação. Entretanto, nem sempre há um plano estruturado contendo os elementos necessários ao bom funcionamento da política pública. Muitas vezes, esses requisitos estarão contidos em outros documentos como por exemplo, no ato normativo que institucionalizou a política pública ou em manuais e diretrizes para implementação da política.** Nestes documentos ou no plano de implementação **deve haver uma descrição detalhada e documentada do escopo da política pública.** Além disso, devem ser **definidos os recursos, requisitos, ações e entregas necessárias para alcance dos objetivos da política pública. Portanto, deve-se analisar em que medida a política dispõe dos recursos necessários para sua implementação.** Ou seja, verificar se os recursos humanos, financeiros, materiais e informacionais disponíveis para implementar a política pública são suficientes para alcançar as metas e os objetivos propostos. Para tanto, vale averiguar se houve uma previsão inicial quanto à real possibilidade de garantir os recursos necessários para a implementação da política (Reino Unido, 2018). (g.n)

A estrutura de governança deve prover planos, gestão de risco, estruturas de coordenação, monitoramento, *accountability*, papéis e responsabilidade, soluções tecnológicas, entre outros.

A situação encontrada está em descompasso com as boas práticas de governança do TCU (Referencial de Avaliação de Governança do TCU):

As políticas públicas devem possuir **coesão interna**. Assim, **os objetivos e as metas definidos devem se relacionar com as intervenções escolhidas**. Nesse contexto, a política pública orienta-se por uma formulação geral que defina sua lógica de intervenção e **por planos que permitam operacionalizar as ações necessárias, delineados em função das diretrizes, objetivos e metas propostas**.

Cassiolato e Guerres (2010) defendem a necessidade de prever as atividades necessárias e os recursos correspondentes para sua realização, de forma **logicamente encadeada com os resultados (produtos e efeitos) que a política ou programa se propõe a realizar**. Adicionalmente, é essencial que a formulação da política explicita suas prioridades, para que os processos de execução e avaliação sejam adequadamente orientados e possam ser redesenhados caso haja necessidade de ajustes, como, por exemplo, em situações de escassez de recursos ou mudanças relevantes de cenários.

Ainda segundo as autoras, no âmbito operacional, é preciso indicar as formas de medição e adoção de ações corretivas.

[..]

Boas Práticas

Identificação de **indicadores-chave de progresso para os principais objetivos da política**. (g.n)

Em paralelo, o Referencial Básico de Governança do TCU aborda a necessidade de mecanismos institucionalizados de coordenação, visando manter a coerência entre os atores para os objetivos coletivos, conforme se extrai:

Nos casos de políticas de natureza transversal, especialmente, é essencial que haja **mecanismos institucionalizados de coordenação, de forma a criar condições para a atuação conjunta e sinérgica, evitando ainda superposições ou esforços mutuamente contraproducentes**. Para atender sua finalidade, de garantir o bem comum, o setor público precisa ser capaz de coordenar múltiplos atores políticos, administrativos, econômicos e sociais. Nesse sentido, é importante manter a **coerência e o alinhamento de estratégias e objetivos entre as organizações envolvidas; institucionalizar mecanismos de comunicação, colaboração e articulação entre os atores envolvidos; e regular as operações**. Cada um dos **múltiplos atores dentro do governo tem seus próprios objetivos**. Assim, para a **governança efetiva, é preciso definir objetivos coerentes e alinhados entre todos os envolvidos na implementação da estratégia para que os resultados esperados possam ser alcançados** (g.n)

De modo semelhante o Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU prevê que a política contemple objetivos claros, logicamente coerentes, específicos, mensuráveis, apropriados e delimitados em um recorte temporal e que contemplem indicadores de efetividade, eficácia e eficiência.

Segundo o TCU, a partir do plano de implementação, deve-se definir a periodicidade do monitoramento, os agentes responsáveis pela coleta e efetivamente coletar e documentar os resultados, além de todas as tomadas de decisão decorrentes, para os desvios em relação às metas.

Ressalta-se que a caracterização do presente achado já considerou as análises realizadas sobre os comentários dos gestores (**Apêndice 00012/2025 e Anexos 00527/2025 e 539/2025**).

1ª causa

A Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011, art. 3º, §4º indica que a Rede de Atenção às Urgências priorizará as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatologia.

O Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema de Saúde (SUS) define que a linha de cuidado cardiovascular é focada no infarto agudo do miocárdio, enquanto a Linha de Cuidado Cerebrovascular é focada no AVC.

Em linha com essa classificação, a Sesa institui a Comissão Técnica Permanente das Linhas de Cuidado de Cardiologia, por meio da Portaria Sesa 174-S/2024, que tem como competência, segundo a norma:

- **Discutir** sobre a Política Estadual da Rede de Atenção à Urgência e Emergência no atendimento às doenças cardiovasculares.
- **Atualizar** a linha de cuidado do IAM, bem como os protocolos e as diretrizes de manejo e atendimento do paciente com IAM e **outras comorbidades cardiológicas**;
- **Criar políticas** para o paciente com o IAM, com o **objetivo de otimizar o atendimento ao paciente**, desde o **diagnóstico precoce até o tratamento** e em tempo hábil.

A Nota Técnica Nº 27/2024 – SESA/SSAS/GEPORAS/NEAE/RUE (Anexo 00527/2025) apresenta objetivos não contidos na referida norma:

“Objetivos

Instituir, por meio de Portaria, a COMISSÃO TÉCNICA PERMANENTE DAS LINHAS DE CUIDADO DE CARDIOLOGIA, que tem como principais objetivos:

2.1. Assumir o compromisso de qualificação de todos os componentes da Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE) incluindo o que tange à Atenção Básica e Atenção Especializada, buscando qualidade e resolutividade no acesso e atendimento ao usuário; 2.2. Garantir uma Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE) articulada com toda as redes de serviços do SUS, e como parte indissociável dessa; 2.3. Assegurar a integralidade nas ações da Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE), articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência; 2.4. Utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento — deve-se buscar que as ações sejam precedidas de um diagnóstico das condições de saúde-doença das populações, através da abordagem familiar e das relações que se estabelecem no território onde se desenvolve a prática de saúde; 2.5. Acompanhar o impacto das ações dos componentes da Rede de Atenção à Urgência e Emergência por meio de indicadores adequados, o que implica a existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos; 2.6. Centrar a atuação na Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença, atuação intersetorial e ações sobre o território; 2.7. Definir política de educação permanente para os trabalhadores dos componentes da Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE), com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica dos profissionais, para que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS, estabelecendo responsabilidades entre as esferas de governo, com mecanismos de cooperação técnica e financeira, para possibilitar o fortalecimento da Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE); 2.8. Estabelecer política de habilitações e qualificação para financiamento com o desenvolvimento de ações visando à otimização de captações de recursos da Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE).

Compete a esta COMISSÃO TÉCNICA PERMANENTE DAS LINHAS DE CUIDADO DE CARDIOLOGIA construir coletivamente políticas e articular ações da Rede de Atenção à Urgência em que unam o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, bem como da atenção ao cidadão em situação de urgência cardiológica, com representação de diversos setores e instituições estratégicas no SUS do Espírito Santo.

No entanto, ainda assim, a referida governança carece de competência e/ou objetivo específico para a instituição de plano de implementação das políticas públicas, contendo identificação de objetivos, tais quais redução da mortalidade por infarto agudo do miocárdio, além de indicadores, metas, escopo, e demais elementos que

integram um plano de implementação. Por conseguinte, a comissão carece de competência para coordenar o monitoramento de eventual plano.

Em 7 de dezembro de 2021, foi editada a Portaria GM/MS 3.438 que dispõe em seu artigo 9º que o monitoramento e a avaliação da Linha de Cuidado do IAM dar-se-ão em conformidade com o seu objetivo, qual seja, o de implantar redes de atendimento capazes de garantir o cuidado apropriado no **tempo oportuno, contribuindo para a redução da mortalidade prematura e das complicações do infarto.**

Reforçando a necessidade de avaliação e monitoramento, o Parágrafo Único do mesmo artigo dispõe que a Linha de Cuidado do IAM e o Protocolo das Síndromes Coronarianas Agudas Síndrome Coronariana Aguda, aprovados pelas Portarias de Consolidação GM/MS n.º 3 e n.º 6, de 28 de setembro de 2017, **propõem indicadores clínicos, de estrutura, de processo e de resultado que poderão ser utilizados por todos os níveis de gestão do SUS para acompanhar a implementação da Linha de Cuidado.**

A Nota Informativa Geporas 20/2024 aponta que para o caso do AVC, a Sesa tem a intenção de instituir a Comissão Técnica Permanente das Linhas de Cuidado Cerebrovascular, que de forma simétrica à outra comissão atuaria com foco no AVC, e em linha com a categorização disposta na Portaria GM/MS nº 1.600/2011.

Caso essa comissão a ser instituída detenha competências e objetivos espelhados na Comissão Técnica Permanente das Linhas de Cuidado de Cardiologia também ocorrerá carência de competência para coordenar a implementação de plano de implementação voltado à redução de mortalidade por AVC, entre outros objetivos correlatos.

Essas lacunas podem comprometer a eficácia das ações de saúde pública, e um desalinhamento de expectativas, vez que a definição clara de responsabilidades é fundamental para o sucesso das políticas de prevenção e controle dessas enfermidades.

Critério: Referencial de Avaliação de Governança do TCU – componente da institucionalização:

Institucionalização formal da política pública por meio de norma legal (lei, decreto, resolução etc.) **apropriada, emitida por órgão dotado de legitimidade e competência para fazê-lo**, e na qual normatize-se a atuação dos diversos órgãos, instituições e esferas de governo envolvidos (CALMON, 2013; FREITAS, 2005) (g.n)

[...]

Conforme o CIPFA (2004), uma das diretrizes para se ter uma boa governança é a **definição clara das funções das organizações e das responsabilidades dos envolvidos**. Para tanto, algumas políticas públicas estabelecem marcos regulatórios, destacando as competências de cada um dos atores envolvidos, enquanto outras constituem fóruns específicos para discussão de temas e deliberação de propostas de atuação. Mesmo as políticas pouco integradas podem estar formalmente estabelecidas, enquanto outras podem estar baseadas apenas nas relações informais entre seus membros. Políticas formalmente institucionalizadas dispõem de maior grau de governança (CALMON, 2013). (g.n)

Um dos itens de análise no referencial é verificar se as competências das principais partes interessadas envolvidas na política pública estão clara e formalmente definidas, de forma que seja possível a identificação das atribuições, responsabilidades, direitos e deveres de cada um.

2ª causa

Para o caso da Comissão Técnica Permanente das Linhas de Cuidado de Cardiologia, em decorrência da primeira causa, a priorização atual da Sesa está direcionada para o processo de construção da linha de cuidado do IAM em âmbito estadual, conforme se depreende da Nota Informativa GEPORAS Nº 22/2024.

Conforme foi apresentado, o ciclo de desenvolvimento da política pública pressupõe um período natural de interseção entre a fase de formulação e a fase de implementação. Contudo, é necessário que tão logo se dê início à implementação formal de um plano.

Ocorre que, independentemente de instituição de linha de cuidado, as pessoas com infarto estão sendo tratadas no SUS. A política pública já está em operação, ainda que com lacunas. Disso emerge uma expectativa legítima de que os processos de trabalho para o cuidado para pacientes com infarto sejam monitorados, avaliados, corrigidos quando necessários, e que seja efetivada a prestação de contas desses resultados.

Importante mencionar que a linha de cuidado do Ministério da Saúde para o infarto agudo de miocárdio e os protocolos clínicos da síndrome coronariana aguda, que sugerem um conjunto de indicadores, são de 2011.

3ª causa

Relatou-se na Nota Informativa GEPORAS 20/2024 a dificuldade de estabelecer consenso quanto à participação de responsáveis para atualizar a linha de cuidado em AVC, conforme

Por fim, não houve consenso na elaboração do Plano de Ação RUE AVC 2024. E também não houve consenso quanto à participação dos médicos responsáveis pela atualização da Linha de Cuidado do AVC. Algumas das RT presentes alegaram priorização das suas demandas já contratualizadas. Considerando que esta decisão foge do escopo de deliberação da Área Técnica Estadual da Rede de Urgência e Emergência (RUE), nós da RUE podemos convidar as RT em questão para instituir a Câmara Técnica do AVC e apoiar às ações e processos envolvidos nela, incluindo a atualização da Linha de Cuidado do AVC, de forma voluntária, em prol do usuário do SUS capixaba.

Para o caso da Comissão Técnica Permanente das Linhas de Cuidado de Cardiologia relatou-se que existiram mais de 5 reuniões, no entanto, mencionou-se que em duas ocasiões, nenhum convidado compareceu e/ou justificou a ausência.

Critério: Segundo o Referencial de Avaliação de Governança do TCU:

Espera-se a institucionalização e reforço dos mecanismos de coordenação, **de forma a criar condições para a atuação conjunta e sinérgica, evitando assim superposições ou esforços mutuamente contraproducentes.** Deve-se garantir a construção de relações institucionais e articulação entre as esferas de governo, em todas as fases do ciclo das políticas públicas (ABRUCIO, 2005).

A coordenação nas políticas significa fazer com que os diversos sistemas institucionais e gerenciais que formulam políticas trabalhem juntos. (g.n)

O efeito concreto da falta de planos, contendo indicadores, objetivos, entre outros, é ausência de monitoramento e avaliação sistematizados dos resultados das políticas públicas no âmbito das doenças cardiovasculares, bem como a consequente falta de *accountability*, e ações corretivas.

Com fundamento no art no art. 1º, XXXVI, da Lei Complementar n.º 621/2012 (Lei Orgânica do TCEES), e no art. 207, inciso V; art. 329, §7º, ambos do Regimento Interno do TCEES, e no art. 2º, III c/c art. 11 da Resolução TC 361/2022, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal as seguintes propostas de encaminhamento:

- **RECOMENDAR** à Sesa que, em até 180 dias, aprimore as competências normativas da Comissão Técnica Permanente das Linhas de Cuidado de Cardiologia, instituída pela Portaria Sesa 174-S/2024, contemplando as atribuições de coordenação de plano de implementação, no âmbito das síndromes coronarianas agudas, que inclua o escopo, objetivos correlatos, indicadores coerentes com os objetivos, metas, e demais elementos gerenciais apontados no Referencial de Controle de Políticas Públicas e de Avaliação de Governança de Políticas Públicas, ambos do TCU, bem como a atribuição de coordenação do respectivo monitoramento e prestação de contas dos resultados.
- **RECOMENDAR** à Sesa que fortaleça o processo de instituição da Comissão Técnica Permanente das Linhas de Cuidado Cerebrovascular, em até 180 dias, dotando-a de competência para coordenação de plano de implementação, no âmbito do AVC, que inclua o escopo, objetivos correlatos, indicadores coerentes com os objetivos, metas, e demais elementos gerenciais apontados no Referencial de Controle de Políticas Públicas e de Avaliação de Governança de Políticas Públicas, ambos do TCU, bem como a atribuição de coordenação do respectivo monitoramento e prestação de contas dos resultados.
- **RECOMENDAR** à Sesa que elabore cronograma, em até 180 dias, que culmine com a elaboração de plano de implementação de políticas públicas voltadas à redução de AVC e síndrome coronariana aguda, indicando o escopo, objetivos correlatos, indicadores coerentes com os objetivos, metas, e demais elementos gerenciais apontados no Referencial de Controle de Políticas Públicas e de Avaliação de Governança de Políticas Públicas, ambos do TCU.

O benefício esperado das recomendações é a melhora da governança sobre as linhas de cuidado de AVC e IAM, apresentação de planos e indicadores voltados a doenças cardiovasculares, e monitoramento e avaliação periódicos.

3.2 OPORTUNIDADE DE MELHORIAS NO FLUXO DE PACIENTES COM AVC NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Situação encontrada: Cerca de 10% dos pacientes, com suspeita ou diagnóstico de AVC, oriundos da Região Central-Norte foram encaminhados pelo SAMU para hospitais referenciados em AVC, bem como a existência de desigualdade relevante no tempo de atendimento do SAMU para o AVC, com maior prejuízo na região central-norte.

Isso posto, a partir dos dados do SAMU, de 01/01/2023 até 14/12/2024, foi realizado um tratamento nos dados, conforme a metodologia disposta no Apêndice 00010/2025, restando 7.166 registros de transporte de paciente com suspeita ou diagnóstico de AVC no Estado.

Registra-se que a equipe não acessou a base de dados diretamente, sendo um fator de risco. Ademais, os dados foram encaminhados em arquivo PDF, tornando dificultoso o trabalho de análise.

Feito esse registro, a tabela a seguir evidencia a desigualdade.

Tabela 4 - Distribuição do tempo mediano de deslocamento (tempo chamado-chegada do SAMU, tempo chegada do SAMU – chegada ao estabelecimento, e tempo chamado-chegada ao estabelecimento) entre as regiões de saúde de origem do chamado para o SAMU, para pacientes suspeitos ou com AVC confirmada, e somente com destino hospitais habilitados, conforme a metodologia

Região de Saúde do chamado para o SAMU	Tempo mediano		
	chamado - chegada do Samu	Chegada do Samu – Chegada ao Estabelecimento	chamado – chegada ao estabelecimento
Central Norte	01:38:30	01:05:30	02:51:00
Metropolitana	00:27:00	00:48:00	01:21:00
Sul	00:28:00	01:12:00	01:46:00
Total Geral	00:28:00	00:52:00	01:28:00

Fonte: Elaboração própria a partir do OF/SESA/SSERAS/GEREH/NERUE Nº 308/2024.

Obs: O formato de tempo está no modelo horas:minutos:segundos.

Houve o predomínio de resultados negativos para municípios da região central-norte, com destaque para os chamados ocorridos no município de Barra de São Francisco, cujo tempo mediano de chegada do SAMU ao local de chamado é de 2h25min30seg. No mesmo município tempo similar de 2h27min30seg ocorreu para o tempo mediano de deslocamento entre a chegada do SAMU e a chegada ao Hospital habilitado. Por fim, resultado dessa combinação, o tempo mediano de deslocamento entre o

momento da chamada do SAMU até a chegada ao hospital de referência foi de 4h43min30seg. Pior caso entre todos os municípios em tempo geral.

Observa-se também uma desigualdade flagrante no tempo mediano de chegada ao SAMU ao local de chamado, em valores muito altos, comparados a outros municípios, chegando a demorar mais de 1 hora e meia. São esses: os atendimentos ocorridos de chamados de Barra de São Francisco, São Mateus, Colatina, Baixo Guandu, Nova Venécia e Ibatiba.

Uma das causas é a ausência de hospitais habilitados para a região central-norte, fato já tratado pela Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa do Espírito Santo, no ano de 2024²³. Outra causa potencial são problemas logísticos do SAMU.

Ressalta-se que a análise desse achado foi feita com base no Plano Diretor de Regionalização do Estado do Espírito Santo 2020 (Resolução CIB 153/2020), antes da edição da Resolução CIB 259/2024, que alterou a regionalização após executada a presente fiscalização.

O PDR 2020 contemplava 3 regiões de saúde: central/norte, metropolitana e sul. Atualmente, há o conceito de macrorregião: central/norte, metropolitana e sul e o conceito de região de saúde: norte, central, metropolitana e sul. A Macrorregião central/norte abrange a região norte e a região central.

Critério utilizado

Art. 132, §1º c/c art.133,§2º da Portaria de Consolidação GM/MS 3/2017 dispões de unidades denominadas U-AVC agudo e U-AVC integral dedicadas a pacientes acometidos pelo AVC.

Art. 132 [...]

§ 1º Entende-se por U-AVC Agudo, unidade de cuidados clínicos multiprofissional com, no mínimo, 5 (cinco) leitos no mesmo espaço físico, coordenada por neurologista, dedicada ao cuidado aos pacientes acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral (isquêmico, hemorrágico ou ataque isquêmico transitório), durante a fase aguda (até 72 horas da internação) e oferecer tratamento trombolítico endovenoso. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 1º)

²³ Disponível em: <https://www.al.es.gov.br/Noticia/2024/03/46556/dr-bruno-cobra-aumento-de-servicos-de-avc.html>. Acesso 15 jan. 2025.

[...]

Art. 133 [..]

§ 2º Entende-se por U-AVC Integral, unidade de cuidados clínicos multiprofissional com, no mínimo, 10 (dez) leitos, coordenada por neurologista, dedicada ao cuidado dos pacientes acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral (isquêmico, hemorrágico ou ataque isquêmico transitório) até 15 (quinze) dias da internação hospitalar, com a atribuição de dar continuidade ao tratamento da fase aguda, reabilitação precoce e investigação etiológica completa. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 1º)

Além disso, Portaria GM/MS 664, de 12 de abril de 2012, que aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para trombólise no acidente vascular isquêmico agudo, prevê que o paciente com **suspeita de AVC agudo** deve ser encaminhado a um hospital que possua recursos apropriados para atendimento adequado de AVC, **habilitado como Centro de Atendimento de Urgência ao Acidente Vascular Cerebral**.

Outro parâmetro comparativo é o tempo de 120 minutos do início do sintoma até a trombólise intravenosa contemplado no Plano AVC da Europa de 2018 a 2030.

Conforme já mencionado, somente o Hospital Estadual Central, em Vitória, região metropolitana; e o Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim, são habilitados.

O efeito potencial dessa situação encontrada é o impacto na resolutividade no tratamento dos pacientes.

Ante o exposto e com fundamento no art. 1º, XXXVI, da Lei Complementar n.º 621/2012 (Lei Orgânica do TCEES), e no art. 207, inciso V; art. 329, §7º, ambos do Regimento Interno do TCEES, e no art. 2º, III c/c art. 11 da Resolução TC 361/2022, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal as seguintes propostas de encaminhamento:

- **RECOMENDAR** à Sesa habilitar pelo menos 1 hospital como Centro de Atendimento de Urgência ao Acidente Vascular Cerebral, em cada região de saúde, em até 180 dias.
- **RECOMENDAR** à Sesa que juntamente com a Comissão Técnica Permanente das Linhas de Cuidado de Cardiologia, já instituída, e com a Comissão Técnica Permanente das Linhas de Cuidado Cerebrovascular, a ser instituída, a

inclusão de indicadores relacionados à resolutividade do SAMU nos respectivos planos de implementação.

- **RECOMENDAR** à Sesa que, em até 180 dias, realize um diagnóstico sobre os motivos do tempo excessivo de chegada ao SAMU (mais de 1 hora e meia) ao local de chamada para os municípios de Barra de São Francisco, São Mateus, Colatina, Baixo Guandu, Nova Venécia e Ibatiba.

O benefício esperado das recomendações é o aumento de pacientes direcionados a hospitais habilitados em AVC e em tempo adequado, além do controle social sobre os resultados.

4 CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

O presente capítulo aborda a capacitação dos profissionais de saúde como um pilar fundamental para a efetividade da rede de atenção à saúde cardiovascular. A capacitação contínua dos profissionais é essencial para garantir a implementação adequada das diretrizes clínicas e estratégias de prevenção e cuidado às doenças crônicas, especialmente no contexto do Acidente Vascular Cerebral (AVC), do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e das demais condições cardiovasculares.

A questão central que orienta a análise deste capítulo é: **“A governança da rede de atenção à saúde tem atuado para garantir a qualificação do corpo técnico definido para atuar na linha de cuidado do AVC, IAM e nas ações estratégicas de prevenção e cuidado às pessoas com doenças crônicas?”**.

Ao longo do capítulo, são apresentadas as situações encontradas, as causas e os efeitos das lacunas identificadas, bem como boas práticas observadas em alguns municípios. Por fim, são propostas recomendações para fortalecer a capacitação dos profissionais e a implementação da estratificação do risco cardiovascular, visando à melhoria da qualidade do atendimento e à otimização dos recursos no sistema de saúde.

A expectativa é que as ações sugeridas contribuam para uma gestão mais eficiente da saúde cardiovascular, com impactos positivos na prevenção de eventos adversos e na promoção da saúde da população.

4.1 FALTA DE PLANEJAMENTO E CONTROLE DAS CAPACITAÇÕES NA ÁREA DE SAÚDE CARDIOVASCULAR

A área da Saúde Cardiovascular é dinâmica, com diretrizes e publicações que são constantemente atualizadas ao longo do tempo. Essa evolução contínua exige a capacitação permanente dos profissionais da área, garantindo uma abordagem eficaz na prevenção e no cuidado dos pacientes.

Conforme destacado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2022), a capacitação profissional está diretamente associada à redução da incidência de eventos cardiovasculares. Dessa forma, investir na capacitação da equipe de saúde não

apenas melhora a qualidade de vida da população, mas também contribui para a otimização dos recursos no sistema de saúde, tornando o atendimento mais eficiente e assertivo.

Situação encontrada

Durante a análise documental das iniciativas municipais e as entrevistas com gestores da saúde cardiovascular nos municípios selecionados (Apêndice 00005/2025), foram identificadas fragilidades na organização das capacitações voltadas para essa área em diversas localidades do Estado do Espírito Santo. Além disso, não foram identificados mecanismos de controle sistemático para mitigar o risco do atendimento de pacientes por profissionais ainda não capacitados no âmbito da saúde cardiovascular.

Em **Cachoeiro de Itapemirim e Colatina**, embora existam iniciativas de capacitação e ações para mitigar o risco de atendimento por profissionais ainda não qualificados, as capacitações ocorrem sem periodicidade definida e sem um controle formal de frequência dos participantes, enquanto as ações de mitigação carecem de formalização.

Já nos municípios de **João Neiva, Ponto Belo e São José do Calçado**, a situação é ainda mais preocupante, pois não foram encontrados registros de capacitações planejadas nem procedimentos para a capacitação de profissionais recém-admitidos, dependendo apenas das capacitações ofertadas pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA) ou pelo Ministério da Saúde. Além disso, faltam mecanismos de controle para reduzir o risco de pacientes serem atendidos por profissionais não capacitados no âmbito da saúde cardiovascular.

O Manual do Ministério da Saúde para profissionais e gestores na **Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde** (BRASIL, 2022) destaca a organização da equipe como um dos passos fundamentais para a implementação das ações estratégicas em saúde cardiovascular. Isso envolve a capacitação dos profissionais envolvidos, já que, como já foi apontado, a formação adequada está diretamente relacionada à diminuição da incidência de eventos cardiovasculares.

Outro critério utilizado na avaliação da situação encontrada foi o **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030** do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021a), que estabelece, como uma de suas ações estratégicas, a qualificação dos profissionais de atendimento pré-hospitalar, de urgência e emergência para a identificação e o atendimento ao acidente vascular encefálico (AVE) e ao infarto agudo do miocárdio (IAM).

Ainda nesse contexto, a **Portaria GM/MS nº 1.996/2007**, que redefine as diretrizes para a implementação da **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)**, estabelece que a educação permanente deve ser um processo contínuo e integrado ao trabalho em saúde, visando à transformação das práticas profissionais e à qualificação dos trabalhadores. A portaria reforça a importância da articulação entre gestores, trabalhadores e instituições de ensino, com o objetivo de promover ações educativas que atendam às necessidades locais de saúde e estejam alinhadas às diretrizes do SUS.

Já a **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS** (BRASIL, 2004a) destaca que a educação permanente deve seguir uma lógica **descentralizada, ascendente e transdisciplinar**. Isso significa que a formação e o desenvolvimento dos profissionais devem ocorrer nos territórios onde atuam (descentralizado), considerando as demandas e realidades locais como ponto de partida para a definição das ações (ascendente) e promovendo a integração de diferentes áreas do conhecimento e categorias profissionais (transdisciplinar).

Por fim, a **ISO 31000:2018**, utilizada como referência para avaliar a ausência de mecanismos de controle sistemático na capacitação dos profissionais e no atendimento cardiovascular, destaca a importância da identificação, análise e tratamento de riscos, bem como a implementação de processos contínuos de monitoramento e revisão. Nesse sentido, a falta de um controle formal sobre a capacitação dos profissionais e a ausência de ações estruturadas para mitigar riscos representam falhas críticas na gestão de riscos, conforme preconizado pela ISO 31000.

Durante a análise documental e as entrevistas com os gestores da saúde cardiovascular dos municípios selecionados, constatou-se a falta de um planejamento estruturado e a ausência de mecanismos eficazes de controle das capacitações como uma das principais causas para a situação encontrada.

Esses fatores comprometem a implementação das diretrizes estabelecidas pela PNEPS e prejudicam a qualidade da assistência prestada à população, resultando em atendimentos inadequados por profissionais desatualizados em relação às melhores práticas e avanços no campo da saúde cardiovascular.

Apesar dos desafios identificados, merece destaque a boa prática observada em Vitória, capital do Estado, onde há uma organização estruturada das capacitações em saúde cardiovascular. O município conta com um cronograma definido de cursos, critérios claros para a seleção dos cargos a serem capacitados e mecanismos para avaliar a eficácia das qualificações realizadas. Essa iniciativa representa um exemplo positivo a ser replicado por outros municípios, evidenciando que o planejamento adequado e o controle eficiente das capacitações são estratégias viáveis para fortalecer a qualidade do atendimento em saúde cardiovascular e mitigar riscos associados ao manejo inadequado de pacientes.

Propostas de encaminhamento

Ante o exposto e com fundamento no art. 1º, XXXVI, da Lei Complementar n.º 621/2012 (Lei Orgânica do TCEES), e no art. 207, inciso V; art. 329, §7º, ambos do Regimento Interno do TCEES, e no art. 2º, III c/c art. 11 da Resolução TC 361/2022, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal a seguinte proposta de encaminhamento:

- **RECOMENDAR** às Secretarias Municipais de Saúde dos municípios de **Cachoeiro de Itapemirim, Colatina, João Neiva, Ponto Belo e São José do Calçado** que estabeleçam, em até 180 dias, uma política de capacitação contínua, com periodicidade definida, considerando as demandas e realidades locais, e com mecanismos de controle de presença.

Como benefício da implementação da recomendação proposta, espera-se a capacitação dos profissionais, a redução de riscos e a melhoria na qualidade do atendimento a pacientes com doenças cardiovasculares.

4.2 AUSÊNCIA DE ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR

A estratificação do risco cardiovascular é uma estratégia fundamental para a promoção de um cuidado preventivo eficaz, permitindo a identificação precoce dos indivíduos com maior probabilidade de desenvolver doenças cardiovasculares graves. A utilização adequada dessa ferramenta auxilia na alocação eficiente de recursos e na priorização de atendimentos, garantindo que as populações de maior risco recebam a atenção necessária.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2020a) destaca que a estratificação não apenas facilita a identificação dos pacientes de alto risco, como também direciona condutas clínicas personalizadas. A avaliação estima a probabilidade de um evento cardiovascular adverso em um período específico, geralmente de dez anos. Indivíduos com doença aterosclerótica clinicamente manifesta²⁴ são automaticamente considerados de alto risco, dispensando cálculo adicional. Já para aqueles com idade igual ou superior a 40 anos, sem doença aterosclerótica ou outros fatores definidores de alto risco, recomenda-se a aplicação de um escore de risco para uma estimativa precisa e individualizada. O Quadro 6 apresenta uma proposta de estratificação de acordo com os estágios de hipertensão arterial, alinhando-se ao cuidado preventivo estratégico.

Quadro 6 - Estratificação por estágios de hipertensão arterial

Fatores de risco	PA normal alta	HAS Estágio 1	HAS Estágio 2	HAS Estágio 3 PAS ≥ 180 ou
------------------	----------------	---------------	---------------	-------------------------------

²⁴ **Doença Aterosclerótica Clinicamente Manifesta:** acúmulo de placas de gordura, colesterol e outras substâncias nas paredes das artérias, que leva ao seu estreitamento e endurecimento, prejudicando o fluxo sanguíneo. Quando essa doença está clinicamente manifesta, significa que já causou sintomas ou complicações reconhecíveis.

	PAS 130-139 ou PAD 85-89	PAS 140-159 ou PAD 90-99	PAS 160-179 ou PAD 100-109	PAD $\geq$ 110
Sem fator de risco	Risco Baixo	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1-2 fatores de risco	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto
$\geq$ 3 fatores de risco	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto
Presença de LOA, DCV, DRC estágio 3 ou DM	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto

PA: pressão arterial; **PAS:** pressão arterial sistólica; **PAD:** pressão arterial diastólica; **LOA:** lesão em órgão-alvo, **DRC:** doença renal crônica; **DM:** diabetes melito; **DCV:** doença cardiovascular

Fonte: Adaptado das Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial, 2020.

Dentre os principais fatores de risco estão a idade acima de 55 anos para homens e 65 anos para mulheres, tabagismo, diabetes, dislipidemias (triglicérides > 150 mg/dl, LDL-C > 100 mg/dl, colesterol total > 190 mg/dl, HDL-C < 40 mg/dl) e histórico familiar de doença cardiovascular prematura em familiares de primeiro grau. Identificar e gerenciar esses fatores é essencial para a implementação de estratégias preventivas eficazes.

Situação encontrada

Durante a análise das iniciativas municipais e entrevistas com gestores da saúde cardiovascular nos municípios selecionados (Apêndice 00005/2025), constatou-se a ausência da estratificação do risco cardiovascular em alguns locais.

Em **Cachoeiro de Itapemirim, João Neiva, Ponto Belo e São José do Calçado**, não há a realização da estratificação do risco cardiovascular para a faixa etária de 40 a 74 anos. Essa lacuna compromete a identificação precoce de indivíduos em risco elevado e a implementação de intervenções clínicas preventivas, desconsiderando as diretrizes nacionais que recomendam a estratificação como ferramenta fundamental para a gestão eficiente da saúde cardiovascular.

De acordo com as **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (BRASIL, 2020b)**, a estratificação do risco cardiovascular deve ser aplicada a toda a população de 40 a 74 anos. A não implementação desse procedimento em alguns municípios, como observado na situação encontrada, pode ser considerada uma falha na cobertura do serviço. Essa lacuna é especialmente preocupante, uma vez que a identificação precoce de grupos de risco é fundamental para a prevenção de complicações cardiovasculares.

Nesse sentido, o **Decreto n.º 7.508/2011**, que regulamenta a **Lei n.º 8.080/1990**, reforça a importância da Atenção Básica em priorizar o atendimento aos grupos de risco. A estratificação do risco cardiovascular tem como objetivo identificar esses grupos e direcionar as ações preventivas e de acompanhamento, visando reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovascular. Portanto, a implementação adequada dessa estratégia é essencial para garantir que os indivíduos mais vulneráveis recebam o cuidado necessário.

Além disso, a **Portaria n.º 2.436/2017** do Ministério da Saúde, que organiza a Atenção Básica no SUS, reforça a importância da priorização de serviços conforme a estratificação do risco. A não implementação dessa diretriz, observada na situação encontrada, pode ser um indicativo de falhas no sistema de saúde ou na execução das políticas públicas, especialmente no que se refere ao acesso adequado ao atendimento de grupos de risco.

As **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (BRASIL, 2020b)** ressaltam que a estratificação de risco tem um impacto positivo na redução de complicações e eventos cardiovasculares. Para avaliar a efetividade dessa estratégia, é fundamental monitorar indicadores de saúde, como a redução de internações e óbitos por doenças cardiovasculares. Esses indicadores não apenas refletem a eficácia das ações implementadas, mas também ajudam a identificar áreas que necessitam de melhorias, garantindo que a população receba um atendimento adequado e oportuno.

A principal causa para a situação identificada é a falta de um planejamento eficaz e integrado da estratificação do risco cardiovascular, aliado à ausência de mecanismos de controle e monitoramento contínuos. Esses fatores contribuem para uma gestão de saúde deficiente, aumentando o risco de complicações graves em pacientes não

priorizados. Sem a estratificação adequada, a alocação de recursos e a atenção aos pacientes de maior risco ficam comprometidas, resultando em atendimentos ineficazes e, muitas vezes, tardios.

Propostas de encaminhamento

Ante o exposto e com fundamento no art. 1º, XXXVI, da Lei Complementar n.º 621/2012 (Lei Orgânica do TCEES), e no art. 207, inciso V; art. 329, §7º, ambos do Regimento Interno do TCEES, e no art. 2º, III c/c art. 11 da Resolução TC 361/2022, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal as seguintes propostas de encaminhamento:

- **RECOMENDAR** às Secretarias Municipais de Saúde dos municípios de **Cachoeiro de Itapemirim, João Neiva, Ponto Belo e São José do Calçado** que estabeleçam, em até 180 dias, um planejamento estruturado para a realização da estratificação do risco cardiovascular, com periodicidade definida e mecanismos de monitoramento contínuo.
- **RECOMENDAR** à Secretaria de Estado da Saúde (SESA) que reforce, em até 180 dias, a importância da implementação da estratificação do risco cardiovascular nos municípios, orientando sobre as melhores práticas e monitorando sua efetividade, a exemplo de cursos, palestras, entre outros.
- **RECOMENDAR** às Secretarias Municipais de Saúde de **Cachoeiro de Itapemirim, João Neiva, Ponto Belo e São José do Calçado** que integrem, em até 180 dias, a estratificação do risco cardiovascular aos processos de gestão do cuidado, com ênfase no acompanhamento e controle contínuos.

Como benefício da implementação das recomendações propostas, espera-se um atendimento mais eficaz e direcionado aos pacientes com maior risco cardiovascular, contribuindo para a redução de complicações graves e a otimização do uso de recursos no sistema de saúde. Além disso, a estratificação do risco permitirá um planejamento mais estratégico e uma gestão de saúde pública mais eficiente, priorizando ações de cuidado para aqueles que mais necessitam.

5 CONSULTA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

O acesso oportuno à atenção especializada é um dos pilares fundamentais para a efetividade do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no contexto das doenças crônicas e agravos cardiovasculares, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC). A demora no agendamento de consultas especializadas pode comprometer não apenas a saúde dos pacientes, mas também a eficiência do sistema de saúde como um todo, gerando custos adicionais e agravando as desigualdades no acesso aos serviços.

Este capítulo tem como foco central responder à seguinte questão de auditoria: **“Os pacientes têm conseguido realizar consultas à atenção especializada no âmbito da linha de cuidado da HAS e de reavaliações com neurologistas, no caso da linha de cuidado do AVC, em tempo adequado?”**.

Ao longo do capítulo, são apresentados os dados detalhados sobre a situação encontrada, as causas e os efeitos, bem como propostas de encaminhamento. A expectativa é que as recomendações propostas contribuam para a redução do tempo de espera, a otimização dos recursos e a garantia de um atendimento mais equitativo e eficaz, fortalecendo a confiança da população no sistema público de saúde.

5.1 LONGO TEMPO DE ESPERA PARA CONSULTAS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO ÂMBITO DA LINHA DE CUIDADO DE HAS E DE REAVALIAÇÕES COM NEUROLOGISTAS, NO CASO DA LINHA DE CUIDADO DO AVC

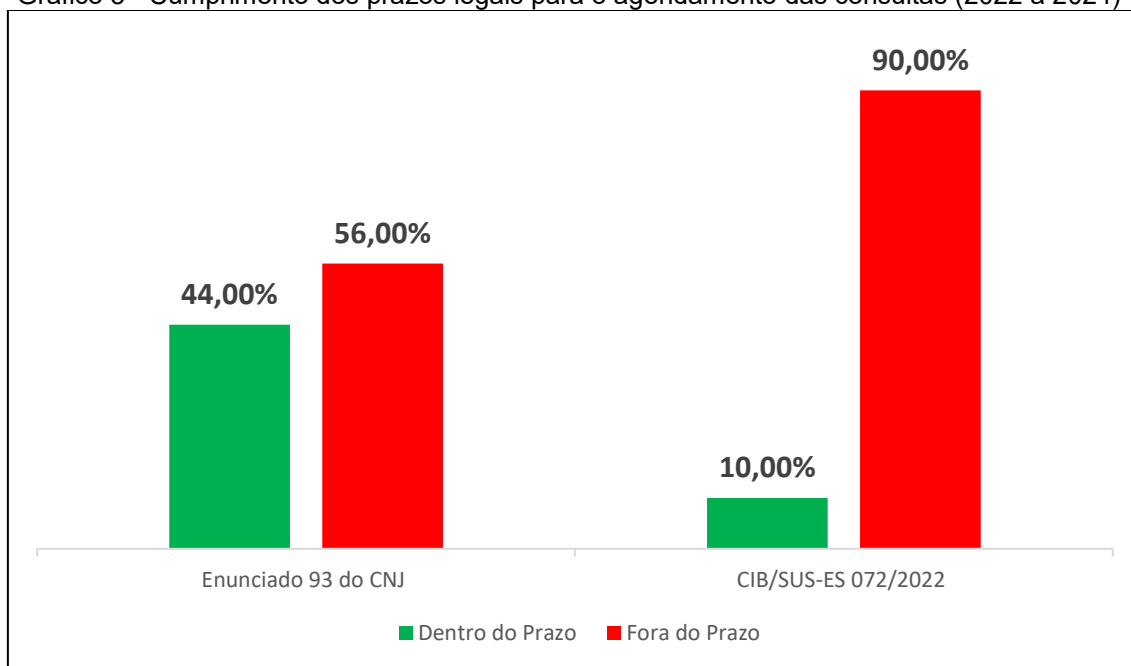
A demora no agendamento de consultas especializadas na rede pública de saúde é um desafio que impacta diretamente a qualidade do atendimento e a saúde dos pacientes, especialmente na linha de cuidado da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e do Acidente Vascular Cerebral (AVC). Conforme evidenciado pelos dados analisados, apenas 44% das solicitações de consultas foram realizadas dentro do prazo estabelecido pelo **Enunciado 93 do CNJ** (até 100 dias), e apenas 10% atenderam aos prazos da **Resolução CIB/SUS-ES 072/2022** (15 dias para risco muito alto, 30 dias para risco alto, 45 dias para risco médio e 60 dias para risco baixo). Essa

situação reflete possíveis falhas na regulação e na distribuição da demanda, comprometendo o acesso oportuno aos serviços de saúde.

Situação encontrada

A análise descritiva dos dados de solicitações de consultas, extraídos e fornecidos pela **Gerência de Regulação Ambulatorial Especializada (GRAE/SESA)** para o período de 2022 a 2024 (Anexos 482/2025 a 486/2025), revelou que 56% das consultas foram agendadas fora do prazo legal estabelecido pelo **Enunciado 93 do CNJ** (até 100 dias), enquanto 90% não atenderam aos prazos definidos pela Resolução **CIB/SUS-ES 072/2022** (15 dias para risco muito alto, 30 dias para risco alto, 45 dias para risco médio e 60 dias para risco baixo), conforme observado no Gráfico 1.

Gráfico 3 - Cumprimento dos prazos legais para o agendamento das consultas (2022 a 2024)



Enunciado 93 do CNJ: 100 dias; **Resolução CIB/SUS-ES 072/2022:** 15 dias para risco muito alto, 30 dias para risco alto, 45 dias para risco médio e 60 dias para risco baixo.

Fonte: Elaboração própria

As especialidades médicas analisadas incluíram cardiologia, nefrologia, oftalmologia, endocrinologia e neurologia, contempladas nas linhas de cuidado da HAS e do AVC. A contagem dos prazos considerou a **data de solicitação da consulta** como referência.

A avaliação da situação encontrada foi baseada em uma série de critérios normativos e técnicos que guiaram a análise da conformidade com os prazos de agendamento de consultas especializadas.

Entre os critérios relevantes, destaca-se a **Norma Técnica - SAES/CGMIND/SAES/MS 1/2023**, que estabelece diretrizes para a organização da atenção especializada, visando garantir a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde.

Além disso, a **Resolução CIB/SUS-ES 072/2022** foi fundamental, pois define os prazos máximos para o agendamento das consultas especializadas, levando em consideração o nível de risco dos pacientes. Foi levado em consideração também o **Enunciado 93 do CNJ**, uma vez que estabelece o prazo máximo de 100 dias para o agendamento, que deve ser seguido rigorosamente.

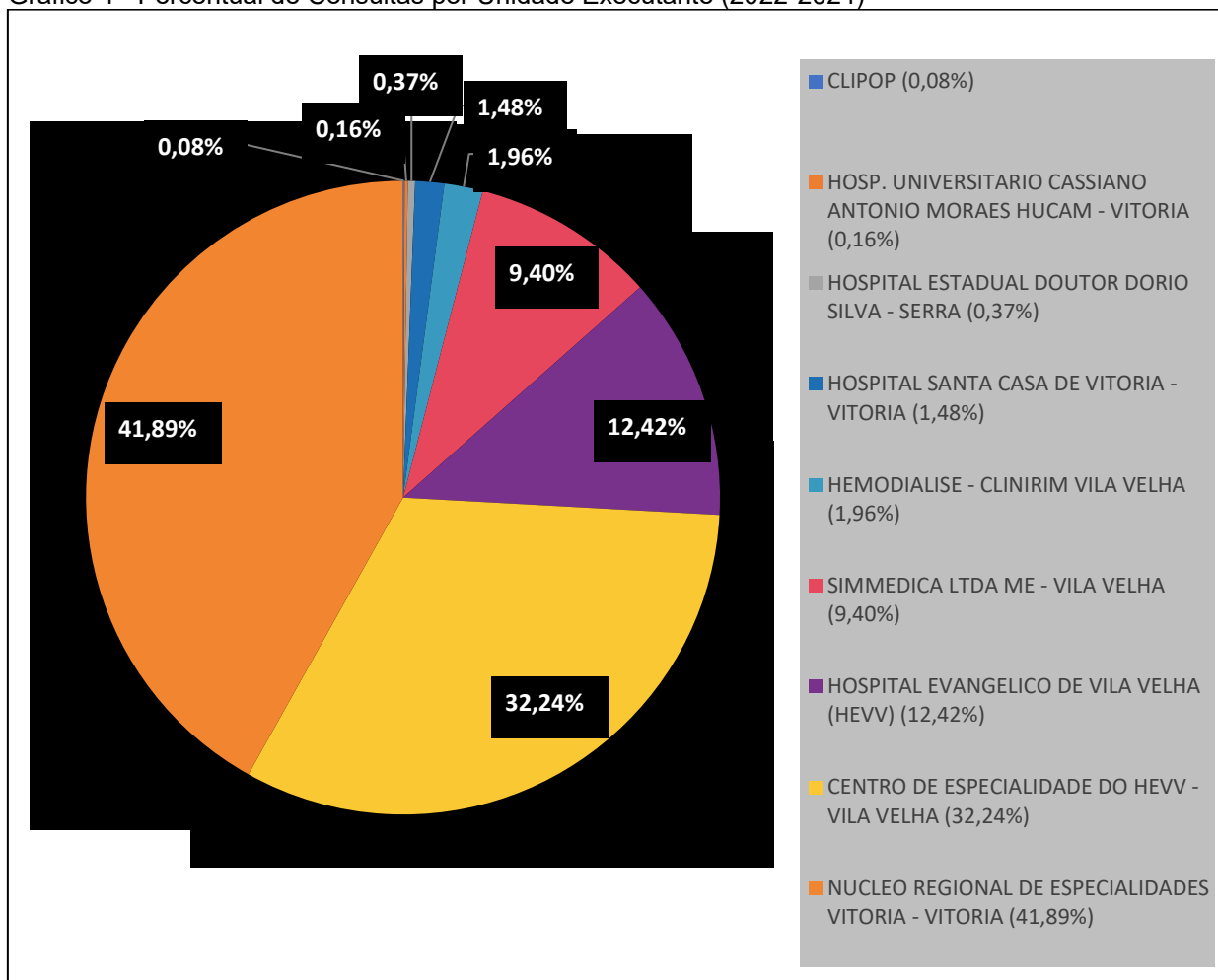
Por fim, a **Linha de Cuidado do Adulto com Hipertensão Arterial Sistêmica (MS, 2021)** foi um critério específico para a análise dos casos de hipertensão, uma vez que reforça a importância do acesso oportuno aos serviços de saúde, considerando a necessidade de controle adequado das condições dos pacientes com hipertensão.

Esses critérios forneceram a base para a identificação das falhas no processo de agendamento e ajudaram a definir as recomendações para melhorias nos prazos e na regulação das consultas especializadas.

As prováveis causas que contribuem para o longo tempo de espera para as consultas especializadas estão associadas a deficiências no processo de distribuição da demanda, ineficiência nos procedimentos de regulação e falta de monitoramento eficaz dos prazos.

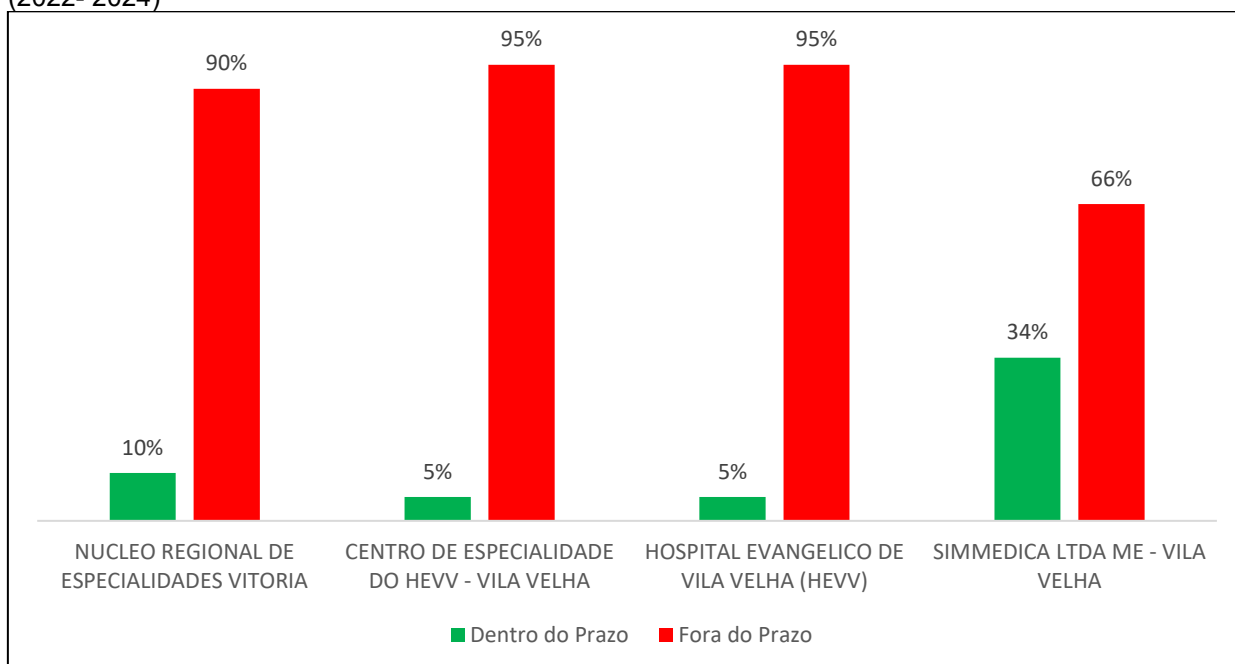
A **deficiência na distribuição da demanda** é um dos fatores mais críticos, pois 74% das consultas foram agendadas em apenas dois estabelecimentos (Gráfico 1), localizados em Vitória e Vila Velha, gerando sobrecarga nesses locais e contribuindo para o atraso nos atendimentos, uma vez que a maioria dos agendamentos para esses locais foi feito acima do prazo legal, conforme observado nos Gráficos 3 e 4.

Gráfico 4 - Percentual de Consultas por Unidade Executante (2022-2024)



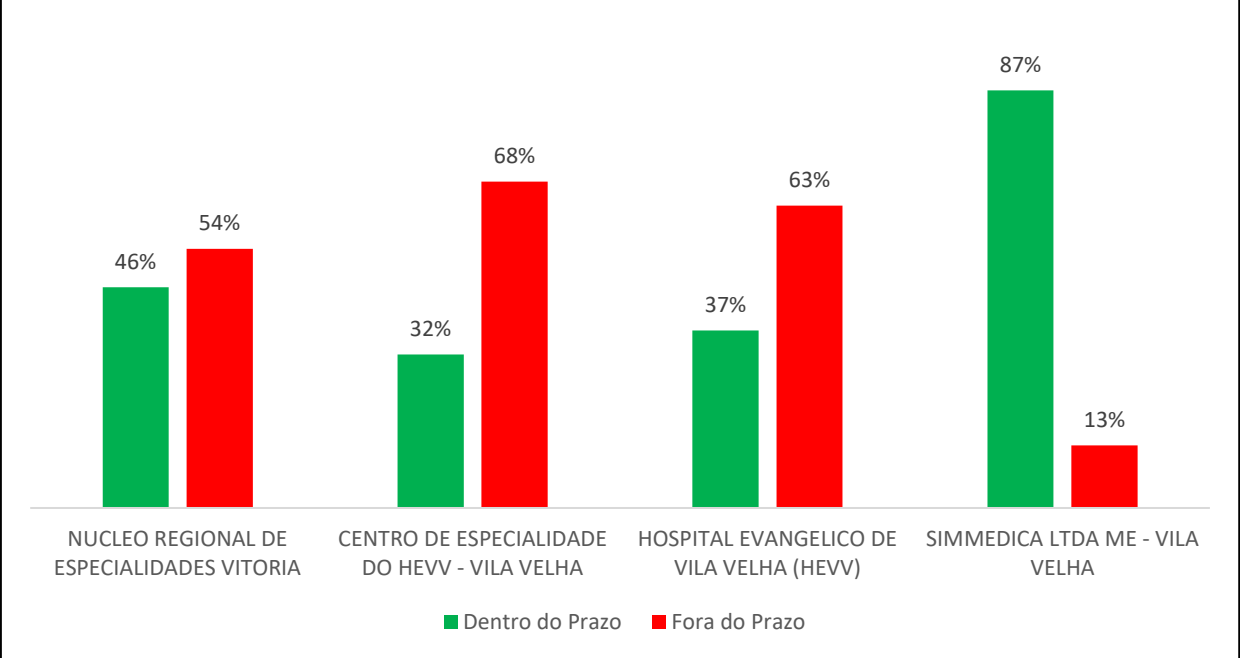
Fonte: Elaboração própria

Gráfico 5 - Cumprimento prazos legais da Resolução CIB/SUS-ES 072/2022 por unidade executante (2022- 2024)



Fonte: Elaboração própria

Gráfico 4 - Cumprimento prazos legais do Enunciado 93 do CNJ por unidade executante (2022- 2024)



Fonte: Elaboração própria

O processo de regulação de consultas envolve três datas distintas: a **data da solicitação**, quando a unidade de saúde insere o paciente no sistema de regulação; a **data da marcação**, momento em que a solicitação é agendada por um profissional, que pode ser o médico regulador ou um membro da GRAE; e a **data da agenda**, que corresponde ao dia, horário e local definidos para o atendimento do paciente (Figura 1).

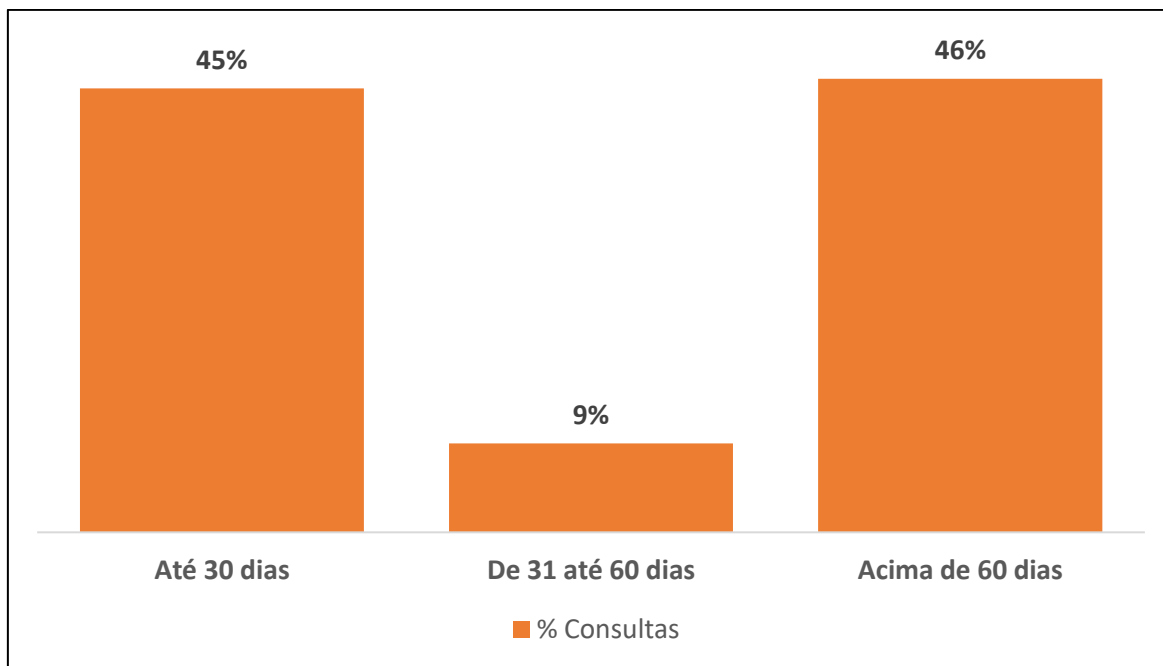


Figura 6 - Fluxo regulação consultas.

Fonte: Elaboração própria com a ferramenta Canva (<https://www.canva.com/>)

Após a análise dos dados fornecidos pelo GRAE, observou-se uma aparente **ineficiência nos processos de regulação** como causa relevante para o longo tempo de espera por consultas na atenção especializada, uma vez que, em 46% dos casos, a marcação da consulta demorou mais de 60 dias para ser executada após a solicitação, chegando a quase 2 anos em alguns casos (Gráfico 5).

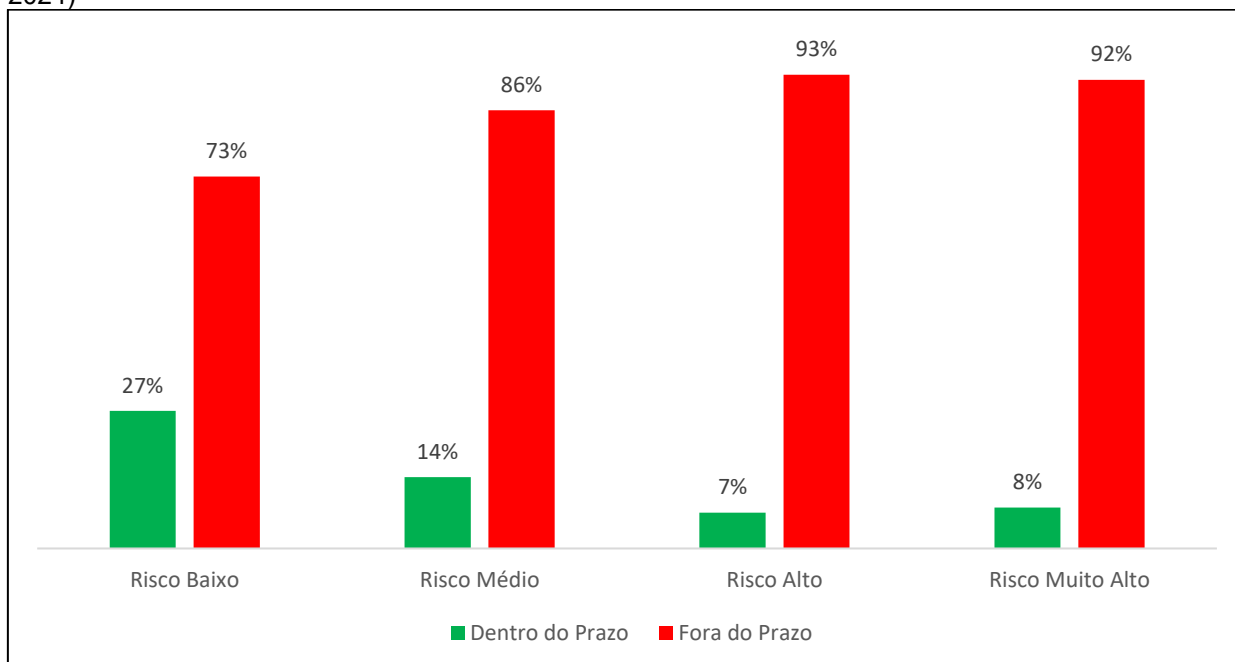
Gráfico 5 – Tempo de espera da solicitação até a marcação da consulta (2022-2024)



Fonte: Elaboração própria

Por fim, a aparente **falta de monitoramento eficaz dos prazos** resultou no agendamento de consultas fora dos limites legais estabelecidos para pacientes de alto risco, o que agrava a situação, conforme pode ser observado no Gráfico 6.

Gráfico 6 - Cumprimento prazos legais da Resolução CIB/SUS-ES 072/2022 por grau de risco (2022-2024)



Fonte: Elaboração própria

Os efeitos dessa situação são amplamente negativos e impactam diretamente a saúde dos pacientes e o funcionamento do sistema de saúde.

Um dos efeitos, o **agravamento das condições de saúde**, é uma consequência preocupante, uma vez que a demora no atendimento pode levar à progressão das doenças e ao aumento da gravidade dos sintomas, comprometendo irreversivelmente a saúde dos pacientes, especialmente aqueles classificados como de risco muito alto e alto.

Esse atraso também resulta na **diminuição da qualidade de vida**, gerando sofrimento físico e psicológico nos pacientes, que ficam expostos por mais tempo a condições de saúde precárias.

Outro efeito relevante é o **sobrecarregamento do sistema de saúde**, pois a alta demanda e os atrasos acumulam-se, aumentando a pressão sobre os serviços de saúde e exigindo recursos adicionais.

Além disso, a **desigualdade no acesso à saúde** se amplia, pois as populações mais vulneráveis, que já enfrentam dificuldades, são as mais afetadas por essas longas esperas, agravando as disparidades no cuidado.

Por fim, o **comprometimento da confiança na saúde pública** é uma consequência negativa de longo prazo, uma vez que a frustração com as longas esperas pode levar ao aumento da busca por atendimentos privados e à erosão da confiança no sistema público, o que compromete a adesão aos tratamentos e o funcionamento eficaz do sistema de saúde.

Comentários do Gestor

Em resposta ao Ofício 00262/2025 (submissão do relatório preliminar), a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) informou que em relação à linha de cuidado de HAS, atualmente, há 588 pacientes autorizados para consulta em Cardiologia Adulto Metropolitana, todos dentro do prazo estipulado pelo Enunciado 93 do CNJ (100 dias). Segundo a SESA, o atendimento tem sido realizado conforme a norma, e os ajustes no acompanhamento são feitos conforme a evolução clínica de cada paciente.

Entretanto, não há acesso direto ao seguimento posterior em casos mais graves ou de difícil controle, que são encaminhados para a Cardiologia de Alta Complexidade.

Já em relação à linha de cuidado do AVC, de acordo com a SESA, o sistema de regulação não permite a filtragem direta para identificar se os pacientes foram reavaliados por neurologistas após o atendimento inicial, dificultando o acompanhamento contínuo. As solicitações de consultas especializadas são feitas pelas UBS, mas não há uma sistematização clara para identificar as reavaliações. A SESA informou que está buscando alternativas para aprimorar o processo de registro e acompanhamento desses casos.

Análise

A equipe de auditoria analisou os comentários feitos pela SESA, contudo esta não apresentou nos comentários evidências para embasar que as consultas estão sendo realizadas dentro do prazo estipulado pelo Enunciado 93 do CNJ. Vale ressaltar também que a linha de cuidado HAS contempla as especialidades médicas, cardiologia, nefrologia, oftalmologia, endocrinologia e neurologia, não apenas cardiologia.

Diante disso, a equipe de auditoria decidiu por manter as propostas de encaminhamento.

Propostas de encaminhamento

Ante o exposto, com fundamento no art. 7º, §3º, I, da Resolução 361/2022 do TCEES, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal a seguinte proposta de encaminhamento:

- **DETERMINAR** à Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo (SESA) o encaminhamento, em até 180 dias, de um **plano de ação** para a melhoria dos prazos de atendimento para consultas especializadas, conforme estabelecido no Enunciado 93 do CNJ e na Resolução CIB/SUS-ES 072/2022, devendo o plano deverá conter, no mínimo, as ações a serem tomadas, os responsáveis pelas ações, e os prazos para implementação, na forma dos incisos I a III do §4º do art. 7º da Resolução TC 361/2022.

Como benefício da implementação da proposta de encaminhamento, espera-se um avanço na redução do tempo de espera por consultas especializadas, **assegurando que os pacientes sejam atendidos dentro dos prazos estabelecidos**. Além disso, a medida **promoverá o acesso igualitário à saúde**, com foco especial em pacientes de alto risco, **prevenindo complicações clínicas mais graves e reduzindo custos e danos à saúde pública**.

A iniciativa também **fortalecerá a confiança na rede pública de saúde, diminuirá a sobrecarga do sistema estadual e otimizará a gestão de recursos**, consolidando um modelo de atendimento mais eficiente e sustentável.

6 CIRURGIAS CARDÍACAS E BARIÁTRICAS ELETIVAS

As cirurgias eletivas cardíacas e bariátricas desempenham um papel fundamental na promoção da saúde cardiovascular, atuando tanto na prevenção quanto no tratamento de doenças graves. As cirurgias cardíacas eletivas permitem intervenções programadas para corrigir doenças estruturais do coração, como obstruções arteriais e valvulopatias, evitando complicações como infarto e insuficiência cardíaca.

Por sua vez, as cirurgias bariátricas contribuem significativamente para a redução de fatores de risco cardiovasculares ao promover a perda de peso, melhorar o controle da hipertensão, dislipidemia e diabetes tipo 2, além de diminuir a inflamação sistêmica.

Quando realizadas de forma planejada e com um acompanhamento clínico adequado, essas cirurgias contribuem para uma melhora expressiva da qualidade de vida e para a longevidade dos pacientes. No entanto, o acesso oportuno a esses procedimentos na rede pública de saúde tem se mostrado um desafio persistente, tanto na gestão de recursos e organização das filas de espera, quanto na capacidade de monitoramento dos prazos estabelecidos por diretrizes legais e normativas.

Este capítulo aborda a questão central: **“As cirurgias cardíacas e bariátricas eletivas estão sendo realizadas em prazo adequado?”**, trazendo à tona uma análise detalhada dos dados e dos impactos causados pela demora no atendimento.

6.1 LONGO TEMPO DE ESPERA PARA CIRURGIAS ELETIVAS CARDÍACAS E BARIÁTRICAS

A demora na realização de cirurgias eletivas, como as cardíacas e bariátricas, na rede pública de saúde é um desafio que impacta diretamente a qualidade de vida e a saúde dos pacientes. Conforme evidenciado pelos dados analisados, apenas 65% dos pacientes que aguardavam na fila no momento da verificação estavam dentro do prazo máximo de 180 dias, conforme estabelecido pelo Enunciado 93 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ)²⁵. Essa situação reflete possíveis falhas na gestão de filas,

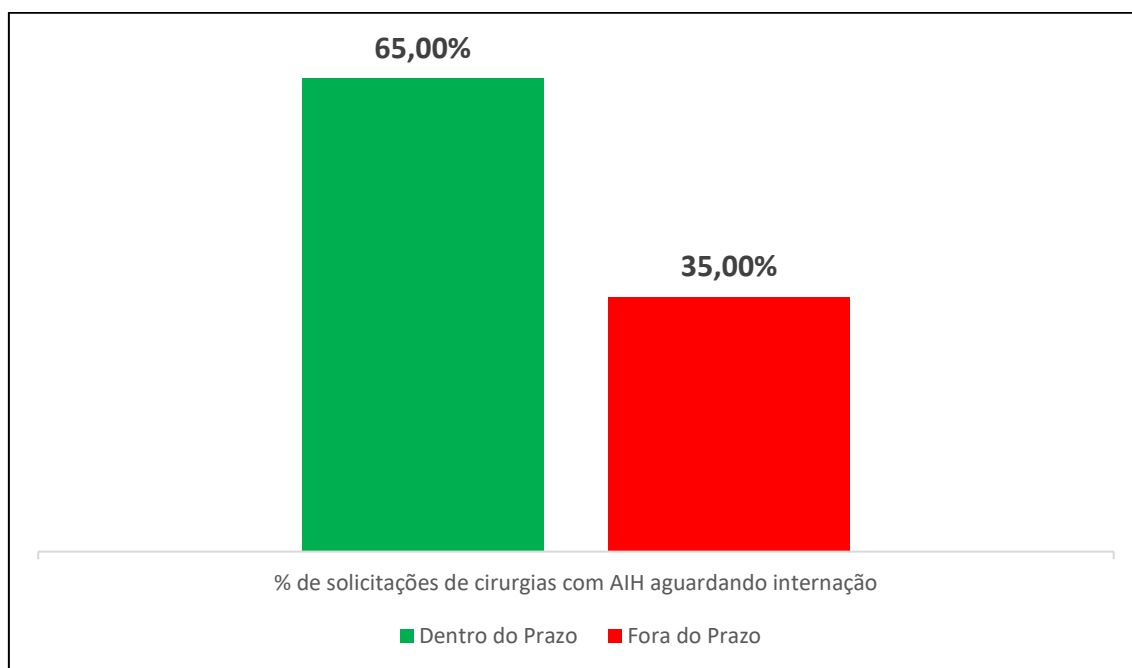
²⁵ **Enunciado 93:** Nas demandas de usuários do Sistema Único de Saúde – SUS por acesso a ações e serviços de saúde eletivos previstos nas políticas públicas, considera-se excessiva a espera do paciente por tempo superior a 100 (cem) dias para consultas e exames, e de 180 (cento e oitenta) dias para cirurgias e tratamentos.

na disponibilidade de leitos e na organização dos recursos humanos e materiais, comprometendo o acesso oportuno a procedimentos essenciais.

Situação encontrada

A análise dos dados extraídos em **18/12/2024** pela **Gerência de Assistência Ambulatorial Especializada (GAAE/SSAS/SESA)** (Anexo 487/2025) revelou que **35% das cirurgias com autorização de internação hospitalar (AIH) ultrapassaram o tempo de espera legal**, superando 180 dias e chegando a até 3 anos de espera pela efetivação da internação hospitalar (Gráfico 8). Essa demora expõe os pacientes a riscos de agravamento de suas condições de saúde, aumentando a morbimortalidade e a judicialização dos casos.

Gráfico 8 - Cumprimento prazo legal CNJ para cirurgias eletivas em 18/12/2024



Fonte: Elaboração própria

A avaliação da situação encontrada foi baseada em critérios normativos e técnicos que orientam a organização e a eficiência dos serviços de saúde. Um dos principais referenciais foi a **Norma Técnica SAES/CGMIND/SAES/MS 1/2023**, que estabelece diretrizes para a organização da atenção especializada, visando garantir a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde. Esse documento reforça a importância de um planejamento estruturado e da gestão adequada dos recursos para assegurar o acesso oportuno aos procedimentos cirúrgicos.

Outro critério fundamental foi o **Enunciado 93 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ)**, que define o prazo máximo de 180 dias para a realização de cirurgias eletivas, assegurando o direito dos pacientes a um atendimento em tempo adequado. Esse enunciado serve como parâmetro legal para avaliar a conformidade dos prazos de espera e identificar possíveis violações aos direitos dos usuários do sistema de saúde.

Além disso, foram consideradas as diretrizes do **Sistema Único de Saúde (SUS)**, que preconizam a equidade, a integralidade e a universalidade do atendimento. A demora excessiva para a realização de cirurgias cardíacas e bariátricas contraria esses princípios, podendo agravar o estado de saúde do paciente e aumentar os riscos de complicações.

Esses critérios forneceram a base para a identificação das falhas no processo de agendamento e ajudaram a definir as recomendações para melhorias na gestão das cirurgias cardíacas e bariátricas, visando garantir um atendimento mais ágil e eficiente.

As aparentes causas para o longo tempo de espera incluem a insuficiência de leitos hospitalares, a falta de equipes cirúrgicas qualificadas e problemas na gestão das filas de espera. Esses fatores resultam no agravamento das condições de saúde dos pacientes, no aumento da taxa de mortalidade e na judicialização dos casos. Além disso, a demora no atendimento sobrecarrega o sistema de saúde, amplia as desigualdades no acesso e compromete a confiança da população no SUS.

Em resposta ao Ofício 00262/2025 (submissão do relatório preliminar), a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) informou que, desde 2021, elabora anualmente o Plano Estadual para Gestão de Filas, denominado "Mutirão de Cirurgias", atualizado conforme a necessidade e a capacidade instalada no SUS-ES. Segundo a SESA, as especialidades cardíaca e bariátrica estão contempladas nesses planos. Nos últimos cinco meses, houve uma redução de 32% no tempo médio de espera para cirurgias, passando de 259 dias em setembro de 2024 para 174 dias em janeiro de 2025. A produção cirúrgica também apresentou um aumento de 180% em relação a 2021. A SESA se comprometeu a elaborar e disponibilizar um plano específico para reduzir o tempo de espera nas cirurgias cardíacas e bariátricas dentro do prazo proposto pela auditoria.

A SESA informou que a regulação e gestão de leitos hospitalares variam conforme a categoria (clínica médica, cirúrgica, UTI, UTIP, UTIN e obstetrícia) e que os leitos cirúrgicos não são alocados por especialidade médica, mas sim destinados a procedimentos cirúrgicos, sejam de urgência ou eletivos, sendo inviável diagnosticar o uso exclusivo de leitos para cirurgias cardíacas e bariátricas. No entanto, a SESA ponderou que a análise poderá ser feita com base nos procedimentos realizados. A SESA comprometeu-se a atender à recomendação, levantando dados e analisando a disponibilidade assistencial para essas cirurgias na rede SUS-ES.

Diante do que foi informado pela SESA e do compromisso dela em atender à determinação e recomendação, a equipe de auditoria decidiu por manter as propostas de encaminhamento.

Propostas de encaminhamento

Ante o exposto, com fundamento no art. 7º, §3º, I, da Resolução 361/2022 do TCEES, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal a seguinte proposta de encaminhamento:

- **DETERMINAR** à Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo (SESA) o encaminhamento, em até 180 dias, de um plano de ação para reduzir o tempo de espera por cirurgias eletivas cardíacas e bariátricas, devendo o plano conter, no mínimo, as ações a serem tomadas, os responsáveis pelas ações, e os prazos para implementação, na forma dos incisos I a III do §4º do art. 7º da Resolução TC 361/2022.

Com fundamento no art. 1º, XXXVI, da Lei Complementar n.º 621/2012 (Lei Orgânica do TCEES), e no art. 207, inciso V; art. 329, §7º, ambos do Regimento Interno do TCEES, e no art. 2º, III c/c art. 11 da Resolução TC 361/2022, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal a seguinte proposta de encaminhamento:

- **RECOMENDAR** à Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo (SESA), a realização, em até 180 dias, de um diagnóstico do uso potencial dos leitos hospitalares para cirurgias cardíacas e bariátricas, com base em indicadores de eficiência e necessidade.

Como benefício da implementação das propostas de encaminhamento, espera-se um avanço na redução do tempo de espera para cirurgias cardíacas e bariátricas, garantindo que os pacientes sejam atendidos dentro do prazo estabelecido pelo Enunciado 93 do CNJ e pelas diretrizes do SUS. Além disso, a medida promoverá o acesso igualitário e oportuno aos procedimentos cirúrgicos, prevenindo o agravamento de doenças.

A iniciativa também contribuirá para a otimização dos recursos de saúde disponíveis, com uma gestão mais eficiente de leitos e redução da sobrecarga nos hospitais, proporcionando um fluxo mais ágil e organizado para a realização de cirurgias.

Por fim, a implementação das recomendações fortalecerá a confiança da população no sistema público de saúde, diminuindo a judicialização dos casos relacionados a atrasos no atendimento e promovendo um modelo de gestão mais transparente e eficiente. Esses avanços consolidarão um sistema de saúde mais sustentável, capaz de atender às demandas da população com qualidade e equidade.

6.2 AUSÊNCIA DE RASTREABILIDADE DOS PACIENTES APÓS A SAÍDA DA FILA DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR, COMPROMETENDO A VERIFICAÇÃO DO CUMPRIMENTO DOS PRAZOS LEGAIS

A falta de rastreabilidade dos pacientes após a saída da fila de autorização de internação hospitalar (AIH) é um problema crítico que compromete a capacidade da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) de monitorar o cumprimento dos prazos legais estabelecidos para a realização de cirurgias. Conforme evidenciado em entrevista com a Gerência de Assistência Ambulatorial Especializada (GAAE/SSAS/SESA) e análise dos dados fornecidos, a base de dados da AIH não contém informações completas sobre os pacientes internados, dificultando o acompanhamento da situação dos pacientes após a autorização do procedimento. Essa lacuna impede a verificação do cumprimento dos prazos legais, como os 180 dias estabelecidos pelo Enunciado 93 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), e compromete a transparência e a auditabilidade dos processos.

Situação encontrada

A análise dos dados fornecidos pela Gerência de Assistência Ambulatorial Especializada (GAEE/SSAS/SESA) (Anexo 487/2025), bem como a entrevista com o respectivo setor, revelou que a base de dados da AIH não permite o rastreamento dos pacientes após a internação. Pacientes são removidos automaticamente da lista de AIH ao serem internados, o que impossibilita a verificação posterior do cumprimento dos prazos. Além disso, a base de dados de cirurgias eletivas realizadas fornecida pelos hospitais à SESA (em formato de planilhas), com os dados das internações efetivadas, não contém a data de solicitação do procedimento, dificultando a avaliação do tempo de espera.

A ausência de integração entre as bases de dados da AIH e a base de dados de cirurgias eletivas realizadas, aliada à limitação tecnológica do uso do Microsoft Excel no GAEE, impede o processamento eficiente de grandes volumes de informações e a geração de relatórios consolidados.

A avaliação da situação encontrada foi baseada em critérios normativos e técnicos, como a **Norma Técnica SAES/CGMIND/SAES/MS 1/2023**, que estabelece diretrizes para a organização da atenção especializada, visando garantir a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde. Além disso, o **Enunciado 93 do CNJ** foi utilizado como parâmetro legal para avaliar o cumprimento dos prazos máximos de 180 dias para a realização de cirurgias eletivas.

O **Plano Estadual de Saúde 2024-2027 (SESA/ES, 2023)** também foi considerado como critério de avaliação, uma vez que estabelece, em sua **diretriz nº 4, objetivo nº 2**, a meta de “**Reduzir para até 6 meses o tempo de espera de 100% das cirurgias eletivas com AIHs emitidas**”, tendo como indicador o “**Percentual de cirurgias eletivas com AIHs emitidas realizadas em até 6 meses**” (Figura 2). No entanto, a ausência de integração entre a **base de dados de AIH** e a **base de dados de cirurgias eletivas realizadas** compromete a viabilidade dessa meta, uma vez que a falta de comunicação entre os sistemas impede o monitoramento eficaz e a verificação do cumprimento dos prazos estabelecidos.

DIRETRIZ 4 - Modernizar, qualificar e potencializar a gestão estadual do SUS fortalecendo os processos de transparência, governança, planejamento, regulação, financiamento e descentralização.									
OBJETIVO 2: Implementar mecanismos de regulação da atenção e regulação do acesso para qualificar a gestão da clínica, otimizar a utilização dos recursos assistenciais e prover acesso em tempo e local oportuno. <i>Esse objetivo guarda relação com:</i> • PPA 2024-2027 – Programa: 0061 - SAÚDE CIDADÃ – Ações: 2070, 2184, 2191, 2209, 2325, 2720. • Objetivo do Desenvolvimento Sustentável - ODS 3 – Saúde e Bem Estar – meta 3.8 • 10ª Conferência Estadual de Saúde – EIXO I – O Brasil que temos. O Brasil que queremos. - Proposta 24/EIXO III – Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia – propostas 71, 81, 83, 84, 125,151, 180, 185, 186, 187, 189, 194, 197, 199, 201, 204, 205/ EIXO IV – Amanhã vai ser outro dia para todas pessoas - propostas 224, 230, 231, 243, 248.									
METAS									
DESCRIÇÃO DA META	LINHA DE BASE 2022	INDICADORES	UNIDADE MEDIDA	VALORES ANUAIS				META 2024-2027	UNIDADE MEDIDA
				2024	2025	2026	2027		
Reduzir para até 6 meses o tempo de espera de 100% das cirurgias eletivas com AIHs emitidas.	34	Percentual de cirurgias eletivas com AIHs emitidas realizadas em até 6 meses.	Percentual	40	60	80	100	100	Percentual

Figura 7 – Meta “Reduzir para até 6 meses o tempo de espera de 100% das cirurgias eletivas com AIHs emitidas” da diretriz nº 4, objetivo nº 2, do Plano Estadual de Saúde 2024-2027.

Fonte: SESA/ES

As principais causas para a falta de rastreabilidade incluem, como já citado, a ausência de integração entre a base de dados de AIH e a base de dados de cirurgias eletivas realizadas, a limitação tecnológica da GAAE/SSAS/SESA, que utiliza apenas o Microsoft Excel para gerenciar as informações, e a falta de sistemas mais avançados para a gestão e integração dos dados.

Esses fatores resultam na impossibilidade de rastrear os pacientes que saem da fila de cirurgias e verificar se eles foram atendidos dentro do prazo legal. Além disso, comprometem a transparência e a auditabilidade dos dados, dificultando a fiscalização e o controle sobre o cumprimento dos prazos legais.

Como efeito, há um aumento do risco de judicialização, uma vez que os pacientes podem não ser atendidos dentro do tempo estabelecido, gerando insatisfação e desconfiança no sistema público de saúde.

Em resposta ao Ofício 00262/2025 (submissão do relatório preliminar), a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) se comprometeu em atender a proposta de encaminhamento, mas solicitou dilatação do prazo de 60 dias para 180 dias, justificando a necessidade de tempo adicional para a formulação adequada do plano de ação, considerando as tramitações legais internas da instituição.

A equipe de auditoria entendeu que a justificativa apresentada era plausível, considerando as possíveis complexidades administrativas e legais envolvidas na

elaboração de um plano de ação para a implementação de sistemas tecnológicos robustos, decidindo assim ampliar o prazo da elaboração do plano de ação para 180 dias.

Propostas de encaminhamento

Ante o exposto, com fundamento no art. 7º, §3º, I, da Resolução 361/2022 do TCEES, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal a seguinte proposta de encaminhamento:

- **DETERMINAR** à Secretaria Estadual de Saúde (SESA) o encaminhamento, em até 180 dias, do **plano de ação** visando a implementação de sistemas tecnológicos robustos e de alto desempenho, capazes de integrar as bases de dados de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e de cirurgias eletivas realizadas, além de possibilitar a extração de relatórios consolidados e históricos, com o objetivo de garantir o cumprimento dos prazos legais estabelecidos para a realização de cirurgias e assegurar a transparência e a auditabilidade dos processos, devendo o plano deverá conter, no mínimo, as ações a serem tomadas para a implementação dos sistemas tecnológicos, os responsáveis pela execução de cada ação, e os prazos para implementação de cada ação, na forma dos incisos I a III do §4º do art. 7º da Resolução TC 361/2022.

Como benefício da implementação da proposta de encaminhamento, espera-se um avanço no monitoramento dos pacientes e no cumprimento dos prazos legais para a realização das cirurgias eletivas. A integração das bases de dados e a adoção de sistemas mais avançados permitirão o rastreamento contínuo dos pacientes, garantindo que sejam atendidos dentro dos prazos estabelecidos pelo Enunciado 93 do CNJ.

Além disso, a medida promoverá o aumento da transparência e da auditabilidade das informações, facilitando a fiscalização e o controle dos processos. A redução do risco de judicialização é outro benefício esperado, uma vez que o cumprimento dos prazos legais diminuirá a insatisfação dos pacientes e a necessidade de recorrer à Justiça para garantir o acesso aos procedimentos.

Por fim, a eficiência no uso de recursos tecnológicos permitirá que a SESA melhore o atendimento aos pacientes e a gestão das filas de espera, consolidando um sistema de saúde mais transparente, eficiente e alinhado aos princípios do SUS.

7 MEDICAMENTOS VOLTADOS PARA O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A [linha de cuidado de Hipertensão Arterial Sistêmica](#) contempla em seu Quadro 4 uma lista de medicamentos, com a respectiva concentração, disponibilizados pela Relação Nacional de Medicamentos - Rename 2020 para tratamento pela Unidade de Atenção Primária. Todos esses medicamentos e respectivas concentrações foram posteriormente contemplados na Rename 2022.

Segundo o Caput c/c o Inciso I do Parágrafo Único do art. 25 do Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (dispõe 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), a Rename compreende a seleção e padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS, com atualização pelo Ministério da Saúde a cada 2 anos.

Por sua vez, o art. 27 prevê que os estados e municípios poderão adotar relações **específicas e complementares** de medicamentos, em consonância com a RENAME de acordo com o pactuado nas **Comissões Intergestores**.

O art. 49 da Resolução de Consolidação da Comissão Intergestores Tripartite 1, de 30 de março de 2021 (Resolução MS/CIT 1/2021), dispõe que a Rename será organizada de forma a identificar os medicamentos oferecidos em **todos os níveis de atenção e nas linhas de cuidado do SUS**.

Ao seu turno, o art. 55 da referida Resolução prevê que os estados, o Distrito Federal e os **municípios podem definir medicamentos de forma suplementar à Rename**, desde que questões de saúde pública justifiquem e respeitadas as responsabilidades dos entes federativos, **as pactuações em Comissões Intergestoras Bipartite e no conselho municipal de Saúde**.

Nesse caso, o art. 56 prevê que a seleção dos medicamentos que **serão ofertados pelos estados, Distrito Federal e municípios a partir da Rename** deverá considerar o perfil epidemiológico, a organização dos serviços e a complexidade do atendimento oferecido.

Nesse sentido, a Resolução CIB-ES/SUS 9, de 13 de fevereiro de 2020, dispõe em seu §1º do art. 4º que a relação municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) de cada município deverá ser formulada em conformidade com a necessidade epidemiológica local, **respeitando a RENAME vigente no SUS**.

Segundo o [Colegiado de Secretarias municipais de Saúde do Espírito Santo](#) é responsabilidade dos municípios a aquisição dos medicamentos e insumos de compra descentralizada do Componente Básico da AF, que constam nos Anexos I e IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais vigente (RENAME 2022).

Segundo o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS/SP), em sua [página institucional](#), **a REMUME deve conter os medicamentos definidos na RENAME, e é recomendável a ampla divulgação da REMUME à população e órgãos de controle, pois favorece a defesa nas ações judiciais se o medicamento solicitado não está previsto nas listas oficiais**.

Por fim, o art. 6ºA da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, alterado pela Lei 14.654, de 23 de agosto de 2023, dispõe que as diferentes instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS) **ficam obrigadas a disponibilizar nas respectivas páginas eletrônicas na internet os estoques de medicamentos das farmácias públicas que estiverem sob sua gestão, com atualização quinzenal, de forma acessível ao cidadão comum**.

Em suma: todos esse dispositivos serviram como critério de fiscalização para a seguinte questão de auditoria:

A atenção primária em saúde dos municípios possui os medicamentos voltados para o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica ?

Isso posto, buscou-se verificar se os municípios disponibilizam os medicamentos listados no Quadro 4 da linha de cuidado nacional da HAS e se tais medicamentos se encontram listados na REMUME de cada município.

Em paralelo, se disponibiliza de forma acessível a Remume de forma a possibilitar comparar o estoque existente.

7.1 FRAGILIDADE NA GESTÃO DA TRANSPARÊNCIA DOS MEDICAMENTOS A SEREM OFERTADOS PELO MUNICÍPIO

Metodologia

No âmbito do site de cada prefeitura e do portal transparência foi realizada uma busca pela REMUME local, supondo a conduta de um cidadão médio.

A publicação REMUME é um instrumento fundamental para a transparência e gestão eficaz da política de medicamentos nos municípios. Entretanto, situações em que a REMUME não é expressamente publicada, mas inferida como completa em documentos que apenas indicam a disponibilidade de medicamentos, podem gerar ambiguidades que comprometem a compreensão do cidadão e dificultam a fiscalização.

Como consequência prática, a ausência de um medicamento específico na lista gera dúvidas sobre se o medicamento realmente não faz parte da REMUME ou se houve algum equívoco ou omissão em sua inclusão, inclusive por falta de medicamentos.

O §1º do art. 1º da Resolução CIB-SUS/ES 9/2020 prevê que a lista municipal deve ser homologada pelo gestor municipal mediante edição de portaria específica.

Situação encontrada:

A partir da execução dessa metodologia verificou-se que os municípios de Afonso Claudio, Águia Branca, Alegre, Alfredo Chaves, Baixo Guandu, Boa Esperança, Colatina, Dolores do Rio Preto, Guaçuí, Guarapari, Iconha, Itaguaçu, Itarana, Jerônimo Monteiro, João Neiva, Marechal Floriano, Montanha, Mucurici, Muqui, Nova Venécia, Ponto Belo, Rio Novo do Sul, Santa Leopoldina, Santa Teresa, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha, São Mateus, Sooretama, Vargem Alta, Venda Nova do Imigrante, Viana, Vila Valério, Vila Velha e Vitória disponibilizam lista de medicamentos ou acesso à sistema de informação, ambos para conferência de estoque, mas **não indicaram todos os medicamentos e as respectivas concentrações dos medicamentos relacionados à linha de cuidado de Hipertensão Arterial Sistêmica contidos na Renome 2022.**

Adite-se que os municípios de Afonso Cláudio, Água Doce do Norte, Águia Branca, Alegre, Alfredo Chaves, Alto Rio Novo, Anchieta, Apiacá, Aracruz, Atílio Vivácqua, Baixo Guandu, Barra de São Francisco, Boa Esperança, Bom Jesus do Norte, Brejetuba, Cachoeiro de Itapemirim, Cariacica, Conceição da Barra, Conceição do Castelo, Divino de São Lourenço, Domingos Martins, Dolores do Rio Preto, Ecoporanga, Fundão, Guaçuí, Guarapari, Governador Lindeberg, Ibatiba, Ibiracú, Ibitirama, Iconha, Itaguaçu, Itapemirim, Iúna, Jaguaré, Jerônimo Monteiro, João Neiva, Laranja da Terra, Linhares, Marataízes, Marechal Floriano, Marilândia, Mimoso do Sul, Montanha, Mucurici, Muniz Freire, Muqui, Nova Venécia, Pancas, Pedro Canário, Pinheiros, Piúma, Ponto Belo, Presidente Kennedy, Rio Bananal, Rio Novo do Sul, Santa Leopoldina, Santa Maria de Jetibá, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha, São José do Calçado, São Mateus, São Roque do Canaã, Serra, Sooretama, Vargem Alta, Viana, Vila Pavão, Vitória **não disponibilizaram a Remume atualizada a partir de 2022, em seu endereço eletrônico, para consulta e de forma acessível.**

Conforme consulta ao portal de acesso à informação, o município de Alegre apresentou a Remume de 2016; Cachoeiro de Itapemirim, a de 2019; Cariacica, a de 2021; Fundão, a de 2018; e São Mateus, a publicada em 2021. Mimoso do Sul forneceu um link para o Google Drive que requer solicitação de acesso. Viana apresentou a Remume de 2018. Já os municípios de Apiacá, Boa Esperança, Brejetuba, Guaçuí, Guarapari, Itaguaçu, João Neiva, Linhares, Marilândia, Muqui, Santa Maria de Jetibá, São Mateus e Vila Valério apresentaram listas sem indicar a norma correspondente.

As evidências estão consolidadas no Apêndice 00006/2025.

Após a submissão do achado, as secretarias municipais de Cariacica, Santa Leopoldina, Santa Teresa, Itarana, Vargem Alta, Venda Nova do Imigrante, Vitória e Vila Velha informaram que a Rename é a lista de medicamentos que norteia os municípios na padronização da sua Remume, sendo esta elaborada levando em consideração a situação epidemiológica do município. Segundo essas secretarias, nem sempre a Remume precisa contemplar todos os itens listados na Rename.

Além disso, explicaram que, por meio da Comissão Municipal de Farmácia e Terapêutica, os municípios têm a opção de selecionar concentrações de

medicamentos que atendam à maior parte da população, visando uma conduta terapêutica mais adequada.

Entretanto, ao reanalisar juridicamente o arcabouço mencionado no início do capítulo desse achado, compreende-se ser possível ambiguidade na interpretação dos arts. 55 e 56, caput e Parágrafo Único, da Resolução CIT 1/2021. De um lado, os municípios defendem que podem selecionar os medicamentos da Rename com base em critérios epidemiológicos locais, conforme indicado no Art. 56 e seu parágrafo único. De outro lado, a leitura combinada desses artigos pode também levar à interpretação de que os medicamentos da Rename devem ser ofertados integralmente, podendo ser suplementados por outros, conforme pactuação.

O Art. 55 da Resolução estabelece que os estados, o Distrito Federal e os municípios podem definir medicamentos de forma suplementar à Rename, desde que questões de saúde pública justifiquem essa suplementação e sejam respeitadas as responsabilidades dos entes federativos. Já o Art. 56 enfatiza que a seleção dos medicamentos deverá considerar o perfil epidemiológico, a organização dos serviços e a complexidade do atendimento oferecido, admitindo ainda, em seu Parágrafo Único, a possibilidade de inclusão de outros critérios pactuados nas Comissões Intergestores e Conselhos de Saúde.

Diante da ausência de menção explícita à exclusão de medicamentos constantes na Rename, é compreensível que haja diferentes interpretações por parte dos gestores municipais. Essa divergência interpretativa gera implicações relevantes para a política pública de medicamentos, podendo impactar na oferta de medicamentos essenciais para a linha de cuidado da Hipertensão Arterial Sistêmica.

Cabe destacar que todos os municípios auditados contam com cidadãos diagnosticados com hipertensão, conforme dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab). Esse cenário reforça a importância de uma oferta consistente e adequada de medicamentos para essa condição.

Diante disso, considerando a importância de assegurar maior clareza e padronização na gestão de informações sobre os medicamentos que devem ser distribuídos pelos municípios, bem como fomentar a melhoria contínua do acesso ao tratamento medicamentoso no estado, e com fundamento no art. 1º, XXXVI, da Lei Complementar n.º 621/2012 (Lei Orgânica do TCEES), e no art. 207, inciso V; art. 329, §7º, ambos

do Regimento Interno do TCEES, e no art. 2º, III c/c art. 11 da Resolução TC 361/2022, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal as seguintes propostas de encaminhamento:

- A. **RECOMENDAR** às Secretarias Municipais de Apiacá, Aracruz, Atílio Vivácqua, Baixo Guandu, Barra de São Francisco, Boa Esperança, Bom Jesus do Norte, Brejetuba, Cachoeiro de Itapemirim, Cariacica, Castelo, Colatina, Conceição da Barra, Conceição do Castelo, Divino de São Lourenço, Domingos Martins, Dores do Rio Preto, Ecoporanga, Fundão, Governador Lindenberg, Guaçuí, Guarapari, Ibatiba, Ibiraçu, Ibitirama, Iconha, Irupi, Itaguaçu, Itapemirim, Itarana, Iúna, Jaguaré, Jerônimo Monteiro, João Neiva, Laranja da Terra, Linhares, Marataízes, Marechal Floriano, Marilândia, Mantenópolis, Mimoso do Sul, Montanha, Mucurici, Muniz Freire, Muqui, Nova Venécia, Pancas, Pedro Canário, Pinheiros, Piúma, Ponto Belo, Presidente Kennedy, Rio Bananal, Rio Novo do Sul, Santa Leopoldina, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha, São José do Calçado, São Mateus, São Roque do Canaã, Serra, Sooretama, Vargem Alta, Venda Nova do Imigrante, Viana, Vila Pavão, Vila Valério, Vila Velha e Vitória que seja publicado o histórico da Remume com a indicação das normas que a instituíram, incluindo a versão atualizada a partir da Rename em vigor, de forma acessível em seu endereço eletrônico, em até 180 dias.
- **RECOMENDAR** à Secretaria Estadual de Saúde (SESA), que submeta à CIB/SUS-ES, em até 180 dias, a elaboração de uma proposta formal a ser enviada à Comissão Intergestores Tripartite (CIT), com vistas à revisão dos artigos 55 e 56 da Resolução CIT 1/2021, buscando eliminar ambiguidades e definir critérios claros para a inclusão ou exclusão de medicamentos da Rename nas Remumes, promovendo maior uniformidade e segurança para os gestores locais.

7.2 AUSÊNCIA DE MEDICAMENTOS PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA REDE EM LISTA DE CONTROLE PUBLICADA PELO MUNICÍPIO

Os municípios de Águia Branca, Alegre, Alfredo Chaves, Anchieta, Boa esperança, Cachoeiro de Itapemirim, Colatina, Itarana, João Neiva, Montanha, Mucurici, Muqui, Nova Venécia, São Domingos do Norte, São Mateus, Vargem Alta e Vila Valério, **apresentaram falta de medicamentos em seu estoque, considerando a lista de controle de medicamentos e as visitas *in loco* realizadas.**

As evidências se encontram no Apêndice 00006/2025.

Considerou-se os casos em que os medicamentos foram apresentados zerados nos relatórios ou quando era possível comparar com uma lista de medicamentos publicada pelo município, com indicação de Rename ou não.

Dessa forma, para os casos em que não havia uma Remume publicada, sob o ponto de vista do município, não haveria falta de medicamentos, para os medicamentos listados. As recomendações do achado anterior suprem esse caso.

Uma possível causa é o fato de o medicamento não estar contemplado na REMUME e/ou possíveis dificuldades de compra de medicamento e/ou possível desorganização logística.

Potencialmente a população pode ficar desabastecida pelos medicamentos, levando à agudização de sua condição crônica. De igual forma, pode ocorrer a busca por medicamentos na rede particular, com maior prejuízo para a população mais vulneráveis.

Com fundamento no art no art. 1º, XXXVI, da Lei Complementar n.º 621/2012 (Lei Orgânica do TCEES), e no art. 207, inciso V; art. 329, §7º, ambos do Regimento Interno do TCEES, e no art. 2º, III c/c art. 11 da Resolução TC 361/2022, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal as seguintes propostas de encaminhamento:

- **RECOMENDAR** às Secretarias municipais de Águia Branca, Alegre, Alfredo Chaves, Anchieta, Boa esperança, Cachoeiro de Itapemirim, Colatina, Itarana, João Neiva, Montanha, Mucurici, Muqui, Nova Venécia, São Domingos do

Norte, São Mateus, Vargem Alta e Vila Valério implementem ações para melhorar o controle de estoque, em até 180 dias.

7.3 FRAGILIDADE NA GESTÃO DA INFORMAÇÃO DOS MEDICAMENTOS PERANTE A LEI 14.654/2023

Nos municípios de Alto Rio Novo, Aracruz, Atílio Vivacqua, Barra de São Francisco, Bom Jesus do Norte, Cachoeiro de Itapemirim, Cariacica, Conceição do Castelo, Divino São Lourenço, Ecoporanga, Fundão, Governador Lindenberg, Ibatiba, Ibraçu, Irupi, Iúna, Jaguaré, Iaranja da Terra, Marilândia, Mimoso do Sul, Muniz Freire, Pinheiros, Piúma, Presidente Keneddy, São Roque do Canaã, Vargem Alta e Vila Pavão não foram encontrados informações sobre o estoque de medicamentos da Remume.

Os municípios de Águia Branca, Alegre, Colatina, Dolores do Rio Preto, Guaçu, Guarapari, Itaguaçu, Marechal Floriano, Santa Maria de Jetibá e Viana não apresentam dados quantitativos de estoque de cada medicamento.

Os municípios de Água Doce do Norte, Apiacá, Castelo, Conceição da Barra, Marataízes, Pancas, Pedro Canário, e São José do Calçado não apresentaram informações sobre o estoque de medicamentos do 3º quadrimestre de 2024.

Os municípios de Águia Branca, Alfredo Chaves, Baixo Guandu, Colatina, Dolores do Rio Preto, Guarapari, Ibitirama, Itaguaçu, Jerônimo Monteiro, Marechal Floriano, Rio Novo do Sul, Santa Leopoldina, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa, São Mateus, Sooretama, Domingos Martins, Linhares, Mantenedópolis, Rio Bananal, Serra e Viana não disponibilizam informações de estoque quinzenalmente.

As evidências se encontram disponível no Apêndice 00006/2025.

A Lei 14.654/2023, que alterou a Lei 8.080/1990, dispõe que diferentes instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS) ficam **obrigadas** a disponibilizar nas respectivas páginas eletrônicas na internet **os estoques de medicamentos das farmácias públicas que estiverem sob sua gestão, com atualização quinzenal**, de forma acessível ao cidadão comum.

A causa possível é o desconhecimento da lei e problemas internos de gerenciamento das informações, tendo como efeito o desconhecimento do cidadão sobre o estoque de medicamentos.

Após a submissão do achado, as Secretarias Municipais de Cariacica e Fundão informaram links para acesso às páginas com dados sobre o estoque quantitativo de medicamentos. No entanto, foram identificadas as seguintes inconsistências:

- **Cariacica:** O acesso à página não é intuitivo, exigindo que o cidadão conheça previamente os passos para localizá-la. Além disso, a página não informa a data de atualização dos dados e não está indexada em buscadores da internet, como o Google, dificultando sua localização por usuários comuns.
- **Fundão:** Não foi possível identificar no site oficial da prefeitura um acesso direto ou fácil ao link informado, o que também restringe a transparência e a acessibilidade das informações.

Ante o exposto, com fundamento no art. 1º, XVI; art. 57, inciso III, ambos da Lei Complementar n.º 621/2012 (Lei Orgânica do TCEES), no art. 207, IV c/c art. 329, §7º e art. 288, inciso XV, do Regimento Interno do TCEES, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal a seguinte proposta de encaminhamento:

- **DETERMINAR**, com fundamento no art. 6-A da Lei 8.080/1990, que as Secretarias municipais de Saúde de Alto Rio Novo, Aracruz, Atílio Vivacqua, Barra de São Francisco, Bom Jesus do Norte, Cachoeiro de Itapemirim, Cariacica, Conceição do Castelo, Divino São Lourenço, Ecoporanga, Fundão, Governador Lindenberg, Ibatiba, Ibiraçu, Irupi, Iúna, Jaguaré, Laranja da Terra, Marilândia, Mimoso do Sul, Muniz Freire, Pinheiros, Piúma, Presidente Keneddy, São Roque do Canaã, Vargem Alta, Vila Pavão, Águia Branca, Alegre, Colatina, Dolores do Rio Preto, Guaçuí, Guarapari, Itaguaçu, Marechal Floriano, Santa Maria de Jetibá e Viana disponibilizem em suas páginas eletrônicas, com fácil acesso, o estoque quantitativo de medicamentos, em até 180 dias.

Ante o exposto e com fundamento no art. 1º, XXXVI, da Lei Complementar n.º 621/2012 (Lei Orgânica do TCEES), e no art. 207, inciso V; art. 329, §7º, ambos do Regimento Interno do TCEES, e no art. 2º, III c/c art. 11 da Resolução TC 361/2022,

a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal as seguintes propostas de encaminhamento:

- **RECOMENDAR** às Secretarias Municipais de Apiacá, Aracruz, Atílio Vivacqua, Baixo Guandu, Barra de São Francisco, Boa Esperança, Bom Jesus do Norte, Brejetuba, Cachoeiro de Itapemirim, Cariacica, Castelo, Colatina, Conceição da Barra, Conceição do Castelo, Divino de São Lourenço, Domingos Martins, Dolores do Rio Preto, Ecoporanga, Fundão, Governador Lindenberg, Guaçuí, Guarapari, Ibatiba, Ibraçu, Ibitirama, Iconha, Irupi, Itaguaçu, Itapemirim, Itarana, Iúna, Jaguaré, Jerônimo Monteiro, João Neiva, Laranja da Terra, Linhares, Marataízes, Marechal Floriano, Marilândia, Mantenópolis, Mimoso do Sul, Montanha, Mucurici, Muniz Freire, Muqui, Nova Venécia, Pancas, Pedro Canário, Pinheiros, Piúma, Ponto Belo, Presidente Kennedy, Rio Bananal, Rio Novo do Sul, Santa Leopoldina, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha, São José do Calçado, São Mateus, São Roque do Canaã, Serra, Sooretama, Vargem Alta, Viana, Vila Pavão e Vila Valério que disponibilizem quinzenalmente o estoque quantitativo de medicamentos, a que se refere o art. 6-A da Lei 8.080/199, em até 180 dias.

8 ACHADOS NÃO DECORRENTES DA INVESTIGAÇÃO DAS QUESTÕES DE AUDITORIA

A seguir serão abordados dois achados não decorrentes do planejamento contidos na matriz de planejamento, conforme permissão normativa da versão 2.0 do Manual de Auditoria de Conformidade do TCEES.²⁶

8.1 AMBULÂNCIAS EM APARENTE ESTADO DE ABANDONO E ESTACIONADAS EM LOCAL DE LIVRE ACESSO.

A seguir serão apresentados 5 veículos que se encontravam estacionados em local de livre acesso em São José do Calçado, em dia 18 de dezembro de 2024, entre a Avenida Manoel Diogo da Silva e Avenida Maria das Dores Pimentel, ao lado do estacionamento da Central de Saúde.



Foto 1 – Ambulância do Governo do Estado do Espírito Santo
Fonte: Registro próprio, em 18/12/2024.

Observa-se, no caso da Foto 1 o fácil acesso a veículo com a janela aberta.

²⁶ Aplicam-se, também, no que couber e naquilo que não colidir com os manuais de fiscalização e demais pronunciamentos profissionais específicos elaborados ou adotados pelo TCEES, à realização das auditorias financeiras e operacionais, das inspeções, dos acompanhamentos e dos monitoramentos



Foto 2 - Veículo sem placa localizado em mau estado de conservação.
Fonte: Registro próprio, em 18/12/2024

Observa-se na Foto 2 veículo sem placa em mau estado de conservação.



Foto 3 – Estacionamento da Central de Saúde, localizado lateralmente ao terreno.
Fonte: Registro próprio, em 18/12/2024



Foto 4 – Veículo placada OVL 5139 estacionado no local

Fonte: Registro próprio, em 18/12/2024



Foto 5 – veículo placa MTZ 8587 em mau estado de conservação

Fonte: Registro próprio, em 18/12/2024



Foto 6 – Veículo placa MTX 5896
Fonte: Registro próprio, em 18/12/2024

A Foto 6 evidencia a porta e a janela semiabertas, possibilitando o acesso a pessoas não autorizadas. O veículo também se encontra em local de mato alto, o que reforça a **possibilidade** de abandono.



Foto 7 – Veículos placas MTZ 8587, OVL 5139 e ODR 4038.
Fonte: Registro próprio, em 18/12/2024

Observa-se que veículo placa OVL 5139 encontrava-se com a janela quebrada e o veículo ODR 4038 se encontrava com a janela aberta, possibilitando, em ambos os casos, o acesso a eles.



Foto 8 – Fotos dos veículos estacionados
Fonte: Registro próprio, em 18/12/2024

A partir dessas fotos, verifica-se que foram encontrados veículos em mau estado de conservação (placas OVL-5139, MTZ 8587 e veículo sem foto) , porém não é possível determinar se o desgaste ocorreu por ação de terceiros em razão do acesso de pessoas não autorizadas ao local. Outra possibilidade é que o espaço funcione como um estacionamento para veículos que sofreram depreciação natural, avarias por acidentes ou outros fatores ambientais.

Adite-se que foram encontrados veículos em que há possibilidade de ter ocorrido degradação, furto ou outras limitações para seu pleno uso (Placas ODR 4038 e MTX 5896).

O art. 23, I da Constituição Federal define como competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios zelar pelo patrimônio público. O terreno possui um portão que se encontrava aberto durante a passagem pela equipe de fiscalização, possibilitando a entrada de qualquer um aos veículos estacionados.

O local não possui muros, somente uma cerca de arame farpado que não protege efetivamente da entrada de pessoas não autorizadas. No dia da fiscalização o portão, também pouco efetivo, ainda estava aberto, sem ninguém por perto para vigilância. No [Google Maps](#) é possível verificar que o mesmo ocorre em agosto de 2023 e em fotos de dezembro de 2024.



Figura 8 – Imagem coletada do Google Maps para dezembro de 2024 referente ao terreno utilizado como estacionamento em local de livre acesso em São José do Calçado, em dia 18 de dezembro de 2024, entre a Avenida Manoel Diogo da Silva e Avenida Maria das Dores Pimentel, ao lado do estacionamento da Central de Saúde.

Fonte: Google Maps

Ante o exposto, considerando que não foi possível à equipe de fiscalização descobrir quem possui propriedade e posse sobre o referido terreno e ainda a necessidade de obter informações adicionais, e com fundamento no art. 4º, II c/c 7º, §3º da Resolução TC 361/2022, VI²⁷ c/c art. 23, I da Constituição Federal, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal as seguintes propostas de encaminhamento:

- **DETERMINAR** à Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo e à Secretaria Municipal de Saúde de São José do Calçado que se organizem

²⁷ Art. 4º. As determinações devem ser formuladas para:

[...]

II - Inibir a ocorrência de irregularidade ou ilegalidade iminente.

Art. 7º Não devem ser formuladas determinadas para: [...] 3º Excepcionalmente, no caso de situações em que a implementação das providências imediatas necessárias para prevenir ou corrigir irregularidade ou ilegalidade, ou remover seus efeitos, não seja factível, a unidade técnica poderá propor determinação, desde que devidamente fundamentadas as razões que justifiquem a necessidade da adoção da medida e consideradas as razões apresentadas pelo gestor, nos termos do art. 14 desta Resolução, visando: [...] VI - à requisição de informações.

para que, **em até 10 dias, se abstenham** de utilizar como estacionamento para veículos públicos o terreno entre a Avenida Manoel Diogo da Silva e Avenida Maria das Dores Pimentel, ao lado do estacionamento da Central de Saúde, em São José do Calçado, até que o local esteja protegido efetivamente contra o fluxo não autorizado de pessoas.

- **DETERMINAR** à Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo e à Secretaria Municipal de Saúde de São José do Calçado que, em até 180 dias, realizem a avaliação dos veículos placas ODR 4038, OVL 5139, MTZ 8587, MTX 5896 e do outro veículo sem placa referenciado no relatório, apresentando relatório das últimas viagens realizadas por esses veículos em 2024, conforme a titularidade da propriedade e/ou posse, bem como a condição atual dos veículos para a realização de viagens, e os motivos por eventuais causas para a inutilização e avaria de peças, pertences e equipamentos faltantes ou vandalizados; e adotem as medidas cabíveis para tornar o uso adequado para a prestação de serviços públicos, ou realizar a destinação adequada, a exemplo de baixa patrimonial, e/ou tomar outras medidas que o caso concreto e a legislação assim exigirem ou permitirem, para os veículos de sua propriedade e/ou posse.

8.2 FARMÁCIA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO CALÇADO EM MAU ESTADO DE CONSERVAÇÃO E ORGANIZAÇÃO.

A Farmácia Municipal da Prefeitura de São José do Calçado apresentava, em 18/12/2024, **más condições de conservação e organização**. O espaço é pequeno, com **caixotes improvisados para circulação dos trabalhadores**, possivelmente para evitar danos causados por enchentes. Além disso, havia **ladrilhos quebrados, móveis enferrujados e marcas de mofo nas paredes**, evidenciando a deterioração do ambiente. O banheiro disponível no local também se encontrava também em má condição de uso.

A fotos a seguir evidenciam a situação encontrada:



Foto 9 – Foto de caixotes na farmácia municipal de São José do Calçado.
Fonte: Elaboração própria, em 18/12/2024.



Foto 10 – Foto de cesto de lixo próximo aos medicamentos na farmácia municipal de São José do Calçado.

Fonte: Elaboração própria, em 18/12/2024.



Foto 11 – Foto da desorganização da farmácia municipal de São José do Calçado.
Fonte: Elaboração própria, em 18/12/2024.



Foto 12 - Foto da desorganização da farmácia municipal de São José do Calçado.
Fonte: Elaboração própria, em 18/12/2024.



Foto 13 – foto da entrada da farmácia municipal de São José do Calçado.
Fonte: Elaboração própria, em 18/12/2024.

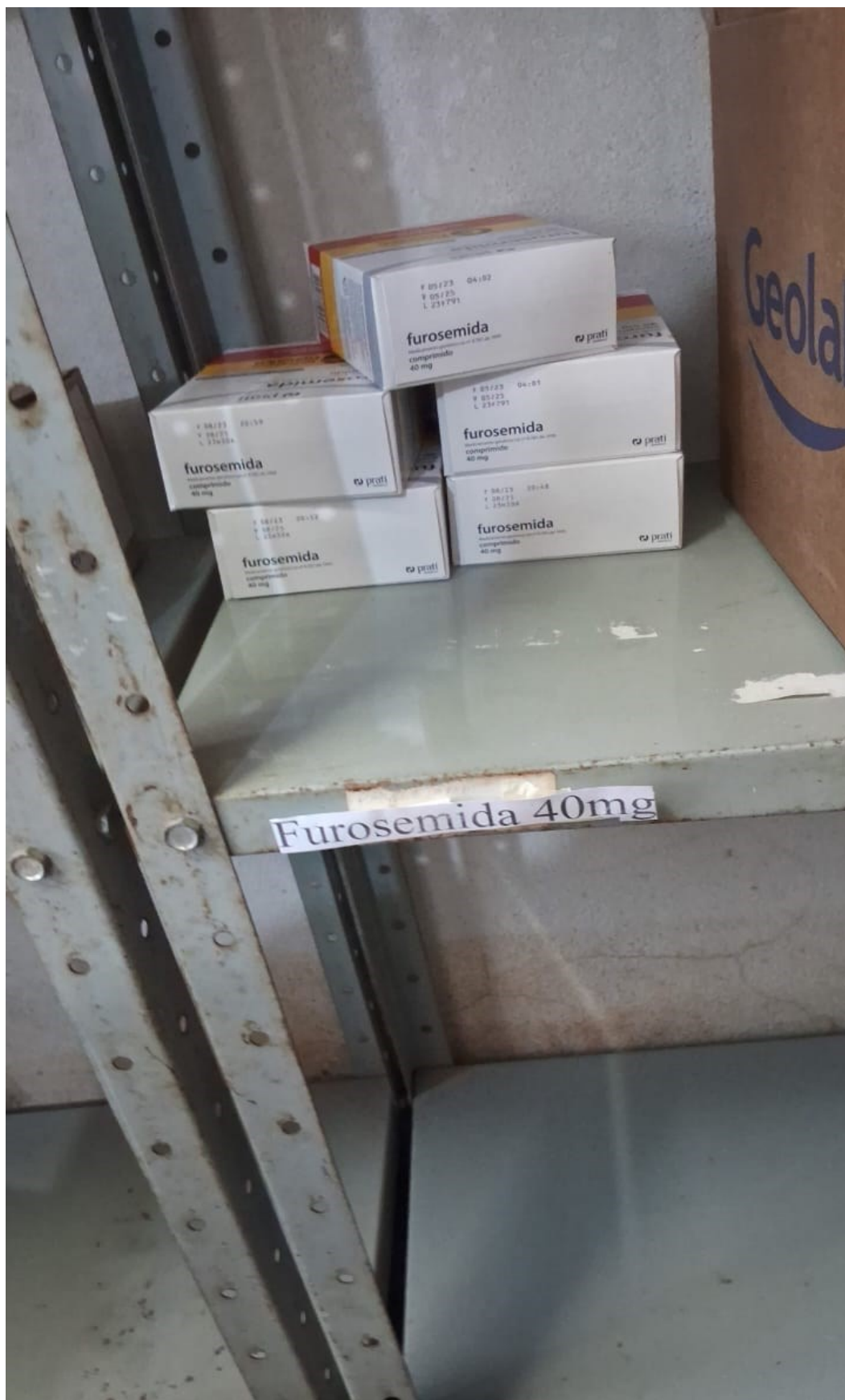


Foto 14 – marcas de ferrugem e de mofo na farmácia municipal de São José do Calçado.
Fonte: Elaboração própria, em 18/12/2024.



Foto 15 – foto de moveis antigos e enferrujados na Farmácia de São José do Calçado.
Fonte: Elaboração própria, em 18/12/2024.



Foto 16 – parede deteriorada na farmácia municipal de São José do Calçado.
Fonte: Elaboração própria, em 18/12/2024.



Foto 17 – Ladrilho quebrado no piso quebrado com lixo cheio ao fundo na farmácia de São José do Calçado, na entrada da farmácia municipal de São José do Calçado.
Fonte: Elaboração própria, em 18/12/2024.



Foto 18 – banheiro disponível para o fluxo de pessoas na farmácia municipal de São José do calçado em mau estado de conservação.

Os arts. 6º, §§1º ao 4º e 35, §2º da Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa 44, de 17 de agosto de 2009, abordam a necessidade de as áreas internas e externas estarem em boas condições físicas e estruturais para garantir a higiene e a segurança dos usuários e funcionários. As instalações, como pisos, paredes e tetos, devem ser

lisas, impermeáveis, resistentes a agentes sanitizantes, facilmente laváveis e em perfeito estado. Os ambientes devem ser mantidos limpos e protegidos contra a entrada de insetos, roedores e outros animais. Além disso, a ventilação e a iluminação devem ser adequadas às atividades realizadas em cada espaço, e o estabelecimento deve dispor de equipamentos de combate a incêndio em quantidade suficiente, conforme a legislação específica. O ambiente deve ser mantido limpo, protegido da ação direta da luz solar, umidade e calor, de modo a preservar a identidade e integridade química, física e microbiológica, garantindo a qualidade e segurança deles.

A causa provável para a situação encontrada é a falta de manutenção e a escolha inadequada de local para instalar a farmácia. O local se encontra às margens do Rio Calçado aos fundos do Pronto Socorro, sendo possível constatar em busca na internet que casos de enchente ocorrem com frequência, em épocas de chuvas fortes.²⁸²⁹

O mofo e a umidade podem degradar medicamentos, especialmente comprimidos, além de favorecer a proliferação de fungos que podem contaminar embalagens. A falta de organização pode resultar em falhas no controle de estoque, levando ao desperdício de medicamentos, por vencimento ou armazenamento de forma inadequada, com impactos negativos no tratamento de pacientes crônicos. Um ambiente degradado pode afetar a credibilidade da farmácia e a confiança da população no sistema de saúde municipal.

Com fundamento no art. 1º, XXXVI, da Lei Complementar n.º 621/2012 (Lei Orgânica do TCEES), e no art. 207, inciso V; art. 329, §7º, ambos do Regimento Interno do TCEES, e no art. 2º, III c/c art. 11 da Resolução TC 361/2022, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal as seguintes propostas de encaminhamento:

- **RECOMENDAR** à Secretaria Municipal de São José do Calçado que, em até 180 dias, ofereça instalações adequadas para a conservação e guarda de

²⁸ Disponível em: <https://www.agazeta.com.br/es/cotidiano/rio-transborda-e-deixa-sao-jose-do-calçado-debaixo-dagua-veja-fotos-0123>. Acesso 10 jan. 2025.

²⁹ Disponível em: <https://www.seculodiario.com.br/cidades/chuvas-destroem-centro-de-sao-jose-do-calçado-e-deixam-bom-jesus-em-alerta-vermelho/>. Acesso 10 jan. 2025.

medicamentos, para o trabalho dos profissionais e para o fluxo de pessoas na farmácia municipal.

9 CONCLUSÃO

Em relação à questão 1 e 2 de auditoria, constam dois achados. O primeiro abordou a ausência de documentos que indiquem planos específicos para as síndromes coronarianas e o acidente vascular cerebral (AVC), contendo objetivos e indicadores, entre outros elementos que caracterizam um plano de implementação.

Foram apontadas três causas: lacuna de competência para a responsabilidade de coordenar a implementação e o monitoramento de planos para reduzir a mortalidade por AVC e por IAM; necessidade de previamente elaborar linhas de cuidado próprias, e baixa capacidade de coordenação.

Como efeito, apontou-se a ausência de monitoramento e avaliação sistematizados dos resultados das políticas públicas no âmbito das doenças cardiovasculares, bem como a consequente falta de *accountability*, e ações corretivas.

Para o segundo achado da questão 1, a situação encontrada caracterizou-se por cerca de 10% dos pacientes oriundos da Região Central-Norte com suspeito ou diagnóstico de AVC foram encaminhados pelo SAMU para hospitais referenciados em AVC, bem como a existência de desigualdade relevante no tempo de atendimento do SAMU para o AVC, com maior prejuízo na região central-norte.

Uma das causas é a ausência de hospitais habilitados para a região central-norte, fato já tratado pela Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa do Espírito Santo, no ano de 2024³⁰. Outra causa potencial é problemas logísticos do SAMU. O efeito potencial dessa situação encontrada é o impacto resolutividade no tratamento dos pacientes.

Para a questão 2, foram encontrados dois achados, sendo o primeiro relativo a falta de um planejamento estruturado e a ausência de mecanismos eficazes de controle das capacitações em saúde cardiovascular. O segundo achado teve como causa a falta de um planejamento eficaz e integrado da estratificação do risco cardiovascular, aliado à ausência de mecanismos de controle e monitoramento contínuos.

³⁰ Disponível em: <https://www.al.es.gov.br/Noticia/2024/03/46556/dr-bruno-cobra-aumento-de-servicos-de-avc.html>. Acesso 15 jan. 2025.

Para o primeiro achado, a causa apontada foi a ausência de um planejamento estruturado e de mecanismos eficazes de controle para as capacitações na área de saúde cardiovascular. E para o segundo achado, a causa descrita foi a falta de estrutura organizacional e a ausência de atribuições claras para a gestão do risco.

O efeito potencial para o primeiro achado é o atendimento inadequado por profissionais sem qualificação atualizada e para o segundo é o aumento da exposição dos pacientes a erros e má qualidade no atendimento.

Para a questão 4 constou somente 1 achado, caracterizado por apenas 44% das solicitações de consultas relacionadas à linha de cuidado em HAS e neurologias (linha de cuidado em AVC) terem sido realizadas dentro do prazo estabelecido pelo Enunciado 93 do CNJ (até 100 dias) e apenas 10% foram realizadas dentro do prazo estabelecido pela Resolução CIB/SUS-ES 072/2022 (até 15 dias para risco muito alto, 30 dias para risco alto, 45 dias para risco médio e 60 dias para risco baixo).

As causas apontadas foram: a deficiência na distribuição da demanda, a ineficiência nos processos de regulação de consultas e a falta de monitoramento eficaz dos prazos estabelecidos pelas normativas vigentes. Os efeitos potenciais são o agravamento das condições de saúde e a diminuição da qualidade de vida dos pacientes, bem como o sobrecarregamento do sistema de saúde, a desigualdade no acesso à saúde e o comprometimento da confiança na saúde pública.

Quanto à questão 5, foram apontados dois achados: longo tempo de espera para cirurgias eletivas cardíacas e bariátricas e ausência de rastreabilidade dos pacientes internados.

O primeiro achado se comprovou, pois apenas 65% estavam dentro do prazo máximo de 180 dias, conforme estabelecido pelo Enunciado 93 do CNJ, potencializando o agravamento das condições de saúde dos pacientes e o aumento da taxa de mortalidade e a judicialização dos casos.

Para o segundo achado, a constatação foi que a base de dados de autorização de internação hospitalar (AIH) não contém informações completas sobre os pacientes internados e não permite o acompanhamento da situação dos pacientes após a internação, dificultando o monitoramento do cumprimento dos prazos legais.

As causas apontadas foram as seguintes: ausência de integração entre as bases de dados (AIH e planilhas dos hospitais), o que impede o rastreamento adequado dos pacientes, a limitação tecnológica da Gerência de Assistência Ambulatorial Especializada (GAAE/SSAS/SESA), que utiliza apenas o software Microsoft Excel para gerenciar as informações e a falta de sistemas mais avançados para a gestão e integração dos dados relativos aos pacientes internados e às autorizações de cirurgia.

Os feitos potenciais são o comprometimento da capacidade de rastrear os pacientes que saem da fila de cirurgias e verificar se eles realizaram a cirurgia no prazo estabelecido, a impossibilidade de garantir que os pacientes sejam atendidos dentro do prazo legal de 180 dias, conforme estabelecido pelo CNJ, o prejuízo para a transparência e auditabilidade dos dados, dificultando a fiscalização e controle sobre o cumprimento dos prazos legais e o aumento do risco de judicialização, uma vez que os pacientes podem não ser atendidos dentro do tempo legal.

Para a questão 6 foram apontados 3 achados. O primeiro relacionou-se a gestão da transparência na oferta de medicamentos a serem ofertados pelo município, o segundo, por sua vez, caracterizou-se pela ausência de oferta de medicamentos para hipertensão arterial sistêmica nos locais de distribuição pelos municípios, e o último tratou da fragilidade dos municípios em disponibilizem o estoque de medicamentos em seu endereço eletrônico de fácil acesso.

O primeiro achado relatou uma lista de municípios que disponibilizam lista de medicamentos ou acesso a sistema de informação, ambos para conferência de estoque, mas não indicaram todos os medicamentos e as respectivas concentrações dos medicamentos relacionados à linha de cuidado de Hipertensão Arterial Sistêmica contidos na Rename 2022, bem como não disponibilizaram a Remume atualizada a partir de 2022, em seu endereço eletrônico, para consulta e de forma acessível.

Uma possível causa para a situação observada foi a interpretação, por parte dos gestores municipais, de que não há obrigatoriedade em oferecer integralmente os medicamentos da Rename vigente, o que pode ter levado à sua listagem parcial. Outra hipótese foi a percepção por parte dos gestores de que a disponibilização da Remume atualizada, de forma acessível e conforme a Rename em vigor, não seja necessária.

Em razão disso, potencialmente a população pode ficar desabastecida pelos medicamentos, levando à agudização de sua condição crônica. Além disso, esse fator

pode desencadear uma busca por medicamentos na rede particular, com maior prejuízo para a população mais vulnerável. Por fim, pode haver interpretação pelo município de que não está ocorrendo falta de medicamentos, enquanto para a população a interpretação seria diversa, causando um desalinhamento de expectativas.

Para o segundo achado, um conjunto de município apresentou falta de medicamentos em seu estoque, considerando a lista de controle de medicamentos e a visita *in loco* realizada nos municípios de Vitória, João Neiva, Colatina, São José do Calçado e Cachoeiro de Itapemirim. Uma possível causa apontada foi o fato de o medicamento não estar contemplado na REMUME e/ou possíveis dificuldades de compra de medicamento e/ou possível desorganização logística. Os efeitos são coincidentes com os dois primeiros efeitos do achado anterior.

No caso do terceiro foram relatados para um conjunto de municípios, o fato de não terem sido informações sobre o estoque de medicamentos da Remume, em seus endereços eletrônicos institucionais; a ausência de disponibilização de dados quantitativos de estoque de medicamentos; a ausência de disponibilização de informações sobre o estoque de medicamentos para o 3º quadrimestre de 2024; e a ausência de disponibilização quinzenal de medicamentos. A causa possível é o desconhecimento da lei e problemas internos de gerenciamento das informações, tendo como efeito o desconhecimento do cidadão sobre o estoque de medicamentos.

Por fim, foram apontados dois achados não decorrentes da investigação das questões de auditoria. O primeiro achado decorre de terem sido encontradas ambulâncias potencialmente abandonadas e estacionadas em local de livre acesso, em São José do Calçado. O livre acesso pode ter permitido a degradação do patrimônio, contudo, outros fatores a serem levantados pela gestão podem ter sido causa para o achado. Com isso, a continuidade do acesso a tais veículos, pode acarretar a inutilização dos veículos, seja por furto e/ou vandalismo e/ou redução de seu valor.

Por fim, foi relatado que farmácia do município de São José do Calçado em mau estado de conservação e organização. A causa provável para a situação encontrada é a falta de manutenção e a escolha inadequada de local para instalar a farmácia.

Como efeito, o mofo e a umidade podem degradar medicamentos, especialmente comprimidos e pós, além de favorecer a proliferação de fungos que podem contaminar

embalagens. A desorganização pode levar a erros no controle de estoque, resultando em desperdício de medicamentos vencidos ou mal armazenados e potencialmente impactando no tratamento para pacientes crônicos. Um ambiente degradado pode afetar a credibilidade da farmácia e a confiança da população no sistema de saúde municipal.

10 PROPOSTAS DE ENCAMINHAMENTO

Ante o exposto nos capítulos anteriores e com fundamento no art. 1º, XXXVI, da Lei Complementar n.º 621/2012 (Lei Orgânica do TCEES), e no art. 207, inciso V; Art. 329, §7º, ambos do Regimento Interno do TCEES, e art. 2º, III c/c art. 11 da Resolução TC 361/2022, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal as seguintes propostas de encaminhamento:

I. Relativamente ao achado 3.1

- A. RECOMENDAR** à Sesa que, em até 180 dias, aprimore as competências normativas da Comissão Técnica Permanente das Linhas de Cuidado de Cardiologia, instituída pela Portaria Sesa 174-S/2024, contemplando as atribuições de coordenação de plano de implementação, no âmbito das síndromes coronarianas agudas, que inclua o escopo, objetivos correlatos, indicadores coerentes com os objetivos, metas, e demais elementos gerenciais apontados no Referencial de Controle de Políticas Públicas e de Avaliação de Governança de Políticas Públicas, ambos do TCU, bem como a atribuição de coordenação do respectivo monitoramento e prestação de contas dos resultados.
- B. RECOMENDAR** à Sesa que fortaleça o processo de instituição da Comissão Técnica Permanente das Linhas de Cuidado Cerebrovascular, em até 180 dias, dotando-a de competência para coordenação de plano de implementação, no âmbito do AVC, que inclua o escopo, objetivos correlatos, indicadores coerentes com os objetivos, metas, e demais elementos gerenciais apontados no Referencial de Controle de Políticas Públicas e de Avaliação de Governança de Políticas Públicas, ambos do TCU, bem como a atribuição de coordenação do respectivo monitoramento e prestação de contas dos resultados.
- C. RECOMENDAR** à Sesa que elabore cronograma, em até 180 dias, que culmine com a elaboração de plano de implementação de políticas públicas voltadas à redução de AVC e síndrome coronariana aguda, indicando o escopo, objetivos correlatos, indicadores coerentes com os objetivos, metas, e demais elementos

gerenciais apontados no Referencial de Controle de Políticas Públicas e de Avaliação de Governança de Políticas Públicas, ambos do TCU.

II. Relativamente ao achado 3.2

D. RECOMENDAR à Sesa habilitar pelo menos 1 hospital como Centro de Atendimento de Urgência ao Acidente Vascular Cerebral, em cada região de saúde, em até 180 dias.

E. RECOMENDAR à Sesa que juntamente com a Comissão Técnica Permanente das Linhas de Cuidado de Cardiologia, já instituída, e com a Comissão Técnica Permanente das Linhas de Cuidado Cerebrovascular, a ser instituída, a inclusão de indicadores relacionados à resolutividade do SAMU nos respectivos planos de implementação.

F. RECOMENDAR à Sesa que, em até 180 dias, realize um diagnóstico sobre os motivos do tempo excessivo de chegada ao SAMU (mais de 1 hora e meia) ao local de chamada para os municípios de Barra de São Francisco, São Mateus, Colatina, Baixo Guandu, Nova Venécia e Ibatiba.

III. Relativamente ao achado 4.1

G. RECOMENDAR às Secretarias Municipais de Saúde dos municípios de Cachoeiro de Itapemirim, Colatina, João Neiva, Ponto Belo e São José do Calçado que estabeleçam, em até 180 dias, uma política de capacitação contínua, com periodicidade definida, considerando as demandas e realidades locais, e com mecanismos de controle de presença.

IV. Relativamente ao achado 4.2

H. RECOMENDAR às Secretarias Municipais de Saúde dos municípios de Cachoeiro de Itapemirim, João Neiva, Ponto Belo e São José do Calçado que estabeleçam, em até 180 dias, um planejamento estruturado para a realização da estratificação do risco cardiovascular, com periodicidade definida e mecanismos de monitoramento contínuo.

- I. **RECOMENDAR** à Secretaria de Estado da Saúde (SESA) que reforce, em até 180 dias, a importância da implementação da estratificação do risco cardiovascular nos municípios, orientando sobre as melhores práticas e monitorando sua efetividade, a exemplo de cursos, palestras, entre outros.
- J. **RECOMENDAR** às Secretarias Municipais de Saúde de **Cachoeiro de Itapemirim, João Neiva, Ponto Belo e São José do Calçado** que integrem, em até 180 dias, a estratificação do risco cardiovascular aos processos de gestão do cuidado, com ênfase no acompanhamento e controle contínuos.
- V. Relativamente ao achado 6.1
- K. **RECOMENDAR** à Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo (SESA), a realização, em até 180 dias, de um diagnóstico do uso potencial dos leitos hospitalares para cirurgias cardíacas e bariátricas, com base em indicadores de eficiência e necessidade.
- VI. Relativamente ao achado 7.1
- L. **RECOMENDAR** às Secretarias Municipais de Apiacá, Aracruz, Atilio Vivácqua, Baixo Guandu, Barra de São Francisco, Boa Esperança, Bom Jesus do Norte, Brejetuba, Cachoeiro de Itapemirim, Cariacica, Castelo, Colatina, Conceição da Barra, Conceição do Castelo, Divino de São Lourenço, Domingos Martins, Dolores do Rio Preto, Ecoporanga, Fundão, Governador Lindenberg, Guaçuí, Guarapari, Ibatiba, Ibiraçu, Ibitirama, Iconha, Irupi, Itaguaçu, Itapemirim, Itarana, Iúna, Jaguaré, Jerônimo Monteiro, João Neiva, Laranja da Terra, Linhares, Marataízes, Marechal Floriano, Marilândia, Mantenópolis, Mimoso do Sul, Montanha, Mucurici, Muniz Freire, Muqui, Nova Venécia, Pancas, Pedro Canário, Pinheiros, Piúma, Ponto Belo, Presidente Kennedy, Rio Bananal, Rio Novo do Sul, Santa Leopoldina, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha, São José do Calçado, São Mateus, São Roque do Canaã, Serra, Sooretama, Vargem Alta, Venda Nova do Imigrante, Viana, Vila Pavão, Vila Valério, Vila Velha e Vitória que seja publicado o histórico da Remune com a indicação das normas que a

instituíram, incluindo a versão atualizada a partir da Rename em vigor, de forma acessível em seu endereço eletrônico, em até 180 dias.

M. RECOMENDAR à Secretaria Estadual de Saúde (SESA), que submeta à CIB/SUS-ES, em até 180 dias, a elaboração de uma proposta formal a ser enviada à Comissão Intergestores Tripartite (CIT), com vistas à revisão dos artigos 55 e 56 da Resolução CIT 1/2021, buscando eliminar ambiguidades e definir critérios claros para a inclusão ou exclusão de medicamentos da Rename nas Remumes, promovendo maior uniformidade e segurança para os gestores locais.

VII. Relativamente ao achado 7.2

N. RECOMENDAR às Secretarias municipais de Águia Branca, Alegre, Alfredo Chaves, Anchieta, Boa esperança, Cachoeiro de Itapemirim, Colatina, Itarana, João Neiva, Montanha, Mucurici, Muqui, Nova Venécia, São Domingos do Norte, São Mateus, Vargem Alta e Vila Valério implementem ações para melhorar o controle de estoque, em até 180 dias.

VIII. Relativamente ao achado 7.3

O. RECOMENDAR às Secretarias Municipais de Apiacá, Aracruz, Atílio Vivacqua, Baixo Guandu, Barra de São Francisco, Boa Esperança, Bom Jesus do Norte, Brejetuba, Cachoeiro de Itapemirim, Cariacica, Castelo, Colatina, Conceição da Barra, Conceição do Castelo, Divino de São Lourenço, Domingos Martins, Dolores do Rio Preto, Ecoporanga, Fundão, Governador Lindenberg, Guaçuí, Guarapari, Ibatiba, Ibiracú, Ibitirama, Iconha, Irupi, Itaguaçu, Itapemirim, Itarana, Iúna, Jaguaré, Jerônimo Monteiro, João Neiva, Laranja da Terra, Linhares, Marataízes, Marechal Floriano, Marilândia, Mantenópolis, Mimoso do Sul, Montanha, Mucurici, Muniz Freire, Muqui, Nova Venécia, Pancas, Pedro Canário, Pinheiros, Piúma, Ponto Belo, Presidente Kennedy, Rio Bananal, Rio Novo do Sul, Santa Leopoldina, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha, São José do Calçado, São Mateus, São Roque do Canaã, Serra, Sooretama, Vargem Alta, Viana, Vila Pavão e Vila

Valério que disponibilizem quinzenalmente o estoque quantitativo de medicamentos, a que se refere o art. 6-A da Lei 8.080/199, em até 180 dias.

IX. Relativamente ao achado 8.2

P. RECOMENDAR à Secretaria Municipal de São José do Calçado que, em até 180 dias, ofereça instalações adequadas para a conservação e guarda de medicamentos, para o trabalho dos profissionais e para o fluxo de pessoas na farmácia municipal.

Ante o exposto, com fundamento no art. 7º, §3º, I, da Resolução TC 361/2022 do TCEES , a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal a seguinte proposta de encaminhamento:

X. Relativamente ao achado 5.1

Q. DETERMINAR à Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo (SESA) o encaminhamento, em até 180 dias, de um plano de ação para a melhoria dos prazos de atendimento para consultas especializadas, conforme estabelecido no Enunciado 93 do CNJ e na Resolução CIB/SUS-ES 072/2022, devendo o plano deverá conter, no mínimo, as ações a serem tomadas, os responsáveis pelas ações, e os prazos para implementação, na forma dos incisos I a III do §4º do art. 7º da Resolução TC 361/2022.

XI. Relativamente ao achado 6.1

R. DETERMINAR à Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo (SESA) o encaminhamento, em até 180 dias, de um plano de ação para reduzir o tempo de espera por cirurgias eletivas cardíacas e bariátricas, devendo o plano conter, no mínimo, as ações a serem tomadas, os responsáveis pelas ações, e os prazos para implementação, na forma dos incisos I a III do §4º do art. 7º da Resolução TC 361/2022.

XII. Relativamente ao achado 6.2

S. DETERMINAR à Secretaria Estadual de Saúde (SESA) o encaminhamento, em até 180 dias, do plano de ação visando a implementação de sistemas

tecnológicos robustos e de alto desempenho, capazes de integrar as bases de dados de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e de cirurgias eletivas realizadas, além de possibilitar a extração de relatórios consolidados e históricos, com o objetivo de garantir o cumprimento dos prazos legais estabelecidos para a realização de cirurgias e assegurar a transparência e a auditabilidade dos processos, devendo o plano deverá conter, no mínimo, as ações a serem tomadas para a implementação dos sistemas tecnológicos, os responsáveis pela execução de cada ação, e os prazos para implementação de cada ação, na forma dos incisos I a III do §4º do art. 7º da Resolução TC 361/2022.

Ante o exposto, com fundamento no art. 1º, XVI; art. 57, III, ambos da Lei Complementar n.º 621/2012 (Lei Orgânica do TCEES), e no art. 207, IV c/c art. 329, §7º e art. 288, XV, do Regimento Interno do TCEES, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal a seguinte proposta de encaminhamento:

XIII. Relativamente ao 7.3

T. DETERMINAR, com fundamento no art. 6-A da Lei 8.080/1990, que as Secretarias municipais de Saúde de Alto Rio Novo, Aracruz, Atílio Vivacqua, Barra de São Francisco, Bom Jesus do Norte, Cachoeiro de Itapemirim, Cariacica, Conceição do Castelo, Divino São Lourenço, Ecoporanga, Fundão, Governador Lindenberg, Ibatiba, Ibraçu, Irupi, Iúna, Jaguaré, Laranja da Terra, Marilândia, Mimoso do Sul, Muniz Freire, Pinheiros, Piúma, Presidente Keneddy, São Roque do Canaã, Vargem Alta, Vila Pavão, Águia Branca, Alegre, Colatina, Dolores do Rio Preto, Guaçuí, Guarapari, Itaguaçu, Marechal Floriano, Santa Maria de Jetibá e Viana disponibilizem em suas páginas eletrônicas, com fácil acesso, o estoque quantitativo de medicamentos, em até 180 dias.

Ante o exposto, com fundamento no art. 4º, II c/c 7º, §3º, VI da Resolução TC 361/2022³¹ c/c art. 23, I da Constituição Federal, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal a seguinte proposta de encaminhamento:

XIV. Relativamente ao achado 8.1

U. DETERMINAR à Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo e à Secretaria Municipal de Saúde de São José do Calçado que se organizem para que, **em até 10 dias, se abstenham** de utilizar como estacionamento para veículos públicos o terreno entre a Avenida Manoel Diogo da Silva e Avenida Maria das Dores Pimentel, ao lado do estacionamento da Central de Saúde, em São José do Calçado, até que o local esteja protegido efetivamente contra o fluxo não autorizado de pessoas.

V. DETERMINAR à Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo e à Secretaria Municipal de Saúde de São José do Calçado que, em até 180 dias, realizem a avaliação dos veículos placas ODR 4038, OVL 5139, MTZ 8587, MTX 5896 e do outro veículo sem placa referenciado no relatório, apresentando relatório das últimas viagens realizadas por esses veículos em 2024, conforme a titularidade da propriedade e/ou posse, bem como a condição atual dos veículos para a realização de viagens, e os motivos por eventuais causas para a inutilização e avaria de peças, pertences e equipamentos faltantes ou vandalizados; e adotem as medidas cabíveis para tornar o uso adequado para a prestação de serviços públicos, ou realizar a destinação adequada, a exemplo de baixa patrimonial, e/ou tomar outras medidas que o caso concreto e a legislação assim exigirem ou permitirem, para os veículos de sua propriedade e/ou posse.

³¹ Art. 4º. As determinações devem ser formuladas para:

[...]

II - Inibir a ocorrência de irregularidade ou ilegalidade iminente.

Art. 7º Não devem ser formuladas determinadas para: [...] 3º Excepcionalmente, no caso de situações em que a implementação das providências imediatas necessárias para prevenir ou corrigir irregularidade ou ilegalidade, ou remover seus efeitos, não seja factível, a unidade técnica poderá propor determinação, desde que devidamente fundamentadas as razões que justifiquem a necessidade da adoção da medida e consideradas as razões apresentadas pelo gestor, nos termos do art. 14 desta Resolução, visando: [...] VI - à requisição de informações.

Demais propostas

Sugere-se dar ciência aos destinatários de que as deliberações serão monitoradas conjuntamente a partir de 180 dias da notificação do acórdão.

Sugere-se o encaminhamento do presente relatório ao Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo (COSEMS), à Comissão de Saúde e Saneamento da Assembleia Legislativa do Espírito Santo, ao Conselho Estadual de Saúde, e ao controle interno dos municípios e do Governo do Estado.

Por fim, sugere-se o retorno dos autos à área técnica para monitorar a determinação “U” relativa ao achado 8.1.

Vitória, 11 de fevereiro de 2025

EQUIPE: Lucas Matias Caetano (líder)
Auditor de Controle Externo

Gustavo Franco Corrêa Hespanhol *Auditor
de Controle Externo*

SUPERVISÃO: Maytê Cardoso Aguiar
Auditora de Controle Externo
Coordenadora do NSaúde

ÍNDICE DE FOTOS

Foto 1 – Ambulância do Governo do Estado do Espírito Santo	107
Foto 2 - Veículo sem placa localizado em mau estado de conservação.	108
Foto 3 – Estacionamento da Central de Saúde, localizado lateralmente ao terreno.	108
Foto 4 – Veículo placada OVL 5139 estacionado no local	109
Foto 5 – veículo placa MTZ 8587 em mau estado de conservação	110
Foto 6 – Veículo placa MTX 5896	111
Foto 7 – Veículos placas MTZ 8587, OVL 5139 e ODR 4038.....	112
Foto 8 – Fotos dos veículos estacionados	113
Foto 9 – Foto de caixotes na farmácia municipal de São José do Calçado.	116
Foto 10 – Foto de cesto de lixo próximo aos medicamentos na farmácia municipal de São José do Calçado.	117
Foto 11 – Foto da desorganização da farmácia municipal de São José do Calçado.	118
Foto 12 - Foto da desorganização da farmácia municipal de São José do Calçado.	120
Foto 13 – foto da entrada da farmácia municipal de São José do Calçado.	120
Foto 14 – marcas de ferrugem e de mofo na farmácia municipal de São José do Calçado.	121
Foto 15 – foto de moveis antigos e enferrujados na Farmácia de São José do Calçado.	122
Foto 16 – parede deteriorada na farmácia municipal de São José do Calçado.	123
Foto 17 – Ladrilho quebrado no piso quebrado com lixo cheio ao fundo na farmácia de São José do Calçado, na entrada da farmácia municipal de São José do Calçado.	124
Foto 19 – banheiro disponível para o fluxo de pessoas na farmácia municipal de São José do calçado em mau estado de conservação.....	125

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Estágios e fases das políticas públicas	22
Figura 2 – Estágio de desenvolvimento da política pública	23
Figura 3 - Principais doenças cardíacas e não cardíacas que se manifestam com dor/desconforto torácico	27
Figura 4 – categorias de Síndrome coronarianas agudas	28
Figura 5 – Terminologia dos tempos da reperfusão coronariana	30
Figura 6 - Fluxo regulação consultas.	83
Figura 7 – Meta “Reduzir para até 6 meses o tempo de espera de 100% das cirurgias eletivas com AIHs emitidas” da diretriz nº 4, objetivo nº 2, do Plano Estadual de Saúde 2024-2027.	94

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares, por 100 mil habitantes, 2000 a 2021, de Rússia, Indonésia, Índia, China, mundo, África do Sul, Colômbia, Brasil, México, Argentina, Estados Unidos, Finlândia, Singapura, Reino Unido, Canadá, França e Japão.....	33
Gráfico 2 - Taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares, por 100 mil habitantes, 2000 a 2021, do mundo e do Brasil.....	33
Gráfico 1 - Cumprimento dos prazos legais para o agendamento das consultas (2022 a 2024)	79
Gráfico 2 - Percentual de Consultas por Unidade Executante (2022-2024).....	81
Gráfico 3 - Cumprimento prazos legais da Resolução CIB/SUS-ES 072/2022 por unidade executante (2022- 2024).....	81

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – KPI existentes no Plano AVC da Europa 2018-2030.....	42
Quadro 2 -Indicadores utilizados pelo SSNAP do Reino Unido	44
Quadro 3 – Domínios do Programa Nacional de Auditoria Cardíaca	45
Quadro 4 - Indicadores sugeridos pelo Anexo da Portaria 2.994, de 13 de dezembro de 2011, que aprova a linha de cuidado do Infarto agudo do Miocárdio e o Protocolo Clínico de Síndrome Coronarianas agudas (parte 1)	51
Quadro 5 – Indicadores sugeridos pelo Anexo da Portaria 2.994, de 13 de dezembro de 2011, que aprova a linha de cuidado do Infarto agudo do Miocárdio e o Protocolo Clínico de Síndrome Coronarianas agudas (parte 2)	52
Quadro 6 - Estratificação por estágios de hipertensão arterial.....	74

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Coordenação: Weimar Kunz Sebba Barroso. Núcleo Coordenador: Weimar Kunz Sebba Barroso, Cibele Isaac Saad Rodrigues, Luiz Aparecido Bortolotto, Marco Antônio Mota-Gomes. Rio de Janeiro: Departamento de Hipertensão Arterial da SBC, 2020. 89 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linhas de cuidado Secretaria de Atenção Primária. Hipertensão Arterial Sistêmica no Adulto. 2020a. Disponível em: [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/hipertensao-arterial-sistemica-\(HAS\)-no-adulto/](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/hipertensao-arterial-sistemica-(HAS)-no-adulto/). Acesso em: 18/09/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Realização: Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia (DHA-SBC), Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). Conselho de Normatizações e Diretrizes (2020-2021): Brivaldo Markman Filho, Antonio Carlos Sobral Sousa, Aurora Felice Castro Issa... [et al.]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a. 118 p. : il. Disponível em: < https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf >. Acesso em: 18/09/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. *Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b. 85 p. : il. Disponível em: < https://linhasdecuidado.saude.gov.br/resources/linhas-completas/LC_HAS_no_adulto.pdf >. Acesso em: 18/09/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. *Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde: instrutivo para profissionais e gestores* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 50 p. il.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 68 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 13 fev. 2004b.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde.** 2ª Edição. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/redesAtencao.pdf>. Acesso em: 10.jul. 2024.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). **Referencial para Avaliação de Governança em Políticas Públicas.** Brasília: TCU, 2020. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/referencial-para-avaliacao-de-governanca-em-politicas-publicas.htm>. Acesso em: 02.maio.2024.

TRIBUNAL DE CONTAS DE UNIÃO (TCU). **Referencial de Controle de Políticas Públicas.** Brasília: TCU, 2014. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/referencial-de-controle-de-politicas-publicas.htm>. Acesso em: 02.maio.2024