



SUS NO ESTADO DE SÃO PAULO

**ATUALIZAÇÕES PARA
OS GESTORES
MUNICIPAIS**

SUS NO ESTADO DE SÃO PAULO
ATUALIZAÇÕES PARA OS GESTORES MUNICIPAIS

GOVERNADOR DO ESTADO
Geraldo Alckimin

Secretário de Estado da Saúde

Giovanni Guido Cerri

Secretário Adjunto

José Manoel de Camargo Teixeira

Chefe de Gabinete

Reynaldo Mapelli Júnior

Coordenadoria de Planejamento de Saúde – CPS

Silvany Lemes Cruvinel Portas

Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde – CCTIES

Sergio Swain Muller

Coordenadoria de Controle de Doenças – CCD

Marcos Boulos

Coordenadoria de Regiões de Saúde – CRS

Affonso Viviani Junior

Coordenadoria de Serviços de Saúde – CSS

Sebastião Andre de Felice

Coordenadoria Geral de Administração – CGA

Reinaldo Noboru Sato

Coordenadoria de Recursos Humanos – CRH

Haino Burmester

Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde – CGCSS

Sonia Aparecida Alves – respondendo pelo expediente

Diretoria do COSEMS/SP

Presidente: Ademar Arthur Chioro dos Reis – SMS São Bernardo do Campo

1º Vice-Presidente: José Fernando Casquel Monti – SMS Bauru

2º Vice-Presidente: Sílvia Elisabeth Forti Storti – SMS Olímpia

1ª Secretária: Luciana Aparecida Nazar Maluf – SMS Batatais

2º Secretário: Kelen Cristina Rampo Carandina – SMS Cordeirópolis

1ª Tesoureira: Célia Cristina Pereira Bortoletto – ex-SMS Suzano

2º Tesoureiro: Claudia da Costa Meirelles – SMS Salto

Diretor de Comunicação: Luís Fernando Nogueira Tofani – SMS Franco da Rocha

Vogais:

Ana Emilia Gaspar – SMS Ubatuba

Carmem Silvia Guariente Paiva – SMS Pereira Barreto

Fabiana Arenas Stringari de Parma – SMS Votuporanga

João Rogério de Oliveira – SMS Laranjal Paulista

Jorge Yochinobu Chihara – SMS Adamantina

Mara Ghizellini Jacinto – SMS Cedral

Marcia Aparecida Bertolucci Pratta

Marco André Ferreira D´Oliveira

Paulo Villas Bôas de Carvalho – SMS Mogi das Cruzes

Roberta Maia Santos

Sérgio Renato Macedo Chicote

Sônia Mára Neves Ferri



AUTORES – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SES SP) E CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE – SÃO PAULO (COSEMS SP)

Adilson Soares
Antonio Henrique Alves Gomes
Carlos Armando Lopes do Nascimento
Carlos Eduardo Iamashita
Clélia Maria Sarmiento de Souza Aranda
Denise Lopes Pacheco Ramos
Elaine Maria Giannotti
Everton Lopes Rodrigues
Eliana Ribas
Fátima Bombarda
Floriano Nuno de Barros Filho
José Dinio Vaz Mendes
Jovana T. C. Mascarenhas

Juliana Souza Ferreira
Marcia Marinho Tubone
Marcia Monteiro Alves Fernandes
Marta Campagnoni Andrade
Otília Simões Janeiro Gonçalves
Renata Pinheiro de Almeida
Regina Bichaff
Rosana Ferro Marques Cruz
Sandra Cristina dos Santos Ferreira Pinheiro
Sônia Cipriano
Stela Pedreira
Suely Vallim
Vanderlei Soares Moya

AUTORES CONVIDADOS

Lenir Santos - Doutora em saúde coletiva pela Unicamp; especialista em direito sanitário pela USP; coordenadora do curso de especialização em direito sanitário IDISA-SIRIO LIBANES; consultora do Ministério da Saúde e advogada.

Gilson Carvalho – Médico Pediatra e de Saúde Pública, Doutor em Saúde Pública pela FSP-USP; Médico aposentado da Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos – foi médico pediatra na rede pública e em atividade privada; Ex-Diretor de Vigilância Epidemiológica da DRS do Vale do Paraíba SES-SP; Ex-Secretário Municipal de Saúde de São José dos Campos; Ex-Secretário Nacional de Saúde MS; Consultor do CONASEMS.

PRODUÇÃO

PROJETO GRÁFICO

Secretaria de Estado da Saúde – Marketing

DIREÇÃO DE ARTE

Gustavo Palladini e Antonio Jader Marques

CAPA

Gustavo Palladini e Antonio Jader Marques

IMPRESSÃO E ACABAMENTO

 **PoloBooks**

www.poloprinter.com.br



ÍNDICE

Apresentação.....	7
Prefácio	9
CAPÍTULO I	
Entes Federativos e seu Papel no Sistema Único de Saúde.....	11
CAPÍTULO II	
Novos Marcos Legais do SUS.....	19
CAPÍTULO III	
Comissão Intergestores Bipartite – CIB, Comissões Intergestores Regionais – CIR – ou CGR – e Comitês Gestores de Redes Regionais de Saúde – CG Redes – do Estado de São Paulo.....	39
CAPÍTULO IV	
Participação e Controle Social.....	45
CAPÍTULO V	
Financiamento	57
CAPÍTULO VI	
Planejamento do Sistema Único de Saúde	71
CAPÍTULO VII	
Regulação em Saúde.....	87
CAPÍTULO VIII	
Informação em Saúde para Gestores do Sistema Único de Saúde – SUS	119
CAPÍTULO IX	
RRAS – Redes de Atenção à Saúde.....	131
CAPÍTULO X	
Recentes Proposições para o Fortalecimento da Atenção Básica no Estado e Federação	137
CAPÍTULO XI	
Vigilância em Saúde e Atenção Básica – Processo em Busca do Desenvolvimento Saudável	147

CAPÍTULO XII	
Assistência Farmacêutica no SUS	165
CAPÍTULO XIII	
Educação na Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) – SP	183
CAPÍTULO XIV	
Política Estadual de Humanização	191

APRESENTAÇÃO

É com grande consideração que recebemos, nesse ano de 2013, início das novas administrações municipais, os novos secretários municipais de saúde do Estado de São Paulo.

Mantendo uma tradição presente neste estado que tem como objetivo aprimorar o Sistema Único de Saúde em São Paulo e, conseqüentemente, fortalecer o SUS nacional, desenvolveremos diversas estratégias para recepcionarmos os gestores municipais.

Esta publicação é mais um esforço no sentido de prover informações atualizadas sobre o SUS e suas diretrizes no âmbito do Estado, visando que o SUS-SP seja conduzido de forma harmônica e integrada.

Hoje, depois de 26 anos da implementação do SUS, sistema de cobertura universal de saúde, vimos que em 2011, na sua 64^a Assembléia Geral, a Organização Mundial de Saúde estimula seus países membros a implementar esse mesmo tipo de sistema, demonstrando assim a vanguarda do SUS.

Saudando os Srs. secretários esperamos quatro anos de virtuosa administração e conquistas para todos os municípios do Estado de São Paulo, com o objetivo maior de melhorar o estado de saúde da população paulista.

Ademar Arthur Chioro dos Reis
Presidente do COSEMS SP

Giovanni Guido Cerri
Secretário de Estado da Saúde de São Paulo

PREFÁCIO

Um novo ciclo se completa, com a saída ou mesmo a permanência dos secretários municipais de saúde, mas a administração é nova.

Assim, a Secretaria de Estado da Saúde e o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo recebem os secretários que enfrentarão novos e antigos desafios na consolidação do Sistema Único de Saúde.

No intuito de informar ou mesmo atualizar as novas administrações, o presente trabalho basicamente desenvolvido pelas equipes técnicas da SES e do COSEMS/ SP, além de convidados especialistas para assuntos emergentes e de interesse municipal, apresenta os principais aspectos do SUS de forma clara, sucinta e atualizada.

Destaque-se o capítulo que aborda os “Novos Marcos Legais do SUS”, escrito pela Professora Doutora Lenir Santos e por Gilson Carvalho.

O trabalho completo foi estruturado em temas, que podem ser lidos separadamente, mas que no conjunto oferecem uma visão atualizada do SUS-SP.

Esperamos que os assuntos aqui abordados, junto com a legislação correspondente organizada e disponibilizada no portal da SES, <http://www.saude.sp.gov.br>, auxiliem de alguma forma os secretários municipais nessa jornada dos próximos quatro anos.

CAPÍTULO I

ENTES FEDERATIVOS E SEU PAPEL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O objetivo deste texto é fornecer ao gestor municipal um resumo sobre a instituição do sistema federativo no Brasil e como a saúde se insere neste sistema, instigando-os a aprofundar a leitura sobre o assunto.

O FEDERALISMO BRASILEIRO

Federalismo é a denominação feita à relação entre as diversas unidades da federação (estados, distrito federal e municípios) entre si, e destas com o Governo Federal. O pressuposto do federalismo é a repartição de responsabilidades governamentais de modo a assegurar a integridade do Estado nacional frente às inúmeras disputas e desigualdades regionais, diminuindo as iniquidades entre estas regiões. As unidades federadas são independentes uma das outras, formando um todo que valida um governo central e federal, que governa sobre todos os entes acima citados.

Teoricamente o estado federal permite um maior grau de descentralização do poder, pois se organiza mediante a coexistência de mais de um centro de poder detentor de autonomia política, administrativa, legislativa e tributária.

A história do Federalismo Brasileiro nos leva à Proclamação da República, em 15 de novembro de 1889, quando o Brasil se torna uma república federativa, denominada Estados Unidos do Brasil, objetivando romper com o centralismo absoluto que havia na monarquia. Desta data até a sua consagração pela Constituição de 1988 o sistema federativo brasileiro sofreu vários retrocessos em consequência de golpes de estado (o primeiro logo após a Proclamação da República, a seguir o Estado Novo de Getúlio Vargas e por último o de 1964). Após o primeiro golpe de estado, o federalismo ressurgiu como resultado de um pacto entre paulistas e mineiros instituindo o que se denominou a política do café-com-leite, tendo este nome devido à alternância de políticos paulistas e mineiros no executivo, concentrando desta forma o poder gerando a desigualdade aos demais estados e municípios tornando, principalmente, os estados do Norte e Nordeste extremamente pobres.

A Federação brasileira está regulamentada pela Constituição de 1988 que buscou distribuir competências e poderes entre a união, estados, distrito federal e municípios, cada um com autonomia política, administrativa e tributária, ou seja, não prevê relação hierárquica entre eles. Expressa como objetivos fundamentais no seu artigo 3º, item III, ou seja, erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais.

A Constituição de 1988 dá maior autonomia aos municípios, trazendo-os definitivamente para a estrutura federativa brasileira e determina que o Sistema Federativo Brasileiro não pode ser alterado mediante emenda constitucional. Desta forma se dá a transferência de encargos e recursos para os governos municipais responsabilizando-os pelo provimento de bens e serviços aos cidadãos.



Para que as unidades federadas tenham real autonomia política, é necessário que possuam autonomia administrativa e também financeira. Em outras palavras, a existência real da autonomia depende da existência de recursos suficientes que não sejam sujeitos a determinados programas/projetos, para que possam cumprir com suas atribuições. O equilíbrio entre a autonomia político/administrativa e autonomia financeira é fundamental para que o pacto federativo prospere. E quanto menos essas transferências ocorrerem mediante instrumentos convencionais, emendas parlamentares e outras formas além das que enfoquem a descentralização, mais a federação brasileira prospera.

Existem no federalismo brasileiro práticas político-administrativas centralizadoras e paternalistas principalmente em relação ao repasse de recursos financeiros, criando um paradoxo com o que a Constituição determina.

Como exemplo a União substituiu impostos que é obrigada a repartir com estados e municípios por contribuições que não estão sujeitas a esta partilha, criando um desequilíbrio em prol da União que conduz a uma crescente supressão da autonomia dos estados e municípios e da centralização do poder. Essa centralização se dá porque o potencial arrecadatório destas contribuições é maior do que os impostos federais e é sobre estes que incidem os percentuais de rateio determinados pela Constituição Federal.

Outro exemplo é o condicionamento das políticas públicas locais a decretos do governo federal, convênios emendas parlamentares, situações que demonstram centralismo excessivo. A ampliação dos fundos constitucionais levaria a uma menor dependência financeira do poder central ampliando o grau de descentralização da federação.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS – E O FEDERALISMO

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988, após ampla mobilização de setores brasileiros ligados à saúde, como consequência do reconhecimento do direito à saúde no Brasil e da transferência de encargos e recursos aos governos subnacionais para que passem a se responsabilizar por bens e serviços aos cidadãos. Os textos constitucional e infraconstitucionais (as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 e 8.142) definiram as diretrizes do sistema e os papéis de cada ente federado de como atuar para a promoção, proteção e recuperação da saúde, com autonomia em cada esfera de governo para a gestão do sistema nos limites de seu território (comando único em cada esfera de governo) criando o que se pode chamar de federalismo sanitário brasileiro. Aqui devemos destacar a realidade da existência da assimetria socioeconômica brasileira, requerendo forte solidariedade entre os entes federativos para a sua superação. Importante destacar a determinação da Lei 8.142 em criar, em cada esfera de governo, os conselhos de saúde, compostos paritariamente entre cidadãos, usuários e gestores, como um dos sustentáculos do federalismo da saúde.

Destacamos abaixo as atribuições comuns e competências de cada esfera de governo. As competências do Distrito Federal são as mesmas dos estados e municípios:

DAS ATRIBUIÇÕES COMUNS

- 1) Definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
- 2) Administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
- 3) Acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;



- 4) Organização e coordenação do sistema de informação de saúde;
- 5) Elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
- 6) Elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
- 7) Participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;
- 8) Elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- 9) Participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- 10) Elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), em conformidade com o plano de saúde;
- 11) Elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- 12) Realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;
- 13) Para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;
- 14) Implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- 15) Propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;
- 16) Elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- 17) Promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;
- 18) Promover a articulação da política e dos planos de saúde;
- 19) Realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
- 20) Definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
- 21) Fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

À DIREÇÃO NACIONAL DO SUS COMPETE:

- 1) Formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
- 2) Participar na formulação e na implementação das políticas:
 - a) de controle das agressões ao meio ambiente;
 - b) de saneamento básico; e
 - c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;
- 3) Definir e coordenar os sistemas:
 - a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
 - b) de rede de laboratórios de saúde pública;
 - c) de vigilância epidemiológica; e
 - d) vigilância sanitária;



- 4) Participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgãos afins, de agravos sobre o meio ambiente ou dele decorrentes que tenham repercussão na saúde humana;
- 5) Participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;
- 6) Coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;
- 7) Estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;
- 8) Estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;
- 9) Promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;
- 10) Formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;
- 11) Identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;
- 12) Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- 13) Prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;
- 14) Elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;
- 15) Promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;
- 16) Normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- 17) Acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;
- 18) Elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;
- 19) Estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

À DIREÇÃO ESTADUAL DO SUS COMPETE:

- 1) Promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;
- 2) Acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);
- 3) Prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
- 4) Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:
 - a) de vigilância epidemiológica;
 - b) de vigilância sanitária;
 - c) de alimentação e nutrição; e
 - d) de saúde do trabalhador;
- 5) Participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;



- 6) Participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;
- 7) Participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
- 8) Em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
- 9) Identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;
- 10) Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
- 11) Estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;
- 12) Formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
- 13) Colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- 14) O acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

À DIREÇÃO MUNICIPAL DO SUS COMPETE:

- 1) Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
- 2) Participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;
- 3) Participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- 4) Executar serviços:
 - a) de vigilância epidemiológica;
 - b) vigilância sanitária;
 - c) de alimentação e nutrição;
 - d) de saneamento básico; e
 - e) de saúde do trabalhador;
- 5) Dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
- 6) Colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;
- 7) Formar consórcios administrativos intermunicipais;
- 8) Gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- 9) Colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- 10) Observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
- 11) Controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
- 12) Normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Durante os anos que seguiram à Constituição e às Leis Orgânicas da Saúde houve vários documentos instituídos por portarias que visavam operacionalizar o SUS, tais como as normas



operacionais básicas (NOB) e a norma operacional de assistência à saúde (NOAS), com maiores e menores êxitos. Uma das NOB, a NOB 93, criou as comissões intergestoras do SUS (a bipartite e a tripartite) que são os colegiados intergovernamentais.

Em 2006, foi efetivado pelas três esferas de governo, e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, o Pacto pela Saúde que objetivava inovar processos e instrumentos de gestão, dando maior eficiência e qualidade às respostas oferecidas pelo sistema.

Não obstante os instrumentos acima citados terem atingido, em parte e em algumas situações, o objetivo de operacionalizar o sistema e aprofundar o mandamento constitucional que implantava e implementava o federalismo da saúde, os mesmos foram tornados públicos através de portarias do Ministério da Saúde e não através de leis e decretos, que deveriam regulamentar a Constituição Federal e as Leis Orgânicas. A regulamentação realizada da forma acima descrita gerou confusão e, por algumas vezes, chegou a retroceder o que os textos legais determinavam para o setor da saúde no Brasil.

No ano de 2000, em setembro, foi aprovada pelo Congresso Nacional a emenda Constitucional nº 29 que altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. A EC 29 foi um grande avanço para a implantação do SUS e pela primeira vez, estabeleceu clara definição quanto ao seu financiamento:

- 1) Determinou através da introdução do § 3º no artigo 198 que Lei Complementar estabelecerá os quantitativos e percentuais mínimos para a saúde a partir de 2005;
- 2) Permitiu a vinculação de recursos financeiros para a saúde;
- 3) Nas disposições transitórias da Constituição Federal definiu quantitativos e percentuais mínimos para o setor saúde, até o ano de 2004, referindo que, na ausência de Lei Complementar, estes critérios permaneceriam a partir do ano de 2005;
- 4) Colocou no texto constitucional o Fundo de Saúde e o Conselho de Saúde.

Da data da publicação da EC nº 29 até o ano de 2011 continuaram as “regulamentações” de alguns dos preceitos constitucionais do SUS através de portarias do Ministério da Saúde. Tais “regulamentações” definiam repasse financeiro através de séries históricas de produção, recursos repassados carimbados e vinculados a determinados programas e projetos quanto ao seu uso nas esferas municipais e estaduais, e outras medidas que prejudicavam a equidade federativa.

Em junho de 2011 foi publicado o Decreto 7.508 com o objetivo de regulamentar a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Este Decreto define e aprofunda temas constitucionais do SUS que sedimentam a questão federativa na saúde esclarecendo as competências dos Entes quanto à operacionalização das ações e serviços de saúde.

Ainda em 2011, em agosto, outro grande passo é dado no sentido da sedimentação do SUS, com a publicação da Lei 12.466 que acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre as comissões intergestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e suas respectivas composições. Reconhece as Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do SUS; o CONASS e o CONASEMS como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social. Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito



estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao CONASEMS, na forma que dispuserem seus estatutos.

No início do ano de 2012 foi publicada a Lei Complementar (LC) n° 141 conforme determinação do § 3º do artigo 198 da Constituição Federal, lei esta que será reavaliada a cada cinco anos. Com esta publicação regulamentam-se os repasses de recursos entre os entes federados e ficam conceituados o que são e o que não são as ações e serviços de saúde para fins de definição das despesas em saúde e da apuração dos percentuais mínimos de que deverão ser respeitados pelos estados e municípios.

Esta LC institui:

- I - o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde;
- II - percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde;
- III - critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos Municípios, visando a progressiva redução das disparidades regionais;
- IV - normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

A Lei Complementar 141 tem importância institucional muito grande por dotar a saúde pública de normas que lhe garantem percentuais de receitas tributárias e impõe a obrigatoriedade de os entes federativos partilharem recursos, reconhecendo ser o SUS um sistema de interdependências e por exigir cooperação entre os entes federativos.

Por outro lado esta Lei não espelha, em sua totalidade, as lutas setoriais por recurso mais efetivo por parte da União, que seriam os 10 % de sua receita bruta, tendo em vista a insuficiência de recursos públicos quando se compara o Brasil com demais países, inclusive os da América Latina tais como Colômbia, Argentina, Uruguai e Chile.

A luta por este montante iniciou-se em 2003 através de Projeto de Lei Complementar (PLP 01/03) de autoria do então deputado Roberto Gouveia que dentre outras proposituras definia 11% das receitas correntes brutas da União, projeto este que recebeu substitutivo do Deputado Guilherme Menezes passando a definir 10% das receitas correntes brutas da União. Este projeto de lei tramitou pelo congresso nacional sofrendo adequações, sendo aprovado como a Lei Complementar n° 141, resumida acima, sendo suprimido o texto que versava sobre os 10% das receitas brutas da União permanecendo, então, o descrito originalmente na Emenda 29, quanto ao financiamento.

Atualmente há três projetos de Lei Complementar com vistas a regulamentar o montante de aplicação de recursos financeiros da União na saúde, dando outras providências. O PLC n° 123 de 2012 de autoria do deputado Darcísio Perondi, o PLC n° 124 de 2012 do deputado Eleuses Paiva e o PLC de iniciativa popular que entra para votação quando atingir 1,6 milhão de assinaturas.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bonavides, Paulo; Barbosa, Rui; Lôbo, Paulo Luiz Netto; O federalismo brasileiro – resumo do livro, publicado em 2008.

Brasil. Constituição da república Federativa do Brasil, 5 de outubro de 1988.

_____. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências, Brasília 2011. Acesso em 29/08/2012.

_____. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os artigos. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, Brasília, 2000. Acesso em 29/08/2012.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, Brasília, 1990. Acesso em 29/08/2012.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, Brasília 1990. Acesso em 29/08/2012.

_____. Lei 12.466, de 24 de agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e suas respectivas composições, e dar outras providências, Brasília 2011. Acesso em 29/08/2012.

_____. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências, Brasília 2012. Acesso em 29/08/2012.

Dourado, Daniel de Araujo; Elias, Paulo Eduardo Mangeon; Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. Revista de Saúde Pública, vol 45, nº 1, fevereiro de 2011.

Hermany, Ricardo; A pauta de Confederação Nacional dos Municípios (CNM) e o Federalismo Municipalista: possibilidades e perspectivas de concretização do princípio da subsidiariedade. Tributação & Cidadania, ano 02, nº 06, Brasília, julho/agosto de 2012.

Lima, Luciana Dias; Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v 12, nº 2, Rio de Janeiro, mar/abr 2007.

Pepe, Kauê Felipe Garcia; O papel e a importância do Município no federalismo. Revista Jus Vigilantibus, 5 de maio de 2009.

Santos, Lenir; SUS e a Lei Complementar 141 comentada. Saberes editora 2012.

Souza, Alexis Sales de Paula; A origem do federalismo brasileiro. Texto enviado ao Jusway em 18/08/2010.

Wikipédia, A Enciclopédia Livre. Federalismo no Brasil.



CAPÍTULO II

NOVOS MARCOS LEGAIS DO SUS

II .1 O DECRETO 7.508, DE 2011 E A LEI 12.466, DE 2011

Lenir Santos¹

O presente trabalho diz respeito ao conteúdo do Decreto 7.508 que regulamenta artigos da lei 8080, de 1990, que dispõem sobre o planejamento da saúde, região de saúde, assistência à saúde, articulação interfederativa, contrato organizativo de ação pública.

O presente estudo analisa, também, algumas inovações necessárias, mas apoiadas na lei, como a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES – a qual confere contornos jurídicos para a integralidade da atenção à saúde e o contrato organizativo de ação pública, e pode ser definida como um acordo de colaboração firmado entre os entes federativos para disciplinar a integração das ações e serviços de saúde e definir as responsabilidades sanitárias no âmbito de uma região de saúde que deve conter uma rede de ações e serviços de saúde dos entes federativos que compõem aquela região para a garantia da integralidade da atenção à saúde dos seus municípios.

O DECRETO 7.508, DE 2011

Em 28 de junho de 2011 foi publicado o Decreto federal 7.508, regulamentando alguns artigos da lei 8.080/90, 20 anos depois da sua edição. O decreto regulamenta algumas normas da lei 8.080, de 1990, em especial, os arts. 4º, 6º, 7º, 8º e 36º, tendo sido o primeiro decreto a explicitar suas normas.

A edição do mencionado decreto é de essencial importância para a estruturação do SUS em coerência com a lei 8.080, de 1990, garantindo assim uma sintonia nacional, uma unicidade organizativa e uma coesão entre os pensamentos dos dirigentes da saúde pública brasileira.

1. REGIÃO DE SAÚDE

O decreto tratou de alguns temas da Lei 8.080, em especial aqueles que dizem respeito à organização e funcionamento administrativo-sanitário do SUS. A lei como um todo não foi regulamentada, tratando o Decreto da organização do SUS assentada na regionalização e hierar-

¹ Doutora em saúde coletiva pela Unicamp, especialista em direito sanitário pela USP, coordenadora do curso de especialização em direito sanitário IDISA-SIRIO LIBANES, consultora do Ministério da Saúde e advogada.



rarquização dos serviços, trazendo para o centro dessa organização a regionalização, uma vez que o SUS é *descentralizado* ao mesmo tempo em que é *regionalizado* – uma descentralização unida pela regionalização. Ainda que essa regionalização tenha sido objeto de muitas portarias ministeriais, entre elas a Norma Operacional Básica 1/96,² nunca alcançou uma institucionalidade como agora. A região é a delimitação territorial da rede de atenção à saúde, uma vez que a Constituição, em seu art. 198 define o SUS como a integração das ações e serviços de saúde dos entes federativos em *rede regionalizada*.

O decreto define a região de saúde como

o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de rede de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (art. 2º, I)

Dois elementos essenciais surgem nessa definição: o agrupamento de municípios limítrofes, o que encontra respaldo no disposto no art. 25, § 3º, da CF, que dispõe sobre região, microrregião e aglomerados urbanos, e o conceito de região, que também não pode ser a simples junção de municípios limítrofes, uma vez que ela precisa estar cercada de outros elementos, como a *execução e o planejamento* de funções comuns, as identidades e as possibilidades de comunicação entre eles.

Na realidade, o território regional deve ser o espaço da cidadania, o que supõe uma abrangência de serviços, como educação, moradia, transporte, lazer, cultura, e no caso da saúde o território regional deve ser aquele que permite ao cidadão satisfazer suas necessidades de saúde, superando-se assim o que Santos³ insiste em dizer, que as “*desigualdades sociais, são, em primeiro lugar, desigualdades territoriais*”, por derivarem do lugar onde cada um se encontra. E sendo esse lugar desigual em relação aos demais, essa desigualdade irá permear os serviços existentes naquele território promovendo desigualdade entre as pessoas em razão do território onde habitam.

Por isso a Constituição Federal prevê em seu art. 3º, III, como um dos fundamentos da República a diminuição das desigualdades regionais e não poderia ser de outra forma uma vez que a nossa Constituição ao elevar o município à condição de ente federativo e considerando as profundas desigualdades que os marcam, criou uma igualdade federativa entre entes profundamente desiguais. Os entes são desiguais demográfica e socioeconomicamente falando, ainda que iguais juridicamente. E a equidade regional será alcançada na rede regionalizada de serviços.

Na saúde, a região de saúde deve ser o espaço que conjuga serviços de vários níveis de densidade tecnológica, nos termos do disposto no art. 5º do decreto, um mínimo de ações e serviços de: a) atenção primária; b) urgência e emergência; c) atenção psicossocial; d) atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e) vigilância em saúde.

O decreto, em seu art. 6º, dispõe ainda ser a região de saúde a referência para as transferências de recursos entre os entes federativos, fazendo nascer assim o planejamento regional, que deve integrar as necessidades de saúde da população da região com os serviços de todos os entes e os recursos financeiros, cabendo ao estado e à União o papel de entes que devem promover a equidade regional, minorando as diferenças regionais, transferindo recursos para a região de acordo com suas necessidades e suas características, com vistas a diminuir as assimetrias

2 Portaria MS nº 2.003, de 05 de novembro de 1996.

3 Santos, Milton, 2002, p. 151.



socioeconômicas e demográficas para que “os bens públicos deixem de ser exclusividade dos mais bens localizados”.⁴ A região de saúde está imbuída desse forte componente, de garantir ao cidadão o direito igual às ações e serviços de saúde próximos de onde sua vida acontece, sendo um cidadão completo, independentemente do lugar onde se encontre.

A região de saúde deve ser o *microcosmo* da realização das necessidades de saúde do cidadão. Decorrem daí o planejamento integrado, a gestão compartilhada, o financiamento regional e uma série de medidas que visem garantir governança na região, como os colegiados interfederativos regionais⁵, do qual o decreto tratou e que deve ser interpretado em consonância com a lei 12.466, publicada alguns meses depois.

A região de saúde deve ser regulamentada formalmente pelo Estado por ser sua essa competência em termos constitucionais.⁶ E o decreto ainda define que as redes de atenção à saúde deverão estar compreendidas no âmbito de uma região de saúde (art. 7º).

2. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Trata-se de organizar o sistema regional em rede de atenção à saúde, que deve manter serviços de diversos níveis de complexidade técnico-sanitária, garantindo robustez tecnológica à rede mediante o somatório de serviços dos entes federativos. Serviços que se espraiam no sentido de permitir que diversos municípios deles se utilizem e serviços que devem se concentrar para ganhar escala, escopo. De acordo com Mendes,⁷

em geral, os serviços de menor densidade tecnológica como os de atenção primária à saúde, devem ser dispersos; ao contrário, os serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais, unidades de processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem etc. tendem a ser concentrados.

Essa rede deve manter serviços de diversos níveis e se formatar de tal forma que o cidadão não busque um serviço de maior aparato tecnológico para satisfazer uma necessidade que poderá ser resolvida por um serviço de menor porte. Essa racionalidade tem a ver com a eficiência, a economicidade, a facilidade no pronto atendimento e escala e muitos outros elementos administrados pelos agentes públicos. É como afirma Mendes,⁸ que a organização das redes de atenção de modo eficiente deve fundar-se em: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade de acesso, integração horizontal e vertical, processos de substituição, territórios sanitários e níveis de atenção.

É relevante transcrever aqui alguns dos elementos essenciais definidos para a existência de rede integrada (e regionalizada) de saúde trazida por Kuschnir e Chorny.⁹ Os autores apontam os seguintes atributos “*população e território; rede de estabelecimento de saúde com serviços integrais; primeiro nível de atenção com cobertura para toda a população; porta de entrada do sistema que coordena o sistema; sistema de governança única para toda a rede*”.

4 Santos Milton, *op. cit.*

5 As comissões intergestores regional podem ser tidas como o espaço deliberativo de uma região de saúde, cabendo a elas nomear uma diretoria executiva para que se possa, assim, garantir governança regional na região de saúde.

6 Art. 25, § 3º num paralelo com as regiões metropolitanas e microrregiões.

7 Mendes Eugenio Vilaça, 2009, p. 127.

8 *Op. cit.*, p. 127.

9 Kuschnir R e Chorny AH, 2010, p. 2307.



É dentro desse fundamento que o decreto define as portas de entrada da rede de atenção à saúde (regionalizada) como sendo os serviços estruturados de: a) atenção primária; b) atenção de urgência e emergência; c) atenção psicossocial; d) especiais de acesso aberto, impondo a referência para os serviços de maior complexidade tecnológica pelos serviços ali enumerados, como os serviços especializados e os hospitalares. As portas de entrada decorrem da regulação do acesso. São portas reguladas pelo sistema sob o ponto de vista técnico, sanitário e administrativo.

Desse modo, a atenção primária coordena e ordena a rede de atenção à saúde, conforme exaustivamente defendida por inúmeros especialistas de saúde.

Após 21 anos, ainda que todos tenham se posicionado em favor da atenção primária como principal porta de entrada e ordenadora das redes de atenção à saúde, isso nunca foi regulamentado. Com a regulamentação feita pelo Decreto institucionaliza-se a atenção primária como principal acesso à rede de atenção à saúde.

A ordenação do acesso impõe aos profissionais de saúde a avaliação da gravidade do risco individual e coletivo, que deve preceder a ordem cronológica (ordem de chegada do cidadão). Em situação igual, prevalece a ordem cronológica; em situação de risco, prevalece sua gravidade.

Outro dado relevante é a imposição de que o cidadão tenha assegurado que suas necessidades de saúde devem ser satisfeitas na rede da região ou entre regiões. Aqui surge a figura das referências entre serviços (a hierarquização de que fala a Constituição Federal no tocante à complexidade ou densidade tecnológica dos serviços).

Quando as referências saem de uma região e adentram outra região ou outras regiões isso precisa ser regulado de modo a haver segurança jurídica entre os entes federativos implicados nessas regiões no tocante à garantia do atendimento de seu munícipe.

3. PLANEJAMENTO ASCENDENTE, INTEGRADO E REGIONALIZADO

O planejamento, como não poderia deixar de ser, foi regulamentado pelo decreto ante a necessidade de se explicitar o que seria o *planejamento ascendente*, previsto no art. 36 da lei 8.080, de 1990. Planejamento ascendente, do nível local ao estadual e federal, precisa de clareza para não se tornar um planejamento estanque, que suplantaria a intrínseca necessidade de o SUS ter planejamento *integrado* e regionalizado uma vez que ele resulta exatamente da integração das ações e serviços públicos de saúde. Sendo o SUS o resultado dessa integração de ações e serviços de saúde dos entes federativos de forma regionalizada, o seu planejamento também há que ser *integrado e regionalizado* como consequência natural. Esse tema está disposto no art. 15 do Decreto.

Com o planejamento, que é obrigatório para o Poder Público e indutor para o setor privado, nos termos do art. 176 da CF, e trazido para o decreto, há que se conformar os mapas de saúde, que deverão indicar, de maneira regionalizada, a realidade da saúde na região e sua metas de transformação das realidades locais e regionais que precisam ser alteradas para confluir em um mapa estadual e nacional de metas que atendam as necessidades de saúde da população.

O art. 18 impõe que o planejamento estadual seja realizado de forma regionalizada, o que deverá acontecer com todo o planejamento, que deverá ser realizado nas regiões de saúde, conformando os planejamentos estadual e nacional. O planejamento deve guardar coerência com a forma organizativa do SUS: integração de serviços em rede regionalizada que vai apontar para a gestão solidária, compartilhada. A gestão compartilhada acaba por ser uma imposição constitucional e legal, por isso não há escolha nem faculdade. Não se trata de um ato de vontade.

A questão toda acaba sendo a forma, o como fazer. O *como fazer* tem um itinerário, que se inicia com o planejamento integrado e regionalizado e se espraia na prestação dos serviços,



também integrados conseqüentemente. Por isso a região de saúde deve ser uma obrigação e não uma faculdade pondo fim à discussão de *como fazer* no sentido legal, e não técnico. O fundamento será sempre a Constituição, que impõe rede regionalizada como forma organizativa dos serviços, obrigatória, pois. A preocupação expressada por Machado¹⁰ em como introduzir padrão de conduta solidário entre os entes governamentais faz sentido na regionalização. E no SUS é da sua essência. Sem solidariedade na condução da rede de atenção à saúde, com suas referências não há SUS no formato constitucional que é o formato da cooperação e solidariedade federativas.

O decreto 7.508 passa, nesse sentido, a ser um marco na institucionalização do SUS, tanto quanto a lei 12.466. E não deixaremos de insistir que a região de saúde deve ser ato formal praticado pelo estado para garantir governança, coordenação regional ao SUS sem perder a descentralização.

4 - INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Quanto à integralidade – que temos denominada de *matriz da organização do SUS em rede integrada e regionalizada* –, o decreto dela cuidou ao dispor em seu art. 20 que a integralidade se inicia e se completa na rede de atenção à saúde mediante referenciamento do cidadão na rede regional e interestadual. Poderia traduzir essa norma como o reconhecimento mais cabal de que no SUS a solidariedade entre os entes é imposição legal, circunscrita à região de saúde ou entre regiões de saúde que devem se articular para o atendimento das necessidades de saúde do cidadão de forma integral.

Outro ponto é o conteúdo da integralidade que surge no decreto como a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES,¹¹ que compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao cidadão para atendimento da integralidade da assistência à saúde. A integralidade está definida na lei 8.080, de 1990, em seu art. 7º, II, e no decreto, em seu art. 20, dando-lhe conteúdo mediante a RENASES. A RENASES se constitui na forma de tornar público o padrão de integralidade do SUS para com o cidadão. A integralidade tem contornos jurídicos e limites os quais devem ser definidos pelo Estado-Sociedade e tornada pública pela RENASES.

Conforme o decreto, art. 43, a primeira RENASES, seu marco zero, é o que o SUS oferece como ações e serviços de saúde na data de sua publicação. As incorporações, alteração ou exclusões, na forma do disposto na recente lei 12.401, de 2011, é competência do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde (CONITEC). Será o Ministério, junto com a Comissão, os que cuidarão da RENASES.

A Constituição determina que os municípios devem cuidar da saúde da população com a cooperação financeira da União e dos estados. A lei 8.080/90, em seu art. 35, estabelece critérios para a partilha dos recursos da União para os estados e municípios, artigo recepcionado pela lei complementar nº 141, de 2012, dispôs sobre os critérios de rateio dos recursos da União para estados e municípios, lembrando que a lei 8.142/90 também trata do tema que agora passa a ser integralmente cuidado pela LC nº 141, revogando alguns artigos da referida lei.

A integralidade não pode se confundir com *tabela de procedimentos médicos e terapêuticos*, conceito redutor do direito à saúde. Saúde tem conceito amplo que implica a prevenção, proteção e recuperação, além da qualidade de vida que o país oferece aos seus cidadãos. A

10 Machado Raul Horta, 2010, p. 105.

11 A Espanha adota, à semelhança da RENASES, a *Carta de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización*. Textos legais, 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social, Madrid.



integralidade deve ser satisfeita independentemente de tabela de procedimentos, que foi criada para definir parâmetros de custo dos serviços de saúde contratados do setor privado. E parâmetros de custos não equivalem à integralidade.

Por outro lado, complementando a integralidade, a RENAME, Relação Nacional de Medicamento do SUS integra a RENASES no tocante à assistência farmacêutica. O decreto, em seu art. 25, cuidou da RENAME e impôs algumas exigências para o acesso a medicamentos no SUS, que são cumulativos: a) estar o cidadão assistido no SUS; b) ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde do SUS; c) estar a prescrição em conformidade com a RENAME, os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas; e d) ter sido dispensado nas unidades de saúde do SUS.

Duas exceções foram criadas. Uma, no tocante aos medicamentos que os entes federativos, por razões de saúde pública, queiram tornar aberto o acesso, independentemente de o cidadão estar em tratamento no SUS, como acontece com os de hipertensão, diabetes e Aids, e os medicamentos de caráter especializado, uma vez que nem sempre há a especialidade no âmbito do SUS, cabendo ao Ministério da Saúde dispor sobre a possibilidade de o medicamento ser prescrito por outro profissional de saúde que não integre o sistema, o que já aconteceu, havendo portaria regulando esse tema.

5. ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA

A articulação federativa foi tratada no art. 30 a 32 e passará, a partir do decreto, a ser uma instância formal de pactuação dos entes federativos no SUS, pelo fato de o SUS ser um sistema de interdependência e gestão compartilhada que sempre requerer arranjos administrativos que contemple essas realidades.

As Comissões Intergestores já existem no SUS, conforme demonstrado neste trabalho¹². A título de informação, a Itália, mantém arranjo semelhante, que prevê a participação dos *sindaci* (prefeitos) em conferências com a finalidade de discutir os planos regionais de saúde e sua execução. Na Espanha, no âmbito das comunidades autônomas, existem conselhos interterritoriais¹³ do Sistema Nacional de Saúde, que discutem a saúde entre governo e os conselheiros de saúde das comunidades autônomas.

O decreto, ao estabelecer regimentos para as comissões intergestores, garantiu segurança jurídica em suas decisões, que passam a decorrer de uma instância prevista em decreto e agora na lei 12.466, de 2011.

A partir da configuração jurídico-administrativa do SUS, apenas colegiados interfederativos de âmbito nacional, estadual e regional serão capazes de operar uma rede de entes federados, todos autônomos entre si, ao mesmo tempo em que são interdependentes na garantia da integralidade da atenção à saúde dentro do sistema (rede). Os colegiados serão capazes de unir entes autônomos e interdependentes na realização de serviços integrados, sem ferir a autonomia de cada um, uma vez que toda decisão deverá ser consensual (consensos interfederativos de saúde).

Os colegiados interfederativos devem ser dotados de institucionalidade e segurança jurídica para de fato ser o *locus* da negociação-consenso, garantindo assim governança compar-

12 A título de informação, a Itália, mantém arranjo semelhante, que prevê a participação dos *sindaci* (prefeitos) em conferências com a finalidade de discutir os planos regionais de saúde e sua execução. Na Espanha, no âmbito das comunidades autônomas, existem conselhos interterritoriais do Sistema Nacional de Saúde, que discutem a saúde entre governo e os conselheiros de saúde das comunidades autônomas. Locci Palermo e Locci R. 2000.

13 Somoza JE, 2001, p. 101.



tilhada da rede regionalizada de ações e serviços de saúde, conforme requerer a Constituição. Esses colegiados, compostos pelos entes federados, deverão ter suas decisões consensuais consubstanciadas em documentos jurídicos (avenças), como contratos que organizem a ação da saúde, definindo as responsabilidades de todos os entes nessa rede interfederativa.

As Comissões Intergestores Federal, Estadual e Regional (o SUS é essencialmente regionalizado) existentes no SUS precisam ser institucionalizadas e ter segurança jurídica, devendo ser pautadas pela lei, e não por portarias. Com a recente lei 12.466, de 2011 passa-se a garantir outra institucionalidade às comissões intergestores.

Os consensos interfederativos, tornados públicos por meio de deliberação, devem ser consubstanciados em contratos de ação pública, quando envolverem ação conjunta ou integrada dos entes na rede da saúde e essas instâncias devem atuar no estrito limite de suas competências legais (conferidas pela Lei 12.466, de 2011).

6. O CONTRATO ORGANIZATIVO DA AÇÃO PÚBLICA

Nesse passo, releva destacar a grande inovação existente no decreto: o contrato *de ação pública da saúde*, contrato de natureza organizativa, ordenatório de atividades públicas compartilhadas. Será por meio de contrato que as múltiplas responsabilidades sanitárias, de âmbito regional, serão definidas. Os entes federativos conjuntamente definem entre si os regramentos da gestão compartilhada. Eles se auto-ordenam quanto a essas responsabilidades, de forma consensual, mediante contrato.

A outra forma caberia nessa pergunta: as responsabilidades sanitárias deviam ser reguladas, todas elas, *a priori*? Se assim fosse, seria fácil tecer a rede de atenção à saúde, sabendo-se, de antemão, as obrigações de cada um conforme previstas em lei. Mas no SUS sabemos que é impossível regular *a priori* o que cada ente deverá fazer, ante a infinitude de variáveis próprias das desigualdades demográficas, sociais, geográficas, econômicas, culturais existentes em nosso país. Por isso, o modelo contratual há de ser o mais adequado meio de se regular as relações de interdependência dos entes na rede de atenção à saúde de uma região por ser possível, no contrato, definir, de acordo com a realidade de cada um, as suas atribuições no tocante à organização das ações e serviços de saúde em rede de atenção à saúde.

É pelo contrato que os entes federativos poderão definir, de acordo com suas realidades e no âmbito de suas competências comuns, o papel de cada um na rede de atenção à saúde, se autoimpondo regramentos resultantes de negociação solidária e responsável no tocante à competência comum de cuidar da saúde da população. Trata-se de uma regulação negocial, ajustada mediante cláusulas e condições contratuais, as quais passam a exercer o papel que seria previamente reservado à lei quanto à definição, em minúcias, das competências dos entes na área da saúde.

Estamos diante de um modelo de inter-relações federativas que devem ser construídas permanentemente, em interregnos de tempo, de acordo com objetivos definidos em lei, e que devem ser alcançados em nome de um dever constitucional, que é o de garantir o direito à saúde.

O contrato, nesse caso, visa minudenciar as competências constitucionais e legais na área da saúde. Para tanto, é necessário delimitar espaços territoriais para a construção da rede de atenção à saúde, *regionalizando-se o que a descentralização individualizou*. Sendo o contrato a única forma de os entes federativos, de determinada região de saúde, impor a si mesmos responsabilidades sanitárias, individuais, compartilhadas e solidárias, sua assinatura há de ser obrigatória.



Se a interdependência dos entes federativos na garantia do direito à saúde é intrínseca ao SUS, ou seja, é de sua natureza constitucional ser um único sistema decorrente da integração de serviços de entes autônomos, o contrato deve ser o elo obrigatório nessa cadeia de inter-relações. É o contrato o elo sistêmico do SUS.

O contrato consagra o respeito às assimetrias geográficas, demográficas e socioeconômicas uns dos outros e contribui para erradicar as desigualdades regionais e locais, tornando realidade a integralidade da assistência à saúde.

O desempenho de atividades comuns, idênticas como é o caso da saúde e que não podem ser realizadas isoladamente, mas sim conjuntamente por uma multiplicidade de entes conduz à necessidade de atuação harmônica, uma vez que o *exercício isolado pelos diversos entes administrativos das respectivas competências* não satisfará o interesse público¹⁴. A integração e cooperação são elementos essenciais para o cumprimento adequado das competências comuns exigindo permanente articulação. No SUS a concertação é obrigatória.

Os contratos organizativos são uma forma de o Estado se relacionar no interior da própria administração pública com o intuito de torná-la mais eficiente. Fundados na cooperação e colaboração, o Estado muda a forma de suas relações substituindo a subordinação, a hierarquia, pela ação conjugada de interesses, interesses que muitas vezes somente se satisfaz mediante a conjugação de esforços. Nessa nova forma de relação, a negociação e a fixação de responsabilidades mediante contrato são essenciais para o atendimento do interesse público.

No campo da descentralização territorial, que encerra o risco da fragmentação dos serviços, a interação entre os entes prestadores de serviços é importante para permitir a sua reaglutinação sem se perder a independência da gestão. Na saúde, a descentralização das atividades em 5.565 municípios impõe remédios que permitam integrar essas ações. Ainda no ensinamento de Oliveira,¹⁵ “*a conduta administrativa há de ser exercida cotidianamente no âmbito organizatório da Administração Pública, com o fito de possibilitar um melhor exercício da função administrativa*”.

O contrato organizativo persegue um fim único, e as partes reunidas não pretendem tirar nenhum proveito para si. O ganho é a soma de esforços de todos os implicados para melhorar seu desempenho público, organizar serviços comuns ou definir melhor suas obrigações, responsabilidades, financiamento. É uma forma de os entes se autorregularem quanto às responsabilidades em relação a determinados serviços comuns.

O contrato organizativo permite que seus participantes definam regras que devem vinculá-los, ante a sua força jurídica. Esses contratos têm regime jurídico diverso dos contratos bilaterais e comutativos – são plurilaterais, diferentes, pois do regime jurídico clássico do direito civil.

Na área da saúde, o contrato organizativo veste como uma luva para a organização dos sistemas regionais. Pois são contratos que unem os entes federativos, ao mesmo tempo em que se definem as responsabilidades e obrigações de cada um na rede de serviços que deverá prover a saúde da comunidade.

É o contrato que vai garantir o não fracionamento dos serviços na descentralização, acordando compensações financeiras para os entes que venham a ser referência, garantindo solidariedade e equidade, respeitando as autonomias federativas, acordando sanções pelo descumprimento dos acordos e garantindo governança regional à rede de atenção à saúde. Sem o contrato, a governança da rede poderá ser falha ante a ausência de segurança jurídica aos compromissos sanitários pactuados.

O contrato de ação pública na área da saúde se dota de finalidades e características, tais como:

14 Justen Filho, p.77, 1996.

15 *Op. cit.*, p. 66.



- a) garantia da integralidade da assistência à saúde, que não se realiza de forma isolada, mas somente mediante acordo de colaboração entre os entes federativos implicados na saúde de uma região;
- b) segurança jurídica à organização regional das ações e serviços públicos de saúde;
- c) horizontalidade nas negociações;
- d) reconhecimento da interdependência dos entes contratantes na gestão de ações e serviços de saúde, mantendo a direção única em cada esfera de governo;
- e) equilíbrio à rede de atenção à saúde em relação às diferenças socioeconômicas dos entes contratantes (equalização e solidariedade sistêmica);
- f) garantia dos referenciamentos do cidadão na rede e compensação financeira ao ente federativo responsável;
- g) função organizativa e não patrimonialista;
- h) multilateralidade de contratantes;
- i) possibilidade de garantir governança regional; e
- i) igualdade jurídica das partes.

Os contratos devem ter suas diretrizes convencionadas de forma colegiada na CIR, CIB e CIT¹⁶ – nas quais estão representados todos os entes federativos implicados nos contratos de ação pública da saúde. Essas convenções, que tenho denominado de consensos interfederativos,¹⁷ serão o marco referencial para a celebração dos contratos, uma forma de regulamentar aspectos da gestão mediante acordo.

Em nosso país, o contrato programa previsto na lei dos consórcios¹⁸ tem por objeto definir programas conjuntos dos entes federativos consorciados. No contrato organizativo, na área da saúde, se define mais que um programa, a própria rede de atenção à saúde, o *próprio sistema de saúde* que deve ser organizado em rede. Organiza-se, na realidade, o sistema de saúde regional; é o meio pelo qual se regulam as relações de interdependência dos entes federativos no SUS.

Por isso, defendo ser o contrato, previsto no decreto 7.508, de 2011, obrigatório para todos os entes federativos. É obrigatório por ser a forma escolhida pelo decreto para articular as interdependências na organização da rede de atenção à saúde, definir responsabilidades e equalizar as diferenças entre os entes federativos (socioeconômicas). O ente federativo deverá se dispor a negociar e, uma vez obtido o consenso, deverá firmar o contrato como salvaguarda de suas responsabilidades no provimento da saúde da população brasileira.

Além do mais, o art. 17, § 3º, da Lei Complementar 141, determina que o Poder Executivo informe aos conselhos de saúde e tribunais de contas montantes de recursos destinados às transferências intergovernamentais pela União, com base no Plano Nacional de Saúde, no termo de compromisso de gestão firmado entre os entes federativos. O primeiro termo de compromisso de gestão surgiu no âmbito do Pacto pela Saúde, 2006; contudo, tratava-se de um termo de compromisso *unilateral*, retratado por um documento encaminhado pelo estado ou o município ao Ministério da Saúde afirmando que se comprometia a realizar determinada ação (uma declaração de intenções). Não era um termo *multilateral*, conforme mencionado no texto legal (LC 141). O termo multilateral é o contrato organizativo de ação pública disposto no decreto 7.508. Referido contrato é um acordo entre os entes federativos que dentre outras responsabilidades, destaca-se a das transferências interfederativas. Esse dispositivo legal confirma a necessidade de os compromissos assumidos pelos entes federativos no âmbito do SUS ser formalizado.

16 Comissão Intergestores Regional, Comissão Intergestores Bipartite e Comissão Intergestores Tripartite.

17 Santos L & Andrade LOM, 2007.

18 Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005.



É mediante o contrato que se definem as responsabilidades: a) pelas ações e serviços de saúde na região de saúde; b) por sua prestação ou garantia; c) por seu financiamento (o próprio e os decorrentes do rateio federativo), além das responsabilidades pelo controle do gasto, da qualidade, da eficiência, desempenho etc.

No SUS, a *colaboração é obrigatória*. Pode parecer uma contradição em termos, mas não é. O SUS é um sistema que resulta da *colaboração* dos entes federativos, colaboração esta que não é facultativa. Para garantir o cumprimento do art. 30, VII, da CF, que determina que o município cuide da saúde com a cooperação técnica e financeira do estado e da União, foram editadas leis *impondo o repasse de recursos da União e dos estados*. Assim, a colaboração prevista no art. 30, VII, da CF, não é mera faculdade, colaboração. Trata-se de uma *obrigação*. Os repasses interfederativos da saúde são obrigatórios e não voluntários por força constitucional e legal. Esse também é entendimento expressado por Alessandra Silveira¹⁹ ao dizer que no SUS a *cooperação já não se revela como sugestão, mas como exigência constitucional*.

O contrato, por ser uma decorrência natural da forma organizativa do SUS e por estar previsto no decreto regulamentando da lei 8.080, de 1990 e de forma mais genérica e abrangente das partilhas no § 3º do art. 17 da lei complementar 141, de 2012, sua celebração também há de ser obrigatória.

A integração dos serviços dos entes federativos e a consequente alocação de recursos, definição de responsabilidades há de ser instrumentalizada pelo contrato, sob pena de não haver como vincular os entes federativos de uma região de saúde a esses compromissos. A organização do SUS, por se pautar na inter-relação e interdependência, encontra no contrato o necessário respaldo jurídico, vinculando os entes federativos signatários.

A LEI 12.466, DE 2011

A lei 12.466, de 2011, reconhece as instâncias de pactuação do SUS ao dispor que as “*Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS)*”. O legislador optou por reconhecer sua existência em vez de impor sua criação. Esse caminho foi o mais adequado, pois muitas já são as decisões dessas instâncias que, a partir do reconhecimento, ganham o *referendum* da lei, ratificando suas decisões, desde que estejam em conformidade com o disposto no parágrafo único do art. 14-A acrescido à lei 8.080, de 1990, o qual estabelece seu campo de atuação.

As Comissões Intergestores no SUS somente podem atuar no campo que a lei lhe reservou, não podendo decidir nada além daquilo previsto como sua competência.

Outro aspecto importante foi o reconhecimento do CONASS, CONASEMS e COSEMS como representantes dos secretários de estado da saúde, secretários municipais da saúde nesses espaços de negociação da gestão compartilhada do SUS.

Sendo o SUS um sistema nacional de execução descentralizada, sua gestão interconectada deve ser objeto de pactuações entre os entes federativos, que devem respeitar as diferenças geográficas e socioeconômicas uns dos outros e contribuir para erradicar as desigualdades regionais e locais, tornando realidade a integralidade da assistência à saúde.

Por isso, o SUS impõe que sejam criados esses colegiados interfederativos com a finalidade de decidir todos os aspectos da gestão, em especial a explicitação das responsabilidades dos dirigentes da saúde e o financiamento desses serviços.

¹⁹ Silveira, Alessandra, 2007.



A exigência dessa permanente articulação interfederativa requer que esses colegiados – o *locus* dos consensos – tenham segurança jurídica para que suas decisões possam ter legitimidade jurídica e serem reconhecidas perante terceiros.

As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, criadas em 1991, ainda que cumpram papel relevante na gestão do SUS, são arranjos que não alcançaram a necessária institucionalização, sendo espaços do *Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde, e não do Sistema Único de Saúde*.

O Conselho Nacional de Saúde, pela resolução nº 2, de 26 de abril de 1991, publicada em 12 de dezembro de 1991, já citada neste trabalho, recomendou ao Ministério da Saúde a “*criação de uma Comissão Especial visando discutir e elaborar propostas para a implementação e operacionalização do SUS constituída pelas três instâncias gestoras públicas*”. Em decorrência dessa recomendação, foi criada, pelo Ministério da Saúde, em 22 de julho de 1991, pela portaria MS 1.180, a comissão intergestores tripartite, mas sem implementação até o ano de 1993, conforme já explicitado na primeira parte.

A partir da edição da NOB 93, constitui-se, no âmbito da Direção Nacional do SUS, comissão intergovernamental trilateral e, no âmbito dos estados, as comissões intergovernamentais bilaterais, nas quais têm assento, respectivamente, a União, pelo seu Ministério da Saúde, o estado, por sua representação institucional, o CONASS,²⁰ e o município, por sua representação institucional, o CONASEMS;²¹ no âmbito do estado, as comissões.

No âmbito do estado, as Comissões Intergovernamentais Bilaterais são compostas pela Secretaria de Estado da Saúde e pelos municípios, representados pelo COSEMS,²² sendo essas comissões fóruns políticos e administrativos de decisão conjunta da definição de responsabilidades dos entes federativos. Esses colegiados interfederativos foram um arranjo extremamente criativo e interessante construído pela área da saúde. E porque os estados e os municípios são representados pelo CONASS e CONASEMS, respectivamente?

Com esses consensos, que não podem ser tomados com a participação de cada um dos 5.565 municípios e 27 estados brasileiros, por ser operacionalmente inviável, os municípios passaram a ser representados pelo CONASEMS e os estados, pelo CONASS, e no âmbito do estado os municípios são representados pelo COSEMS.

Exatamente por serem os municípios e os estados representados por esses entes privados associativos, e, ainda que tenham adquirido legitimidade política, esses entes representam estados e municípios, e por isso precisam ser reconhecidos juridicamente para que suas decisões possam ter validade perante terceiros e os próprios entes federativos.

Com a publicação da lei 12.466 passos largos foram dados em sua institucionalidade, reconhecendo-se a necessidade da existência de instâncias de negociação e consenso, o papel desempenhado pelos colegiados interfederativos, aprofundando-se assim as relações interfederativas, ínsitas ao SUS e compatíveis com sua forma organizativa, contemporânea, que além de retratar os valores das práticas federativas insere o SUS na mais atual forma de estado, que é aquele que reconhece toda a diversidade existente à sua volta, dialoga, negocia, faz consenso e

20 CONASS – Conselho Nacional de Secretarias de Saúde. Essa associação privada de Secretarias de Saúde dos Estados é reconhecida pela lei 8.142/90 e por diversas portarias ministeriais como o ente de representação institucional dos estados na área da saúde, perante órgãos e entes públicos, como o Conselho Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde, entre outros.

21 Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – entidade privada associativa que agrupa todas as secretarias municipais de saúde e as representa institucionalmente perante entes e órgãos públicos e privados, como o Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde etc.

22 Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde. Trata de uma entidade associativa que representa as Secretarias Municipais de Saúde perante cada estado e perante entes e órgãos públicos e privados, como o Conselho Estadual de Saúde.



se vincula a toda forma de contratualização das vontades públicas e sociais. A lei 12.466 é um avanço na consolidação do SUS.

Por último, importa dizer que tem surgido embate no tocante às competências dessas instâncias e as dos conselhos de saúde. Não vejo conflito, porque a primeira é, na realidade, uma reunião dos entes federativos para discutir a gestão do SUS. A segunda, a expressão da democracia participativa no SUS, instância de discussão entre Estado e Sociedade com a finalidade, nos termos da lei 8.142, de 1990, definir a política de saúde e fiscalizar sua execução.

O conselho tem papel mais político ao definir, em conjunto com o Poder Público, as políticas de saúde brasileira, enquanto as Comissões Intergestores têm o papel de definir, em comum acordo, como essas políticas serão, enfim, operacionalizadas, financiadas, responsabilizadas por cada ente. Tanto é compatível que foi o próprio Conselho Nacional de Saúde que propôs sua criação pelo Ministério da Saúde em 1991. Deve-se propugnar todo o tempo pela compatibilização entre o papel dos conselhos de saúde e o das instâncias colegiadas dos entes federativos. O primeiro representa a sociedade, a comunidade no SUS, nos termos do art. 198, III, da CF; a segunda representa os próprios gestores da saúde que, em razão de integração dos serviços de uns com os outros em rede regionalizada (art. 198 da CF), devem contar com espaços, instâncias próprias de gestão compartilhada de seus serviços.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cassese, Sabino. A crise do estado. Campinas: Saberes Editora, 2010.
- Di Pietro, Maria Sylvia Zanella. Direito Administrativo, 12ª edição. São Paulo: Editora Atlas, 2000.
- Justen Filho, Marçal. Contratos entre órgãos e entidades públicas. Revista de Direito Administrativo Aplicado, Curitiba, a.3, n.10, p. 77, jul-set. 1996.
- _____. Parecer sobre minuta de anteprojeto de lei da política nacional de saneamento básico, 2005. Impresso.
- Kischmir, Rosana e Chorny, Adolfo Horácio. Redes de Atenção à saúde. Contextualizando o debate. Rio de Janeiro: Revista Ciência e Saúde Coletiva, 2010.
- Locci, Paternio e Locci, Roberto. Elementi di diritto sanitario e amministrativo, Pádua, Italia: Piccin, 2000.
- Lopez-Valcarcel, Beatriz Gonzalez. Políticas contratuales en atención especializada. In: Repullo, José R. e Inesta, Antonio (org.). Sistemas y servicios sanitários. Madri: Diaz de Santos, 2006.
- Machado, Raul Horta. Direito Constitucional. 5ª edição. Belo Horizonte: Del Rey, 2010.
- Mendes, Eugenio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP/MG, 2009.
- Oliveira, Gustavo Justino. Direito administrativo Democrático. Belo Horizonte: Editora Forum, 2010.
- Santos, Lenir e Andrade, OMA SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos. Campinas: Saberes Editora, 2010. 2ª edição.
- Santos, Milton. O espaço cidadão. São Paulo: EDUSP, 2002.
- Somoza, Javier Elola. Política sanitária espanhola. Madri: Ediciones Diaz de Santos, 2001.



II.2 - A PRESENÇA E PARTICIPAÇÃO DO MUNICÍPIO NA LEI COMPLEMENTAR FEDERAL 141

Gilson Carvalho²³

Com inúmeras demandas de municípios para discutir as novas obrigações municipais, tenho feito uma seleção dos principais aspectos da LC 141 a eles referentes.

Cada um destes artigos e parágrafos abaixo destacados estão sendo lidos e relidos por inúmeras pessoas. Algumas apenas militantes como eu. Outras preparadas e com formação jurídica, econômica ou em gestão pública. As interpretações continuarão por muito tempo e dificilmente se chegará a um consenso em várias questões.

O entendimento pode ser diverso pois, foi mal escrito o texto legal. Também, ainda que bem escrito, pode ser mal interpretado por interesses os mais diversos e muitas vezes não confessos ou inconfessáveis.

A CF tem mais de 23 anos. A Lei 8080 tem mais de 21 anos. Questões essenciais da saúde expressas nestes documentos legais jazem descumpridas e os argumentos são os mais diversos para que assim seja.

Minha participação abaixo é de apenas ter tentado resumir à essência o texto legal, segundo minha interpretação que a luz de novos argumentos pode mudar.

A lei trata sobre:

- ❖ Disposições preliminares
 - ❖ Ações e Serviços Públicos de Saúde – ASPS
 - ❖ Recursos mínimos
 - ❖ Repasse e aplicação dos recursos mínimos
 - ❖ Movimentação dos recursos da união
 - ❖ Movimentação dos recursos dos estados
 - ❖ Disposições gerais da aplicação recursos
 - ❖ Transparência e visibilidade da gestão
 - ❖ Escrituração e consolidação de contas
 - ❖ Prestação de contas
 - ❖ Fiscalização da gestão
 - ❖ Disposições finais e transitórias
- 1) Município só pode fazer ASPS definidos na Lei (Art. 2 e 3) e não pode fazer nada vedado na Lei (Art. 4)
 - 2) ASPS têm de obedecer a princípios do SUS da LC 141 – Art. 2: só podem ser feitas despesas com promoção, proteção e recuperação da saúde e que atendam às seguintes diretrizes: acesso universal, igualitário e gratuito; conformidade com planos de saúde em cada esfera; responsabilidade específica de saúde; não incluir ações públicas determinantes sociais e econômicos, ainda que interfiram nas condições de saúde na população; recursos movimentados no fundo; aquelas constantes da lei 8080, Art. 7.

²³ Gilson Carvalho – Médico Pediatra e de Saúde Pública – Doutor em Saúde Pública pela FSP-USP – Médico aposentado da Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos – foi médico pediatra na rede pública e em atividade privada; Ex-Diretor de Vigilância Epidemiológica da DRS do Vale do Paraíba SES-SP; Ex-Secretário Municipal de Saúde de São José dos Campos – Ex-Secretário Nacional de Saúde MS; Consultor do CONASEMS.



ASPS – Ações e Serviços de Saúde – LC 141, Arts. 2, 3 e 4	
Só pode gastar em:	Não pode gastar em:
Universal e gratuito	Condicionantes
Presentes no plano	Determinantes
Vigilância em saúde	Mesmo feito pela saúde
Atenção integral	Inativos (incluindo saúde)
Capacitação pessoal	Assistência não universal
Desenvolvimento ciência & tecnologia	Merenda e atividades de nutrição
Insumos: medicamentos, vacinação, sangue.	Assistência social
Saneamento Básico - domicílio/pequena comunidade Comunitária: indígena, quilombola	Tarifado (limpeza urbana e remoção de resíduos)
Meio ambiente e controle vetores	Meio ambiente de outras áreas
Investimento rede física	Obras de infraestrutura
Pagamento pessoal da área	Pagamento de pessoal fora da área de saúde
Apoio administrativo	ASPS: Custeadas com recursos fora da base de cálculo ou fundos específicos distintos daqueles da saúde
Gestão e operação de unidades	

- 3) Município aplicará em ASPS no mínimo 15% de suas receitas (Art. 7) e de outras futuras ou compensações (Art. 9).
- 4) Município que tiver em suas leis, percentual maior que 15% devem cumpri-los (Art.11)

Resumo do Montante de Recursos da União, Estados e Municípios	
União	Ano anterior + variação nominal do PIB
Estados	Mínimo 12%
Municípios	Mínimo 15%

- 5) Município só pode movimentar recursos do fundo por cheque nominativo, ordem bancária, transferência eletrônica (Art. 13 §4)
- 6) Município deve manter fundo, criado por lei, como unidade orçamentária e gestora (Art. 14)



Processo de Transferência e Aplicação no Fundo	
1º passo	Três esferas devem ter fundo criado por lei (se a lei existente não estiver adequada à Lei 141 – é essencial fazer nova lei).
2º passo	Fundo tem que ser unidade orçamentária e gestora
3º passo	Do fundo nacional de saúde a fundos estaduais e municipais
4º passo	Forma: direta, regular e automática (Art. 18)
5º passo	Movimentação só por cheque, ordem de pagamento e transferências diretas

- 7) Município receberá recursos da união por critérios de rateio definidos por metodologia pactuada na CIT e aprovada no CNS (usando: necessidades de saúde, epidemiologia, demografia, espacial, sócio econômico, produção de ASPS, Lei 8080 Art.35) (Art.17).
- 8) Município receberá recursos do MS/FNS para ASPS, nos fundos de saúde de forma direta, regular e automática (Art. 18) (Rotina)

Processo Resumido de Rateio e Transferência União para Estados e Municípios – Art. 17	
1º PASSO	Identificar os critérios de rateio – sendo 2 critérios de investimento (investimento: redução de desigualdades e garantia de integralidade)
2º PASSO	CIT define metodologia para uso dos critérios
3º PASSO	CNS aprova a metodologia
4º PASSO	MS aplica a metodologia definindo montante de recursos para cada Município e Estado e publica este montante
5º PASSO	Fazer constar do plano nacional de saúde e em termo de compromisso entre as três esferas de governo
6º PASSO	Ministério da Saúde divulga este montante a conselhos e Tribunal de Contas

- 9) Município cobrará da União a definição de transferências de recursos para situações específicas onde se pode usar a modalidade de transferência voluntária (Art. 18 § único) (exceção)
- 10) Município receberá recursos dos estados segundo critérios (necessidades de saúde, epidemiologia, demografia, espacial, sócio econômico, oferta ASPS) e atendendo à necessidade de diminuir as disparidades. (Art.19)
- 11) Município cobrará dos estados o plano estadual de saúde com explicitação da metodologia de alocação de recursos estaduais e de recursos aos municípios, pactuados na CIB e aprovados no CES (Art. 19, §1).



- 12) Município cobrará dos estados montante de recursos previstos para transferências do estado aos municípios (Art. 19, §2).
- 13) Município cobrará dos estados transferências fundo a fundo de forma direta, regular e automática (Art. 20)

Crítérios de Rateio de Recursos da Saúde da União para Estados e Municípios LC141, Art. 17	
Lei Complementar 141, Art.17	Lei 8080, Art.35
Necessidades de saúde	Previsão no plano plurianual - PPA
Epidemiologia	Epidemiologia
Demografia	Demografia
Espacial	Desempenho técnico-econômico-financeiro ano anterior
Sócio-econômico	Cumprimento da EC-29
Capacidade de oferta de ASPS	Características da rede (quali-quantitativas)
Investimento: plano anual visando diminuir as desigualdades	Ressarcimento serviços prestados a outra esfera de governo
	Municípios com migrantes os critérios demográficos terão outros parâmetros.

- 14) Município cobrará dos estados o significado de transferências de recursos para situações específicas onde se pode usar a modalidade de transferência voluntária (Art. 20, § único).
- 15) Município com consórcios ou outras formas legais de cooperativismo poderá remanejar entre si recursos do fundo, tanto próprios como transferidos da União e Estados, segundo normas de Direito Administrativo, Lei 8080 e normas da CIT aprovadas no Conselho. (Art. 21, § único)
- 16) Município não aceitará restrição de recursos de transferências obrigatórias, regulares e automáticas, exceto se não tiver Plano, Fundo e Conselho funcionando. (Art. 22)
- 17) Município considerará como aplicados em ASPS despesas: liquidadas e pagas; empenhadas e não pagas mas com saldo no fundo; pagamento de amortização e encargos financeiros de empréstimos após Jan/2000 e não incluídos nos mínimos. (Art. 24)



Despesas com Saúde Art. 24	
1º	Despesas liquidadas e pagas
2º	Despesas empenhadas e não pagas mas com saldo no fundo de saúde
3º	Pagamento de amortização e encargos financeiros de empréstimos não incluídos nos montantes mínimos a serem aplicados.
4º	Não se pode pagar encargos de empréstimos incluídos nos montantes mínimos a serem aplicados.

- 18) Município que descumprir o mínimo verificado pelo TCU ou homologado pelo SIOPS poderá ter restrição das transferências até o limite do débito. (Art. 26, §1).
- 19) Município que cumprir os mínimos poderá ter transferências voluntárias restabelecidas. (Art. 26, §5).
- 20) Município que detectar, com seus órgãos próprios ou do MS, aplicação errada de recursos (fora do previsto no Art. 3º ou do pactuado) poderá devolver os recursos, devidamente corrigidos, a seu próprio fundo, para cumprir os objetivos do repasse (Art. 27).
- 21) Município não pode excluir da base de cálculo do mínimo parcelas de impostos ou transferências constitucionais vinculadas a fundos ou despesa (Art. 29).
- 22) Município deverá elaborar PPA, LDO, LOA de acordo com a LC 141 (Art. 30).
- 23) Município fará planos e metas regionais resultantes de pactuações intermunicipais que servirão de base para planos e metas estaduais (Art. 30, §2).

Tempos e Movimentos da LC 141 devem acontecer no Ano Anterior à Execução Orçamentária		
Atividades	Fundamento Legal	Prazo
Planos municipais + aprovação pelo Conselho	22 §U II	
Planos regionais (base municípios)	30§2	
Planos estaduais (base municipais/regionais) + aprovação pelo Conselho	22 §U II 30§ 3	
Plano nacional (base estaduais) + aprovação pelo Conselho	30 §3	
Lei orçamentária anual municípios + Estados	CF + LC 101	30/9
LOA União	CF + LC 101	30/8



Nó Crítico Maior: Tempos e Movimentos da LC 141 devem acontecer no ano anterior à Execução Orçamentária		
Atividade 3 Esferas	Fundamento Legal	Prazos
Levantamento necessidades de saúde	30 §1	Contínuo
Elaboração do plano	29 §4	
Audiência pública	31 § Único	
Aprovação Conselho	36 §2	
LDO	CF + LC 101	15/Abril

- 24) Município dará divulgação ampla, inclusive pela internet, das prestações de contas com ênfase no cumprimento da 141, do relatório de gestão, com avaliação CS. (Art. 31)
- 25) Município incentivará a participação popular em audiências públicas (Art. 31, § único)
- 26) Município manterá registro contábil relativo a despesas com ações e serviços públicos de saúde (Art. 32)
- 27) Município deverá cobrar do órgão central da contabilidade da União as normas gerais para segregação da informação financeira da saúde (Art. 32, § único)
- 28) Município prestará contas de seus órgãos da administração direta e indireta (Art. 33)
- 29) Município demonstrará despesas com ASPS integrantes do relatório resumido de execução orçamentária (RREO) para parecer prévio (LC 101) (Art. 34)
- 30) Município demonstrará receitas e despesas com ASPS do balanço como também o demonstrativo próprio do relatório bimestral (Art. 165, §3) (Art. 35)
- 31) Município fará relatório de gestão do quadrimestre anterior (Art. 36)
- 32) Município enviará relatório de gestão até 30/3 e Conselho emite parecer conclusivo com ampla divulgação (Art. 36, §1)
- 33) Município fará programação anual do plano de saúde encaminhada ao conselho de saúde que deve aprovar antes da ldo ser encaminhada (15/4) e dar ampla divulgação (Art. 36, §2)
- 34) Município atualizará cadastro no SIOPS (anual) indicando data de aprovação do relatório de gestão no CNS (Art. 36, §3)
- 35) Município adotará modelo de relatório de gestão aprovado no CNS com modelo simplificado para municípios com <50 mil hab. (Art. 36, §4)
- 36) Município deve apresentar relatório de gestão no legislativo nos meses de maio, setembro e fevereiro. (Art. 36, §5)



- 37) Município será fiscalizado pelos órgãos fiscalizadores se cumprem CF Art. 198 e LC 141 (Art. 37)
- 38) Município será avaliado pelo legislativo sobre: PPA, cumprimento metas LDO, aplicação dos mínimos, transferência de recursos ao FS; aplicação recursos do SUS; destinação de recursos obtidos com alienação de bens do SUS (Art. 38)
- 39) Município é obrigado ao preenchimento do SIOPS; os gestores são responsáveis e o SIOPS tem fé pública (Art. 39)
- 40) Município disponibilizará ao tribunal de contas informações sobre cumprimento do 141 e se houver divergência o tribunal de contas dará ciência ao chefe do executivo e direção do SUS para tomar medidas cabíveis (Art. 40)
- 41) Município apresentará aos Conselhos de Saúde o relatório de gestão a cada quadrimestre – fevereiro, maio e setembro – sobre repercussão da LC 141 nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde e os Conselhos encaminharão ao chefe do executivo indicações de medidas corretivas (Art. 41)
- 42) Município será avaliado pelo Sistema Nacional de Auditoria por amostragem e presencialmente sobre a veracidade da informação (sem prejuízo do Tribunal de Contas e Ministério Público) (Art. 42)
- 43) Município cobrará da União cooperação técnica, para implementação dos fundos e SIOPS, e financeira mediante bens, valores e créditos bancários (Art. 43)
- 44) Município proporcionará educação permanente com prioridade para usuários e trabalhadores para cumprimento da formulação de estratégias e exercer controle social (Art. 44).
- 45) Município deve ter ciência sobre mecanismos legais de punições a que estão sujeitos, segundo leis 2848/1940 (Código Penal) Lei 201/1967 e Lei 8429/1992 (Art. 46).

CONCLUINDO

A LC 141 trouxe várias novidades de aplicação imediata. Existem questões que ainda precisam ser reguladas. Tanto a União quanto os Estados estão trabalhando nesta regulação. Nós podemos e devemos fazer a nossa parte municipal.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Lei Federal Complementar 141, Janeiro de 2012.



CAPÍTULO III

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE – CIB, COMISSÕES INTERGESTORES REGIONAIS – CIR/CGR – E COMITÊS GESTORES DE REDES REGIONAIS DE SAÚDE – CG REDES – DO ESTADO DE SÃO PAULO

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE – CIB

Colaborar com a organização do SUS no Estado, para cumprir seus objetivos maiores, de aperfeiçoar a universalidade da saúde, garantir a integralidade da assistência e obter a equidade de acesso às ações e serviços de saúde entre as diferentes regiões do Estado, é a principal atribuição da CIB, sendo que, no processo de avaliação/apreciação dos pleitos fica instituído que as decisões serão sempre por consenso.

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, publicado no Diário Oficial da União em, 29 de junho de 2011, tem importante papel de regular a estrutura organizativa do SUS, o planejamento de saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, dentre outros aspectos, tão necessários à sua consolidação e melhoria permanente. Dessa forma, conforme definido no decreto, as Comissões Intergestores são instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS. No Capítulo V define-se as atribuições das Comissões e sua organização, conforme segue:

Art. 30. *As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo:*

- I - a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;
- II - a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e
- III - a Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

Art. 31. *Nas Comissões Intergestores, os gestores públicos de saúde poderão ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS e pelos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS.*



Art. 32. *As Comissões Intergestores pactuarão:*

- I - *aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;*
- II - *diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;*
- III - *diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;*
- IV - *responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e*
- V - *referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.*

Parágrafo único. *Serão de competência exclusiva da CIT a pactuação:*

- I - *das diretrizes gerais para a composição da RENASES;*
- II - *dos critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão; e*
- III - *das diretrizes nacionais, do financiamento e das questões operacionais das Regiões de Saúde situadas em fronteiras com outros países, respeitadas, em todos os casos, as normas que regem as relações internacionais.*

Em complementação ao decreto foi publicada também, em 25/08/2011 a Lei nº 12.466, que incluiu dois artigos no Capítulo III, do Título II, da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que passa a vigorar acrescido dos seguintes Artigos 14-A e 14-B, conforme segue:

“Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo:

- I - *decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde;*
- II - *definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados;*
- III - *fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados.”*

“Art. 14-B. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento.



- § 1º O Conass e o Conasems receberão recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União.
- § 2º Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao CONASEMS, na forma que dispuserem seus estatutos”.

A Comissão Intergestores Bipartite – CIB de São Paulo é composta pelo Secretário de Estado da Saúde, como seu Presidente, seis representantes da Secretaria de Estado da Saúde, o Presidente do COSEMS, o Secretário de Saúde do Município de São Paulo e cinco Secretários Municipais de Saúde, indicados pelo Cosems, somando-se quatorze (14) membros titulares, sete (7) representantes do Estado e sete (7) representantes dos municípios. Para cada membro titular corresponderá um suplente indicado, pela Secretaria de Estado e COSEMS. A CIB conta também, com uma Câmara Técnica, com 14 membros titulares e seus respectivos suplentes, com representação paritária entre estado e municípios, tendo como atribuição fundamental tecnicamente as decisões da Comissão Intergestores, podendo deliberar “ad referendum” da CIB matérias a ela encaminhadas para apreciação, bem como, uma Secretaria Executiva com as atribuições de assessorá-la.

Quanto a Operacionalização da Comissão Intergestores Bipartite – CIB deve-se ter conhecimento dos fluxos e processos:

- a) A agenda de reunião é composta pelas homologações, pauta (itens a serem pactuados) e informes;
- b) A pauta da CIB é definida pela Câmara Técnica;
- c) Pleitos para homologações são protocolados na Secretaria Executiva da CIB, no máximo nas 48hs úteis, antes da data de realização das reuniões da CT;
- d) As inclusões de itens na agenda de CT, bem como demais comunicações, devem obrigatoriamente ocorrer por escrito, por correio eletrônico, encaminhado para à Secretaria Executiva da CIB.
- e) A agenda de reuniões é enviada, aos participantes da CIB e CT, por e-mail, 48hs antes da reunião;
- f) O cronograma anual de reuniões é pactuado ao final do ano, para o ano subsequente;
- g) Todos os pleitos devem seguir o seguinte fluxo, conforme pactuado em bipartite:
 - a. Discutidos e acordados no Conselho Municipal de Saúde;
 - b. Discutidos e acordados no Colegiado de Gestão Regional – CGR;
 - c. Discutidos e acordados na Comissão Intergestores Regional – CIR.
- h) Após este trâmite, no âmbito da Região de Saúde, o Departamento Regional de Saúde – DRS encaminha os pleitos, para a SES, aos cuidados da Coordenadoria de Regiões de Saúde – CRS, para serem pautados, 48hs antes CT e CIB.

COMISSÕES INTERGESTORES REGIONAIS – CIR/CGR

A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) recomendou à época da implantação do “Pacto pela Saúde” no estado de São Paulo que, além das Diretrizes preconizadas nas Portarias MS/GM 399/06 e 699/06, fossem observadas orientações complementares que contribuiriam para a criação e funcionamento dos Colegiados de Gestão Regionais (CGR) e elaboração de seus



regimentos. Este conjunto de recomendações fez parte da Deliberação CIB 153/07. Em setembro de 2012, foi publicada a Deliberação CIB 64, com a nova configuração das regiões de saúde e constituição das RRAS – Redes Regionais de Atenção à Saúde, instituídas em 2011, Deliberação CIB 36/11.

O “*Termo de Referência para a estruturação de Redes Regionais de Atenção à Saúde – RRAS – no Estado de São Paulo*” reafirmou os CGR/CIR como espaço de decisão através da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva. Os CGR/CIR são instância deliberativa de co-gestão regional composta por todos os gestores municipais de saúde dos municípios que integram a Região de Saúde e por representantes do gestor estadual. A coordenação do CGR/CIR será exercida pela Direção do DRS e funcionará em sistema de co-gestão com os municípios. A definição da pauta será feita sempre de forma conjunta. A participação das Vigilâncias da SES neste Colegiado contribui para o enfoque na integralidade (ações de saúde dirigidas a indivíduos e ações coletivas, articulação dos níveis de atenção à saúde e ações de promoção à saúde).

Sua composição não é paritária e suas decisões são sempre por consenso. Quando não houver consenso, a instância de recurso é a Comissão Intergestores Bipartite. O CGR/CIR deve ter agenda regular de reuniões, no mínimo uma por mês. As atribuições do CGR/CIR são:

- ❖ Realizar planejamento regional;
- ❖ Atualizar e acompanhar a Programação Pactuada Integrada (PPI) de atenção à saúde;
- ❖ Priorizar as linhas de investimentos com vistas à elaboração do Plano Diretor de Investimentos;
- ❖ Estimular estratégias que contribuam para a qualificação do controle social;
- ❖ Apoiar processos de qualificação da gestão do trabalho e da educação em saúde;
- ❖ Construir estratégias de alcance e monitoramento das metas (do SISPACTO ou do Contrato Organizativo da Ação Pública – COAP, quando implantado) com a definição, se necessário, de outras prioridades loco-regionais;
- ❖ Implantar mecanismos de regulação da assistência à saúde;
- ❖ Coordenar a agenda e o trabalho da(s) Câmara(s) Técnica(s) Permanente(s).

COMITÊS GESTORES DE REDES REGIONAIS DE SAÚDE – CG REDES – DO ESTADO DE SÃO PAULO

Considerando que o território de abrangência da RRAS pode ser composto por uma ou mais regiões de saúde criou-se um novo espaço bipartite para exercer a gestão regional desta Rede: os Comitês Gestores da Rede Regional de Atenção à Saúde (CGRede).

Considerando que o município de São Paulo, concentra a maior parte dos serviços de alta complexidade do estado e que, desse modo, as demais RRAS da região metropolitana necessitam complementar o atendimento de suas redes por meio dos serviços de saúde localizados em São Paulo, na gestão municipal e, sobretudo na gestão estadual, criou-se a Comissão de Articulação das Redes da Região Metropolitana de São Paulo.

O CG-Rede é uma instância de pactuação composta por no mínimo um representante municipal titular dos CGR, e representantes da gestão estadual, sendo no mínimo um de cada Departamento Regional de Saúde – DRS – e um representante do(s) Grupo(s) de Vigilância Epidemiológica que integra a RRAS.

As decisões do CG-Rede são por consenso. Quando não houver consenso e após esgotadas as possibilidades de negociação nos CGR e CG-Rede, a instância de recurso é a Comissão



Intergestores Bipartite. Assim como ocorre com o CGR/ CIR, a coordenação do CG-Rede e da Comissão de Articulação das Redes da Região Metropolitana de São Paulo é exercida pelo representante da gestão estadual que deve assegurar o suporte técnico e operacional para o seu funcionamento.

São atribuições do CCG-Rede:

- ❖ Elaborar e manter atualizado o diagnóstico da capacidade instalada da RRAS, bem como dos seus fluxos de referência contando com apoio de Câmara Técnica e quando necessário de grupos de trabalho;
- ❖ Acolher as demandas assistenciais oriundas dos CGR/CIR de sua área de abrangência, bem como as propostas de fluxos de referência, compatibilizando-os com os recursos assistenciais existentes e as pactuações com as demais RRAS;
- ❖ Coordenar a definição do desenho e fluxos das redes temáticas em sua área de abrangência;
- ❖ Analisar e propor adequações nos perfis assistenciais dos estabelecimentos que integram a Rede, de acordo com as demandas e submetê-los aos CGR/ CIR para pactuação.
- ❖ Apoiar os CGR na implantação das redes temáticas no seu território;
- ❖ Monitorar, por meio dos gestores respectivos, o cumprimento das metas quantitativas e qualitativas dos prestadores, independente de sua natureza;
- ❖ Instituir mecanismos de regulação assistencial por meio de co-gestão regional, considerando a oferta da rede de saúde suplementar;
- ❖ Avaliar o desempenho da RRAS;
- ❖ Avaliar permanentemente a composição de sua rede;
- ❖ Identificar áreas de estrangulamento e vazios assistenciais, propondo critérios e premissas que contribuam para a elaboração pelos respectivos CGR/ CIR de um Plano Diretor de Investimento e custeio e promover sua compatibilização com os recursos existentes e as pactuações com as demais RRAS.

Importante ressaltar que o Decreto Federal 7.508/11 definiu e a Lei Federal 12.466, de 2011 reconheceu as instâncias de articulação interfederativa de pactuação do SUS ao dispor que as “*Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS)*”. A Lei dotou a CIT, CIB e CIR (CGR) de institucionalidade e segurança jurídica para de fato constituírem-se em espaço de pactuações e consensos entre os entes federados.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

Brasil. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Brasil. Lei 12.466, de 24 de agosto de 2011.

Estado de São Paulo. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB 36, 2011.

Estado de São Paulo. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB 64, 2012.

Estado de São Paulo. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB 153, 2007.



CAPÍTULO IV

PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

DEMOCRACIA NA HISTÓRIA

Surgida na Grécia, a Democracia ao longo da história foi tomando formas de representação e participação peculiares, que refletem o interesse comum que deve ser concretizado no âmbito da ação política. Conceito idealista e utópico nos Séculos XVII e XVIII apresentou três marcos na condução para o Estado Democrático:

- ❖ Revolução Inglesa de 1689 voltada à garantia dos Direitos Fundamentais;
- ❖ Revolução Americana, cujos princípios expressos na Declaração de Independência das treze colônias americanas, em 1776 consignavam a Cidadania e a Constituição; e a
- ❖ Revolução Francesa, com a universalidade aos seus princípios de Liberdade, Igualdade e Fraternidade expressos na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789.

Com o Estado Democrático, foi estabelecida a distinção entre a esfera pública e a privada, entre a sociedade política e a sociedade civil.

Os princípios fundamentais do Estado Democrático são:

- ❖ A supremacia da vontade popular – referente à problemática da participação popular no governo;
- ❖ A preservação da liberdade – exige respeito dos entes estatais para com as liberdades públicas, ou direitos dos cidadãos;
- ❖ A igualdade de direitos – proibição de discriminações de qualquer natureza em relação ao gozo e a fruição de direitos

OS VALORES DEMOCRÁTICOS PASSAM A SER O ENTRELAÇAMENTO ENTRE DIREITO E POLÍTICA

No Estado Democrático de Direito a democracia busca a real concretização dos direitos fundamentais e a efetivação da cidadania.

Não há democracia sem pluralismo. Movimento social e democracia são indissociáveis, só existe movimento social se a ação tem objetivos sociais.

Os Princípios Fundamentais do Estado Democrático são:

- ❖ A supremacia da vontade popular
- ❖ A preservação da liberdade – liberdades públicas, ou direitos dos cidadãos;
- ❖ A igualdade de direitos – proibição de discriminações de qualquer natureza em relação ao gozo e a fruição de direitos



- ❖ a existência de um estado de direito, ou seja, o respeito às leis, das quais principal é a Constituição do país.
- ❖ a autonomia dos Poderes legislativo e judiciário.
- ❖ o respeito à *res publica*, à coisa pública, que não pode se sujeitar a interesses privados ou particulares.
- ❖ transitoriedade e rotatividade do exercício do poder
- ❖ acesso ascendente.
- ❖ mínimo de dois partidos políticos: o que governa (após eleito) e o que a ele se opõe, fiscalizando e questionando seus atos, tendo em vista o interesse geral da população
- ❖ a democracia é consenso, e não elimina a existência do dissenso, isto é, a possibilidade de discordar, sempre que necessário.

DEMOCRACIA CONTEMPORÂNEA

No Estado Democrático de Direito a democracia busca a real concretização dos direitos fundamentais e a efetivação da cidadania. Um dos preceitos do Estado Democrático é a participação ampliada, incluindo camadas da população antes alijadas nas decisões e informações. Desta maneira podemos considerar que movimento social e democracia são indissociáveis. Só existe democracia com a efetiva participação da sociedade e só existe movimento social se a ação tem objetivos sociais.

A Democracia contemporânea surge no contexto Pós Guerra, com a Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948). Com isso, se dá o início de uma nova ordem internacional que protege os direitos humanos sob o manto da universalidade.

Nos países europeus o fenômeno é concretizado no chamado *Welfare State*, ou Estado de Bem Estar Social, com a responsabilidade estatal no sentido de garantir o bem-estar básico dos cidadãos. Universalista, personifica compromisso institucionalizado com o cidadão. Em princípio, esse sistema solidário procura estender os benefícios sociais a todas as áreas para o bem-estar da sociedade. A prestação de serviços é uma questão de Direito.

O BRASIL NO CONTEXTO DA DEMOCRACIA

Na década de 1980, um conjunto expressivo de países da América Latina sofreu mudanças significativas em seus regimes políticos, após governos de exceção. A busca por políticas de inclusão. Vale a pena contextualizar o cenário que levou o Brasil e outros países a buscar o Estado Democrático de Direito.

Após a II Guerra Mundial, o crescimento econômico, a urbanização, a melhoria da educação e da saúde levaram a um processo de construção democrática, com o fortalecimento de cidadãos autônomos e organizados para vivenciar os novos territórios geopolíticos e principalmente a paz. Essa modernização é a condição necessária para a emergência e a estabilidade de um governo democrático. Para isso, há necessidade de planejamento econômico e a implementação de políticas públicas, aparentemente direcionadas pelos gestores públicos para promover condições objetivas para a democracia, dando-se ênfase aos aspectos econômicos em detrimento dos políticos e sociais.

Porém, muitos dos Estados que nos anos 1950 e 1960, prometiam a paz e a prosperidade, encaminham-se para regimes autoritários, na segunda metade do século XX. Na América Latina o populismo e os sucessivos golpes de Estado (Brasil, 1964; Chile, 1973; Argentina, 1976)



foram responsáveis pela implantação de Ditaduras Militares a custo do sacrifício da democracia. O cenário político instável, aliado à pobreza e à exclusão social, não propiciou uma transição democrática nos moldes dos países cuja urbanização, educação e crescimento econômico levaram à democracia.

Já na década de 1980, um conjunto expressivo de países da América Latina sofreu mudanças significativas em seus regimes políticos, transitando de regimes autoritários para formas democráticas de governo.

O Brasil por sua vez, após um período de exceção, em 1988 promulgou sua Constituição Federal, conhecida como “Constituição Cidadã”.

Movimento social e democracia são indissociáveis. Só existe movimento social se a ação tem objetivos sociais.

A DEMOCRACIA NA SAÚDE – PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

Desde 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando se iniciaram as discussões para criação do Sistema Único de Saúde, fruto de articulações de grupos da comunidade, movimentos populares e profissionais de saúde, a democratização das informações e das decisões entrou em pauta, caracterizando a estruturação oficial do exercício da participação e controle social.

O Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição Federal como diretriz essencial dos serviços públicos de saúde (Art. 198, CF/1988), coloca a participação da comunidade na gestão como condição essencial para o estabelecimento de ações e serviços públicos de saúde integrados em uma rede regionalizada e hierarquizada.

No início da década de 90 o processo de regulamentação do SUS envolveu novos atores, como os Secretários Municipais de Saúde, liderados pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e os Secretários Estaduais de Saúde, liderados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Em continuidade a esse movimento foi iniciado o processo de pactuação infraconstitucional, com a publicação das Leis Orgânicas da Saúde, composta por duas Leis Complementares à Constituição: Leis 8080/90 e 8142/90. A Lei 8080/90 explicita a descentralização político-administrativa e organizacional do SUS, com ênfase na gestão e financiamento. A Lei 8142/90 regulamenta a participação da comunidade, bem como as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

Com a Lei Federal 8.142/1990 a participação da sociedade ganhou força, garantindo a obrigação constitucional do gestor de qualquer esfera de oferecer subsídios para a população participar efetivamente do planejamento e da fiscalização das políticas públicas de saúde. Com isso, a partir daquele ano, a sociedade civil organizada passou a ter dois espaços permanentes de manifestação:

- ❖ Conferências de Saúde e
- ❖ Conselhos de Saúde.

O ARCABOUÇO LEGAL DO SUS – FUNDAMENTOS LEGAIS DA PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE

A Legislação estruturante do SUS se inicia na Constituição Federal de 1988, Título VIII - Da Ordem Social – Capítulo II – Seção II - Da Saúde.

- a) Todo poder emana do povo (CF, Art. 1º, § único);



- b) Participação do trabalhador, do empregador (CF, Art. 10º);
- c) Participação do usuário na administração pública (CF, Art. 37º);
- d) Participação dos trabalhadores, empregadores, aposentados na gestão da seguridade (CF, Art. 194º);
- e) Participação da comunidade (CF, Art. 198º);
- f) Participação popular (LCp. nº 101/200, Art. 48, § único);
- g) Participação da comunidade na gestão (Lei 8.142/90);

Editada em 19 de setembro de 1990, Lei nº 8.080, uma das Leis Orgânicas da Saúde, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços.

A Lei nº 8.142/90 explicita a forma de participação por meio dos Conselhos de Saúde. Os Conselhos são órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, trabalhadores da saúde e usuários do SUS. São instâncias deliberativas do Sistema Único de Saúde (SUS) e atuam na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL OU CONTROLE SOCIAL?

O controle social deve ser entendido como integrante da participação cidadã, integralmente articulada à atuação da política pública, como um meio de controle do desenvolvimento das políticas que têm sido definidas para atender às necessidades reais das comunidades.

Participação e controle social podem ser diferenciados da seguinte forma:

Participação: A participação é um dos mais importantes princípios políticos. Relacionado ao ideal de soberania popular, a participação política permanente é um instrumento de legitimação, exercício de cidadania e fortalecimento da gestão democrática.

Controle social: Como ressaltado acima, deve ser entendido como uma parte da participação cidadã. Corresponde ao monitoramento dos poderes públicos por parte dos indivíduos, acesso público à informação e participação social na formulação de políticas públicas.

A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

As Conferências de Saúde são espaços democráticos de construção da política de Saúde. Nesse evento existe a possibilidade de manifestação direta da população, com orientações e decisões sobre os rumos da saúde no espaço territorial correspondente.

Segundo a Lei 8142/90: “A Conferência de Saúde deve reunir-se a cada quatro anos com os vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes convocada pelo poder executivo ou extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde”.

As atribuições da Conferência de Saúde são:

- ❖ Avaliar e propor diretrizes da política para o setor saúde;
- ❖ Discutir temas específicos para propor novas diretrizes da política de saúde;
- ❖ Eleger delegados para as Conferências Estaduais e Nacionais, quando for o caso;
- ❖ Eleger os membros do Conselho de Saúde de sua instância.



A organização da Conferência deve seguir os seguintes passos:

1. Estabelecimento de uma Comissão Organizadora

Essa comissão é um grupo que realiza tarefas de forma coordenada. Deverá ser responsável pela organização do evento, em todos os seus aspectos, materiais, logísticos, financeiros, de comunicação e estruturação. É importante que seja enxuta, mas que tenha representantes do segmento dos gestores/prestadores, trabalhadores e usuários. É fundamental contar com o apoio da estrutura da Secretaria da Saúde.

A Conferência deve envolver autoridades e a população. Assim, é importante incluir as seguintes representações:

Honoríficas

- ❖ Presidente de honra: Prefeito
- ❖ Presidente: Secretário de Saúde + Presidente Conselho Municipal de Saúde
- ❖ Conselho deliberativo: Secretaria de Saúde + Conselho Municipal de Saúde

Executivas

- ❖ Coordenação geral
- ❖ Coordenação executiva
- ❖ Órgão responsável pela execução
- ❖ Temática: comissão do executivo + Conselho Municipal de Saúde

Apoiadoras

- ❖ Financeira: representante do Fundo Municipal de Saúde
- ❖ Compras: representante do setor de compras
- ❖ Coordenação de mobilização: conselheiros e representantes das unidades de saúde
- ❖ Imprensa: setor de comunicação da secretaria ou da Prefeitura
- ❖ Relatoria: técnicos e representantes dos segmentos do CMS
- ❖ Conferencistas: pré-Conferências e Conferências

2. Participantes

“A representação dos usuários nos conselhos de saúde e nas Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos” – Lei 8142/90, artigo 1º, item II, § 4

Ao planejar uma Conferência, deve-se levar em conta o número de participantes dimensionados de acordo com o tamanho da população.

A divisão de vagas deve ser na mesma proporção da composição do Conselho. A paridade deve ser garantida entre os representantes dos usuários, considerando que estes devem estar representados no número que é a soma dos demais representantes do Governo, Prestadores e Profissionais de Saúde.

Nas Conferências está prevista a participação de convidados que não terão direito a voz nem a voto e não devem ser em número desproporcional com os delegados.

“As Conferências de saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo Conselho”. Lei 8142/90- idem, §5



Existem dois documentos fundamentais para a realização da Conferência. O primeiro, lançado no Edital, chamado de Regulamento, que rege os parâmetros para adesão ao evento. O segundo, específico sobre as normas de funcionamento da assembleia, na data de sua realização, chamado de Regimento Interno. Ambos devem ser feitos de comum acordo pelo Conselho Municipal de Saúde e pelo Executivo. A assembleia é soberana apenas para decidir os casos omissos, mas não cabe a ela analisar e aprovar o Regimento Interno.

3. Formato da Conferência

Dependendo da dimensão populacional do município a realização da Conferência poderá ter várias etapas:

- a) Pré-Conferências: temáticas ou por base territorial com debates e trabalho de grupo levantando problemas e propondo soluções; e
- b) Conferência

Existem alguns passos previstos para a realização do evento:

- ❖ Abertura solene
- ❖ Discussão dos problemas e soluções levantados nas pré-Conferências
- ❖ Assembleia geral, com discussão de problemas e soluções tendo como roteiro o documento tese inicial. Finalização com as Proposituras que deverão ser apreciadas pelo Conselho Municipal de Saúde e divulgadas.
- ❖ Encerramento e homenagens

4. Documento Guia

Esse documento serve para orientar e subsidiar as discussões com o “retrato da situação”. Deve conter anexos divulgados antes mesmo da Conferência, para que as discussões sejam feitas com base teórica e legal. Segue uma sugestão de textos:

- a) legislação básica: CF, Leis 8080, 8142, constituição estadual, código de saúde, lei orgânica municipal etc.
- b) dados gerais do município: dados sobre população, economia, emprego, renda, educação, saneamento, lazer etc.
- c) dados de saúde do município: situação de saúde da população, dados de produção de serviços e dados financeiros de saúde.
- d) textos selecionados da conjuntura nacional e estadual (aproveitar textos da nacional e da estadual. As Conferências Nacional e Estadual foram realizadas em 2011, cujos relatórios finais estão disponíveis).

5. Providências Estruturais

A organização desse evento inclui o estabelecimento de datas, seleção e reserva do local do evento, orçamentos, organização de acesso. Inclui outras atividades utilitárias como organização do espaço, equipamentos de sonorização, imagem, apoio ao evento e secretaria, recepção, segurança, alimentação, policiamento, sinalização, planos de emergência e urgências em saúde e limpeza. Todo evento deve ter identidade visual e material gráfico que o singularize.

Por isso é fundamental reservar e organizar antecipadamente:

- ❖ Local: para as pré-Conferências e para a Conferência e eventuais grupos;
- ❖ Alimentação;



- ❖ Apoio: equipamentos, mobiliário;
- ❖ Material: pastas, canetas, blocos, documentos, crachás;
- ❖ Pessoal de apoio;
- ❖ Conferencistas: convite, traslado, alimentação
- ❖ Cronograma

6. Providências Iniciais

O ponto de partida para uma Conferência é a publicação e ampla divulgação de Decreto ou Edital do Prefeito convocando a Conferência Municipal de Saúde, que contem o Regulamento da Conferência, com detalhamentos.

A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NOS CONSELHOS DE SAÚDE

Em razão da necessidade de aprimoramento do Controle Social da Saúde no âmbito nacional, o Conselho Nacional de Saúde editou uma Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012 que orienta a composição, organização e funcionamento dos conselhos de saúde.

A seguir, transcrevemos alguns trechos que deverão nortear a formatação e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde.

“Primeira Diretriz: o Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90”.

Os Conselhos de Saúde devem ser:

- ❖ Permanentes
- ❖ Deliberativos
- ❖ Paritários
- ❖ Propositivos
- ❖ Controladores

Para garantir esses pressupostos, segundo a Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012, na sua *“Segunda Diretriz: a instituição dos Conselhos de Saúde é estabelecida por lei federal, estadual, do Distrito Federal e municipal, obedecida a Lei no 8.142/90”.*

“Terceira Diretriz: a participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros”.

Devemos considerar que Conselhos são instâncias deliberativas que atuam na:

- ❖ formulação de estratégias
- ❖ controle da execução das políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Quanto à composição, é fundamental lembrar que o conselho deve ser paritário.



“Terceira Diretriz: ... A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados”.

O Conselho é um órgão colegiado composto por pessoas que representam diferentes grupos da sociedade:

- ❖ representantes dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde;
- ❖ representantes dos prestadores de serviço, sejam instituições privadas conveniadas ao SUS ou filantrópicas;
- ❖ representantes dos trabalhadores de saúde (sindicatos e conselhos profissionais da área de saúde);
- ❖ representantes dos usuários de saúde (associações de moradores, associações de trabalhadores, sindicatos gerais, associações de portadores de patologias etc.).

Nos Municípios onde não existem entidades, instituições e movimentos organizados em número suficiente para compor o Conselho, a eleição da representação será realizada em plenária no Município, promovida pelo Conselho Municipal de maneira ampla e democrática.

O usuário é aquele que não pode estar comprometido de forma direta ou indireta com os demais grupos (gestores, prestadores de serviço e profissionais de saúde). Não deve possuir qualquer vínculo empregatício na área de saúde.

“A representação dos usuários será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos” Lei 8142/90

“Para garantir a legitimidade de representação paritária dos usuários, é vedada a escolha de representante dos usuários que tenha vínculo, dependência econômica ou comunhão de interesse com quaisquer dos representantes dos demais segmentos do conselho” Lei Complementar nº 791, de 09 de março de 1995 – Código de Saúde – SP.

Está vetada a participação:

“Terceira Diretriz: ... VIII – A participação dos membros eleitos do Poder Legislativo, representação do Poder Judiciário e do Ministério Público, como conselheiros, não é permitida nos Conselhos de Saúde.”

Deliberações do Pleno

XII - o Pleno do Conselho de Saúde deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos. As resoluções serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-se-lhes publicidade oficial. Decorrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução e nem enviada justificativa pelo gestor ao Conselho de Saúde com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o Conselho de Saúde podem buscar a validação das resoluções, recorrendo à justiça e ao Ministério Público, quando necessário. Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012.

Funções do Conselho Municipal de Saúde

“Atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde , inclusive nos aspectos econômicos e financeiros” Lei 8142/90



Função propositiva: relação direta com o Plano de Saúde.

Função controladora: acompanhamento das ações e da utilização dos recursos. Parecer conclusivo sobre o Relatório Anual de Gestão.

Função consultiva: avaliar ou opinar sobre outras questões da saúde.

LEI COMPLEMENTAR Nº 141/2012

Essa Lei corresponde à regulamentação da Emenda Constitucional 29. Além da destinação dos percentuais mínimos de aplicação financeira dos entes federados, confere aos Conselhos papel fiscalizador e conclusivo sobre os seguintes aspectos:

Art.31. Os órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios darão ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase no que se refere a:

I - comprovação do cumprimento do disposto nesta Lei Complementar;

II - Relatório de Gestão do SUS;

III - avaliação dos Conselhos de Saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da Federação.

Parágrafo único. A transparência e a visibilidade serão asseguradas mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde”.

Outro aspecto firmado por essa Lei determina que União, Estados e municípios dêem à sociedade ampla divulgação das prestações de contas periódicas da área da saúde.

Os Conselhos de Saúde passam a avaliar as contas anuais encaminhadas pelo respectivo gestor. O fluxo e cronograma também estão previstos na Lei, cujos prazos deverão ser respeitados quanto aos Relatórios Quadrimestrais e o Relatório Anual de Gestão. Para elaboração do Relatório Anual de Gestão é obrigatória a utilização do Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão do SUS – SARGSUS (<http://www.saude.gov.br/sargsus>). Anualmente o gestor encaminhará ao Conselho a Programação Anual de Saúde, antes do encaminhamento do capítulo saúde da Proposta de Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO.

A responsabilização dos gestores e conselheiros sobre o descumprimento desse dispositivo legal passa a ter repercussões mais sérias, inclusive com as seguintes penalidades previstas:

Art. 46. As infrações dos dispositivos desta Lei Complementar serão punidas segundo o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), a Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950, o Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro de 1967, a Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992, e demais normas da legislação pertinente”.

CADASTRO DOS CONSELHOS E INCLUSÃO DIGITAL

Após apuração de denúncia sobre o não cumprimento da Lei nº 8142/90 quanto à paridade entre os membros usuários dos Conselhos em relação aos outros membros, fato que afeta grande parte dos 5.564 Conselhos Municipais de Saúde, 26 Conselhos Estaduais de Saúde e o Conselho do Distrito Federal, o Tribunal de Contas da União no Acórdão nº 1660/2011 – TCU, de 22 de março de 2011, determinou ao Ministério da Saúde que:



“1.5.1.1. estabeleça, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde e com os Conselhos Estaduais de saúde, mecanismos para identificação dos municípios que não cumprem as disposições da Lei nº 8.142/90 e Resolução/CNS nº 333/2003, no que diz respeito à composição dos Conselhos Municipais de Saúde, com vistas a viabilizar a aplicação das medidas previstas no art.4º da Lei nº 8.142/90.

1.5.1.2. abstenha-se de transferir valores aos entes da federação que não observam a paridade na composição do respectivo Conselho de Saúde, de forma a privilegiar as unidades que tenham compromisso com o efetivo controle social, consoante previsto nos incisos II e parágrafo único do art. 4º da Lei nº 8.142/90, c/c a terceira diretriz da Resolução nº 333/2003, do Conselho Nacional de Saúde.”

O Ministério da Saúde elaborou comunicação formal aos Conselhos Estaduais de Saúde e Conselhos Municipais de Saúde, em julho/2011, do inteiro teor do Acórdão.

No sentido de apoiar e monitorar a paridade, foi reformulado o Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) atrelado à implantação do Programa de Inclusão Digital – PID.

Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS

O SIACS permite que além de dados sobre a estrutura física, orçamentária e financeira dos Conselhos, seja demonstrada a paridade da composição. Este sistema, além de cadastrar os conselhos, substitui o cadastro anterior, e cumpre parte do Acórdão 1660, que determina, em seu item 1.5.1.1.: “estabeleça, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde e com os Conselhos Estaduais de saúde, mecanismos para identificação dos municípios que não cumprem as disposições da Lei nº 8.142/90 e Resolução/CNS nº 333/203, no que diz respeito à composição dos Conselhos Municipais de Saúde, com vistas a viabilizar a aplicação das medidas previstas no art.4º da Lei nº 8.142/90”.

O cadastramento no SIACS é compulsório. É um instrumento público de livre acesso a dados e informações não só do seu conselho como de todos os demais do país.

Programa de Inclusão Digital – PID.

Programa de Inclusão Digital (PID) contribui para que os conselhos de saúde utilizem a informática e a internet como ferramentas para busca de informações em saúde e para melhorar a comunicação entre conselhos e também com a sociedade. O PID foi desenvolvido pelo Conselho Nacional de Saúde em parceria com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. Esse programa está atrelado à melhoria da estruturação dos Conselhos, inclusive para acesso ao SIACS. O objetivo do PID é apropriar os conselheiros com habilidades para comunicação digital. O Programa tem três componentes: equipamentos, conectividade e formação de conselheiros. Consultem o link <http://www.conselho.saude.gov.br/pid/index.html>.

CUIDADOS PARA O BOM DESEMPENHO DO CONSELHO

Conselhos devem representar a verdadeira transparência, participação e democracia na Saúde. As pautas, decisões e encaminhamentos dos conselhos devem visar assuntos essenciais.

Os Conselhos devem trabalhar em suas missões constitucionais: cuidar do Plano de Saúde e do acompanhamento e fiscalização, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Os Conselhos, dependendo da gestão são subestimados ou superestimados, porém devem ser vistos como arenas decisórias no direcionamento das políticas públicas da saúde a favor dos interesses populares e públicos.



O desempenho inadequado ou desinteressado pode ser fruto de situações estruturais do próprio Conselho como:

- ❖ Precárias condições operacionais e de infraestrutura.
- ❖ Não exercício do seu caráter deliberativo.
- ❖ Falta de uma cultura de transparência e de difusão de informações na gestão pública.
- ❖ Baixa representatividade e legitimidade de alguns conselheiros nas relações com seus representados.

Os processos de legitimação das ações do Conselho passam por:

- ❖ Estimular a organização da sociedade para o exercício do controle social, informar ao cidadão sobre os seus direitos e deveres.
- ❖ Não considerar o Conselho apenas como exigência institucional.
- ❖ Não transformar o Conselho numa instância homologatória das decisões do gestor.
- ❖ Não assumir papel executivo – o Conselho compõe a estrutura da Secretaria da Saúde, mas não é um departamento. Os papéis estão bem definidos em toda legislação.
- ❖ Independência de opiniões, porém com busca do consenso. A sociedade organizada e representada nos Conselhos tem como finalidade direcionar, corrigir ou reformular políticas a favor dos interesses populares e/ou públicos.
- ❖ Não transformar a reunião em arena de conflitos, de impasses político-partidários ou de trampolim político.
- ❖ Educar sistematicamente para diminuir as desigualdades simbólicas, cognitivas e comunicacionais dos conselheiros.
- ❖ Alternância de representantes - Renovação inclusive nas práticas discursivas do Conselho

Cuidados para o bom desempenho do Conselho:

- ❖ Deve haver um dimensionamento das competências de fiscalização, ultrapassando o controle burocrático e administrativo envolvendo o atendimento nas unidades de Saúde.
- ❖ Abordar as questões essenciais das políticas públicas, como os cenários e necessidades de saúde, assim como os debates sobre a elaboração e resultados dos planos, programas e prioridades da área.
- ❖ Desenvolver estratégias de comunicação, integrando profissionais, serviços e usuários, compartilhando informações. Os instrumentos de escuta do usuário, tais como pesquisas de satisfação, coleta de sugestões, críticas e opiniões que devem ser analisadas e respondidas pelo gestor e pelo Conselho.

A PARTICIPAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL, SINÔNIMO DE DEMOCRACIA

A gestão pública deve estar voltada para a transparência, participação e democracia. Os Conselhos e Conferências não podem ser simulacros dos princípios constitucionais de participação, descentralização, justiça e equidade, universalização dos serviços e fortalecimento do controle social. Como arenas decisórias na intervenção da sociedade nas políticas públicas, precisam ultrapassar o formalismo, para efetivamente representar o interesse coletivo.

A participação, como processo social, transforma seus próprios agentes, amplia o poder e o acesso a direitos e em última forma, proporciona a mudança do meio em que vivem.

“A participação é um elemento essencial do desenvolvimento humano e os indivíduos desejam avanços permanentes em direção a uma participação total”. (PNUD - 1993)



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Constituição Federal 1988.

Lei Federal nº 8080/90.

Lei Federal nº 8142/90.

Constituição do Estado de São Paulo.

Lei Estadual nº 8356/93.

Lei Estadual nº. 8.983/94.

Lei Complementar nº 791/95 – Código de Saúde SP.

Resolução CNS nº 453/2012.

Carvalho, Gilson de Cássia Marques de Participação da comunidade na saúde / Gilson de Cássia Marques de Carvalho. – Passo Fundo: IFIBE; CEAP, 2007.

Funcia, F. Abordagem Geral da Lei Complementar Nº 141/12 - Seminário Nacional da Comissão de Orçamento e Financiamento – COFIN/CNS.

Jaime e Carla Pinsky, “História da cidadania”, Ed.Contexto, 2008.

PNUD – Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano. [S.l.]:[s.n.], 1993.



CAPÍTULO V

FINANCIAMENTO

Adilson Soares¹

O marco regulatório do Sistema Único de Saúde – SUS, construído a partir da Constituição Federal de 1988 – CF¹, define as bases para o seu financiamento nas três esferas de governo (União, Estados e Municípios).

O sistema de saúde brasileiro, antes da CF, era financiado majoritariamente, cerca de 80%, com recursos do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS, e com um percentual menor de recursos do Orçamento Fiscal². A CF definiu que o financiamento da saúde deve ser feito com recursos do orçamento da seguridade social e do orçamento fiscal da União, dos Estados, Distrito Federal e Municípios, além de outras fontes, esta é a regra.

A falta de definição constitucional do percentual do orçamento da seguridade social que deveria ser aplicado na saúde, levou a uma retração paulatina dos recursos desse orçamento direcionado para a saúde, potencializando as dificuldades históricas de recursos para esse setor. Esse fato, somado a não vinculação de recursos da União para a saúde e a necessidade dos gestores, principalmente dos municípios, de darem conta da demanda das ações e serviços de saúde, levou a uma recomposição dos percentuais de cada ente federado no financiamento do SUS, em prejuízo dos Estados e Municípios.

Na década de 80, no Brasil, a participação percentual da União no financiamento da saúde era significativamente maior, quando comparado com a participação de Estados e Municípios (Barros, Piola e Vianna (1996, p. 82)³. As (in)definições constitucionais, e as ações tecno-políticas no cotidiano da implantação do SUS determinaram um quadro bem diferente na realidade atual do financiamento do SUS em relação a década de 80.

Enquanto a União apresentou uma queda de 40,3% na participação do financiamento com as despesas totais com saúde no Brasil, entre 1980 e 2010 (financiava 75,0% dos gastos em 1980 e passou a financiar 44,8% em 2010), os Estados e Municípios apresentaram juntos um aumento de 120,8% (financiavam em 1980 25,0% do total das despesas com saúde e passaram a financiar em 2010, 55,2%). A recomposição dos percentuais para financiamento da saúde representou para os municípios a maior carga, sua participação no financiamento saltou de 7,2% em 1980, para 28,3% em 2010, o que representou um aumento de 393%, tabela 1.

¹ Secretaria de Estado Saúde de São Paulo/Coordenadoria de Controle de Doenças Economista - Especialista em administração, finanças e saúde pública Mestre e Doutorando em Saúde Coletiva - Departamento de Saúde Coletiva/FCM-UNICAMP.



TABELA 1. PARTICIPAÇÃO NA DESPESA COM SAÚDE SEGUNDO ESFERA DE GOVERNO, 1980-2010

Ano	União	Estados	Municípios
1980	75,0	17,8	7,2
1985	71,7	18,9	9,5
1990	72,7	15,4	11,8
1995	63,8	18,8	17,4
2000	58,5	20,3	21,2
2005	48,2	25,5	26,3
2010	44,8	26,9	28,3

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados de Barros ME, Piola SF e Vianna SM (1996) e do banco de dados do SIOPS.

Esse quadro, somado a complexidade da gestão do SUS e a ampliação das atribuições dos municípios, que passou a ser o executar de todas as ações e serviços de saúde, reforça a importância da necessidade do domínio das questões de financiamento da saúde pelos gestores.

Sem a ambição de esgotar o assunto, esse capítulo tem a pretensão de servir de guia para os gestores de saúde, abordando questões relacionadas ao financiamento do SUS que devem orientar a melhor alocação e execução dos recursos para atendimento das necessidades de saúde da população. Entende-se ainda que as questões aqui discutidas sejam de grande valor para os titulares do poder executivo, representantes do controle interno e externo do sistema de saúde, representantes da comunidade e do controle social, e demais atores envolvidos na construção do SUS.

ESTRUTURA DO SUS PARA RESPONDER AS POLÍTICAS E AO FINANCIAMENTO

Os órgãos do SUS responsáveis pela definição e execução das políticas de saúde, no âmbito federal e estadual, estão estruturados em consonância com o arcabouço do SUS no sentido de responder as suas demandas.

As políticas prioritárias para o SUS, no âmbito federal são financiadas por blocos de recursos, sendo coordenadas tanto no nível federal quanto estadual por estruturas organizacionais correspondentes e relacionadas. O quadro 1 demonstra a cargo de qual estrutura/órgão está vinculada cada política e seu respectivo bloco de financiamento.



QUADRO 1 – PRINCIPAIS POLÍTICAS E BLOCOS DE FINANCIAMENTO DO SUS

Política e Bloco de Financiamento	Conduzida/ Coordenada - Âmbito	
	Federal	Estado de São Paulo
Atenção Básica	Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção a Saúde	Coordenadoria de Regiões de Saúde
Atenção Média e Alta Complexidade	Departamento de Atenção Especializada da Secretaria de Atenção a Saúde	Coordenadoria de Regiões de Saúde Coordenadoria de Serviços de Saúde e Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde
Assistência Farmacêutica	Departamento de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos	Núcleo de Assistência Farmacêutica da Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde
Vigilância em Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA	Coordenadoria de Controle de Doenças
Gestão do SUS	Departamento de Apoio à Gestão Participativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa	Coordenadoria de Planejamento de Saúde Coordenadoria de Regiões de Saúde Coordenadoria de Recursos Humanos
Investimentos na Rede de Serviços de Saúde	Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento da Secretaria Executiva e demais Secretarias	Gabinete do Secretário e demais Coordenadorias

Fonte: Elaboração própria

MARCO REGULATÓRIO – FOCO NO FINANCIAMENTO

As definições sobre o financiamento das ações e serviços de saúde estão previstas na Constituição Federal, na Lei nº 8080⁴, na Lei nº 81425, na Emenda Constitucional nº 296 e na Lei Complementar Nº 1417, reconhecidos como documentos-base do SUS. A partir dessa base legal as normativas para implantação efetiva das políticas de saúde são definidas por meio de decretos e portarias do governo federal, complementadas e suplementadas pelos governos estaduais e municipais, sem que haja contradições com os instrumentos legais da União.

Mudanças significativas foram introduzidas no Sistema Único de Saúde, principalmente a partir de 2006 com a publicação de vários documentos normativos, a começar pela Portaria nº 399 que instituiu o Pacto pela Saúde⁸, no sentido de garantir o compromisso com a consolidação e o avanço do processo de Reforma Sanitária Brasileira.



O Pacto pela Saúde definiu as diretrizes para o financiamento do SUS, reforçando a responsabilidade das três esferas de governo no financiamento – participação tripartite.

A partir dos mecanismos de transferência na modalidade fundo a fundo entre gestores, como modalidade prioritária, e a definição de grandes blocos de financiamento, com o objetivo claro de articular políticas e programas de saúde e romper com a lógica das chamadas “caixinhas” de recursos para cada programa, estados e municípios passam a ter maior autonomia para alocação dos recursos, de acordo com as metas e prioridades estabelecidas em seus planos de saúde.

A relação de financiamento no modelo de convênios entre os gestores passa a ser vista como excepcionalidade.

Com o objetivo de consolidar o SUS, outros documentos normativos foram editados após o Pacto pela Saúde. Entre eles destacam-se:

1. Portaria GM/MS nº 3.332 – regulamentou o sistema de planejamento do SUS apontando para a necessidade de definição dos recursos para responder aos planos estaduais e municipais de saúde⁹;
2. Portaria GM/MS nº 204 – regulamentou o financiamento do SUS e definiu os componentes e as ações de cada bloco de financiamento e a impossibilidade de utilização de recursos para financiamento de algumas despesas¹⁰.
3. Portaria nº 837 – altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (Bloco VI).
4. Decreto nº 7.507 – definiu como deve se dar a movimentação de recursos federais transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios¹¹;
5. Decreto nº 7.508 – Regulamentou a Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080, e dispôs sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa¹²;
6. Lei Complementar nº 141 – definiu, entre outras coisas, quais são as ações e serviços de saúde passíveis de financiamento com recursos do SUS e os percentuais que os entes federados devem aplicar na saúde⁷.
7. Decreto nº 7.827 – Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos e dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar nº 141³⁰.

A partir do marco regulatório descrito, do ponto de vista do financiamento, podemos apresentar a estrutura atual resumida do Sistema Único de Saúde, destacando os seus principais elementos, na figura 1. Cabe ressaltar que em um sistema em constante aprimoramento, como é o caso do SUS, discussões cotidianas envolvendo os atores responsáveis pelas definições políticas do sistema, produzem alterações em sua estrutura. O SUS experimenta, nesse momento, grandes transformações com a implementação dos dispositivos introduzidos pela edição do Decreto 7.508.



FIGURA 1. ESTRUTURA RESUMIDA DO SUS



Fonte: Elaboração própria

O arcabouço definido para a gestão do SUS buscou articular os instrumentos de planejamento e programação de ações e serviços de saúde, com os instrumentos de planejamento e programação orçamentária e financeira.

O Plano Plurianual – PPA, previsto no artigo 165 da CF, deve ser elaborado levando em consideração as demandas setoriais de todas as áreas, em cada nível de governo, e nele devem estar contidas as demandas do campo da saúde consubstanciadas no Plano de Saúde – PS.

A Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO deve contemplar as grandes linhas que serão observadas para a construção do orçamento do ano, assim como as questões da saúde definidas no Plano Anual de Saúde – PAS, que também embasará a elaboração do Orçamento Programa Anual – OPA.

A execução do orçamento anual, aprovado pelo poder legislativo (Lei Orçamentária Anual – LOA), deve respeitar o estritamente planejado no PS e PPA para quatro anos, e no PAS para o ano.

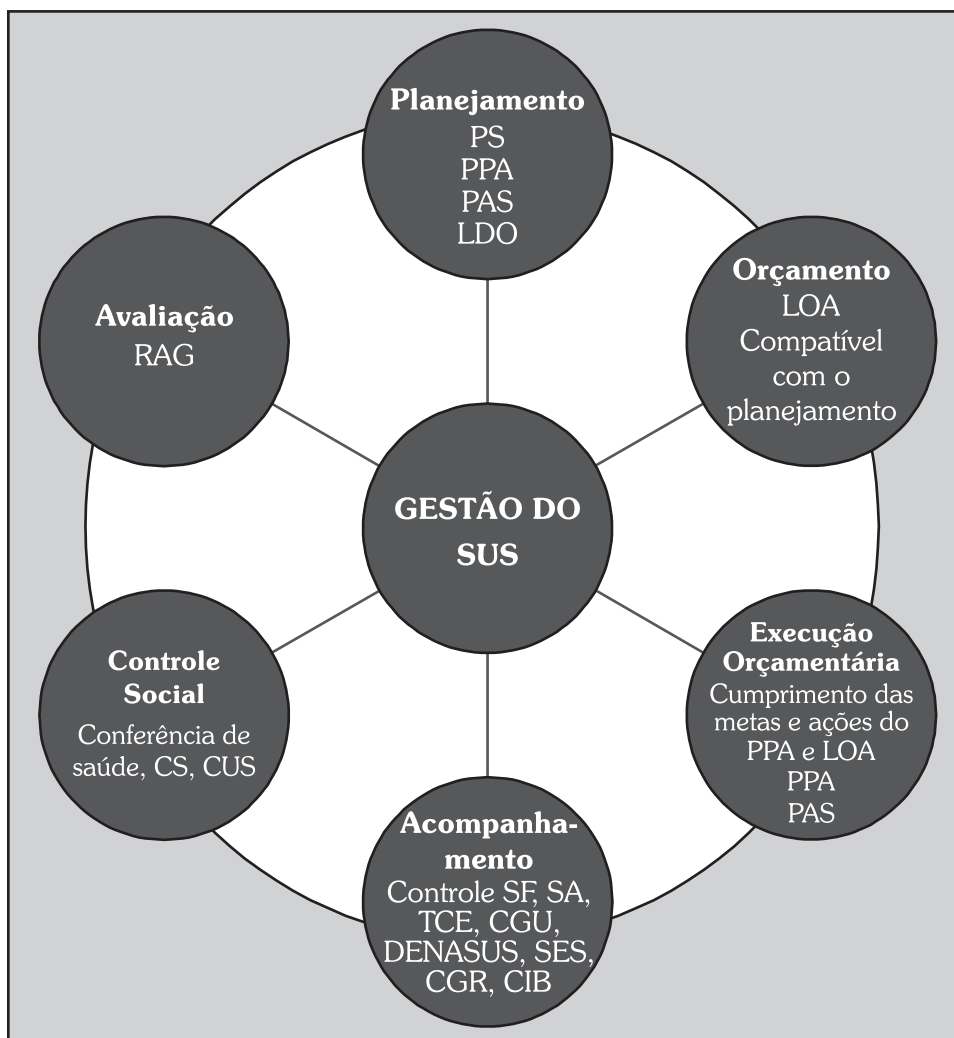
O controle interno da gestão é de responsabilidade dos órgãos de administração, planejamento e finanças no âmbito de cada ente federado (ministérios, secretarias ou departamentos), enquanto o controle externo é exercido pelos Tribunais de Contas e pela Controladoria Geral da União – CGU. O monitoramento, controle, avaliação e as definições políticas do SUS são atribuições do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde, das Secretarias Municipais de Saúde, das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite, dos Colegiados de Gestão Regional e das Comissões Intergestoras Regionais.

A participação social é garantida no SUS da seguinte forma:

- ❖ Nas Conferências de saúde – momento em que são definidas as grandes políticas de saúde em cada âmbito de gestão;
- ❖ Nos Conselhos de Saúde (Municipal, Estadual e Nacional), e no âmbito dos Conselhos Gestores de Unidade – por meio da participação dos conselheiros no planejamento da política, controle da execução das ações e recursos, e na atuação cotidiana no âmbito das unidades de saúde.



FIGURA 2. CICLO DE GESTÃO DO SUS



A avaliação da execução do plano de saúde é feita por meio da elaboração de Relatório Anual de Gestão – RAG, que define a correção de rumos do PS. A figura 2 resume o ciclo de gestão do SUS.

FONTES DE FINANCIAMENTO DO SUS

Além dos recursos próprios do tesouro dos entes federados para o financiamento das ações e serviços de saúde do SUS, há outras fontes e possibilidades de financiamento como, por exemplo: os recursos regulares transferidos pela União, por meio do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Estes recursos, destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, são transferidos em blocos diretamente aos fundos de saúde para financiamento de ações e serviços específicos definidos em cada transferência. Os recursos que compõem cada bloco de financiamento são transferidos na modalidade fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco²⁷, e devem ser aplicados exclusivamente em



ações e serviços de saúde conforme o bloco em que se enquadre. Cada bloco é subdividido em componentes e ações. Os blocos de financiamento do SUS são:

QUADRO 2. BLOCOS DE FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUS

Nome do Bloco de financiamento	Denominação da conta
Atenção Básica	BLATB
Atenção de Média e Alta Complexidade	BLMAC
Vigilância em Saúde	BLAFB
Assistência Farmacêutica – Componente Básico e Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional	BLMEX
Gestão do SUS	BLGES
Investimentos na Rede de Serviços de Saúde	BLINV

Fonte: Elaboração própria

Cabe destacar que é vedada a utilização dos recursos referentes aos blocos de financiamento para pagamento de:

- I – servidores inativos;
- II – servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde;
- III – gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde;
- IV – pagamento de assessorias/consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio município ou do Estado;
- V – obras de construções novas, exceto as que se referem às reformas e adequações de imóveis já existentes, utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde¹⁰, conforme previsto na Portaria nº 204, deve ser observado o previsto na Portaria nº 837 no que se refere a novos investimentos.

A Portaria nº 204 prevê ainda que os recursos relativos as receitas das unidades próprias possam ser aplicados em ações e serviços de todos os Blocos, mantidas as restrições de utilização de recursos descritas, principalmente, nos itens I e IV.

Além das transferências regulares, descritas acima, projetos, ações específicas e emendas parlamentares, no âmbito federal, podem ser financiados, via transferência voluntária, por meio de convênios.

Conforme a Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei 101/2000)¹³ entende-se por transferência voluntária “a entrega de recursos correntes ou de capital a outro ente da Federação, a título de cooperação, auxílio ou assistência financeira, que não decorra de determinação constitucional, legal ou os destinados ao Sistema Único de Saúde.”¹⁴

Os proponentes podem realizar o cadastro de suas propostas no sítio do Fundo Nacional de Saúde (www.fns.saude.gov.br), onde pode ser acessada a “Cartilha para apresentação de propostas no Ministério da Saúde”¹⁵.



No âmbito do Estado de São Paulo além dos investimentos diretos; realizados em todo o território estadual, com serviços de assistência a saúde ambulatorial e hospitalar, aquisição e distribuição de medicamentos, vacinas, hemoderivados, insumos, e ações e serviços de Vigilância a Saúde – que engloba a promoção, prevenção, controle de endemias, exames laboratoriais de saúde pública, vigilância sanitária e epidemiológica - a Secretaria de Saúde realiza investimentos e transferência voluntária^{16,17} de recursos em programas prioritários, tais como:

- ✓ QualisMais – Incentivo à Estratégia Saúde da Família – busca aperfeiçoar a atenção básica em saúde no Estado de São Paulo, por meio do repasse de recursos aos municípios para despesas de custeio¹⁸;
- ✓ Qualis UBS – Incentivo financeiro as Unidades Básicas de Saúde (UBS) – provendo infraestrutura adequada às equipes de Atenção Básica, por meio de repasse de recursos de investimento para aquisição de equipamentos, mobiliários e instrumentais visando a padronização da estrutura física, e informatização das UBS dos municípios do Estado, além da implantação da Política de transporte sanitário, com financiamento a ser pactuado na CIB.¹⁹;
- ✓ Além das transferências realizadas através do QualisMais e QualisUBS, há uma proposta de participação permanente da SES no custeio das ações de Atenção Básica para TODOS os municípios, com valores diferenciados a partir de critérios pactuados na CIB, respeitando o princípio de equidade. A proposta tem o objetivo de instituir recurso destinado ao custeio da atenção básica, para todos os municípios do Estado, na modalidade fundo a fundo, a serem transferidos mensalmente, em valores que deverão ser revistos anualmente, respeitando critérios de equidade pactuados na CIB, a partir de 2012. Os recursos previstos, a partir de 2013 serão pactuados no âmbito da CIB em proposição crescente³¹.
- ✓ Programa “Sorria São Paulo” – Incentivo financeiro aos municípios – objetiva informar, orientar e dar assistência a população sobre hábitos de higiene bucal, por meio do repasse de recursos de custeio para a manutenção da unidade, compra de insumos, pagamento de serviços, etc.^{20,21};
- ✓ Programa Tuberculose – Incentivo financeiro aos municípios - objetiva a redução dos casos de tuberculose, por meio do repasse de recursos de custeio para cada paciente bacilífero notificado e curado²²;
- ✓ Programa Pró-Santa Casa – Incentivo financeiro às entidades filantrópicas – objetiva apoiar financeiramente instituições filantrópicas responsáveis por serviços de saúde de referência regional do SUS.

SUSPENSÃO DE REPASSE DE RECURSOS FEDERAIS NO ÂMBITO DO SUS

As transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde para os Estados, Distrito Federal e Municípios serão suspensas nas seguintes situações:

1. Bloco da Atenção Básica – Por falta de alimentação dos bancos de dados específicos da atenção básica, por irregularidades no cadastro de profissionais no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES e por incompatibilidades entre as informações inseridas nos sistemas e os dados locais obtidos através de auditorias;
2. Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – Por falta de alimentação dos bancos de dados do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA, Sistema de Informação Hospitalar – SIH e SCNES e quando não houver o pagamento aos prestadores de serviços públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais, até o quinto dia útil, após o Ministério da Saúde creditar na conta bancária do Fundo de Saúde Estadual/Distrito



- Federal/Municipal, excetuando-se as situações excepcionais devidamente justificadas;
3. Bloco de Vigilância em Saúde – Com relação ao Componente de Vigilância e Promoção da Saúde quando constatado falta de alimentação dos bancos de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, do Sistema de Informações de Nascidos Vivos – SINASC, do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, por 2 (dois) meses consecutivos. No caso do Componente Vigilância Sanitária - VISA por falta de cadastro dos serviços de VISA no SCNES e por falta de preenchimento mensal da Tabela de Procedimentos de VISA no SIA-SUS por 2 (dois) meses consecutivos.
 4. Bloco da Assistência Farmacêutica – Ao serem constatadas, por meio de auditorias dos órgãos de controle interno e externo, irregularidades na utilização dos recursos, e/ou não aplicação dos valores mínimos de contrapartida devidos e pactuados;
 5. Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde, – na verificação da ocorrência de impropriedades e/ou irregularidades na execução dos projetos;
 6. Todos os blocos – Quando da indicação de suspensão decorrente de relatório da auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional do sistema de auditoria, respeitado o prazo de defesa do Estado, do Distrito Federal ou do Município envolvido, para o bloco de financiamento correspondente à ação da Auditoria.

FUNDO DE SAÚDE: NATUREZA, GESTÃO, CONTROLE E EXECUÇÃO DOS RECURSOS

Os Fundos Especiais de Despesa, como é o caso do Fundo de Saúde, constituem uma conta especial para realização de uma atividade prioritária de governo. Todos os compromissos e obrigações assumidos com os recursos nele disponíveis são de responsabilidade do ente federado e do gestor de saúde.

O Fundo de Saúde é o principal instrumento de canalização e gestão dos recursos financeiros do SUS, e tem como principais finalidades:

- ✓ Facilitar a transferência de recursos entre esferas de governo;
- ✓ Permitir maior flexibilidade e autonomia de gestão dos recursos pelos órgãos responsáveis pelo setor saúde em cada ente federado (Ministério, Secretarias, Departamentos de Saúde);
- ✓ Propiciar maior racionalidade na alocação e gestão dos recursos da saúde.
- ✓ Garantir que os recursos do setor saúde sejam aplicados **exclusivamente** em ações e serviços de saúde, de acordo com o definido na Resolução nº 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde²⁶, e mais recentemente na Lei Complementar nº 141⁷;
- ✓ Permitir maior transparência na execução dos recursos públicos;
- ✓ Facilitar o controle social;
- ✓ Auxiliar na prestação de contas inserida anualmente no Relatório Anual de Gestão – RAG, assim como no planejamento das ações a serem descritas e relacionadas no Plano Anual de Saúde – PAS.

Os Fundos de Saúde se constituem em uma conta especial vinculada ao setor da saúde, em cada esfera de governo, para onde devem ser canalizados todos os recursos financeiros destinados a financiar as ações e serviços de saúde, qualquer que seja sua fonte.

Nos instrumentos de planejamento e execução orçamentária e financeira dos entes federados, o Fundo de Saúde deve estar vinculado ao setor saúde como unidade orçamentária



e gestora (Lei nº 141) dos seus recursos, e deve aparecer na estrutura institucional, funcional e programática, relacionado a um órgão de governo (Ministério, Secretaria ou Departamento de Saúde) existente na estrutura da Administração Pública.

“Os recursos financeiros dos Fundos de Saúde devem ser escriturados separadamente do caixa geral, assim como determina o inciso I do artigo 50, da Lei de Responsabilidade Fiscal¹³. A transferência dos recursos próprios do caixa geral dos entes federados para os fundos de saúde, de acordo com o estabelecido pela Emenda Constitucional nº 29⁶ e sua regulamentação pela Lei Complementar nº 141⁷, deve acontecer mediante simples repasse de tesouraria, da conta bancária central para a conta vinculada do Fundo.”

Para receber os recursos do SUS os entes federados devem manter contas bancárias em instituições financeiras autorizadas pelo Fundo Nacional de Saúde, sob o controle orçamentário e financeiro do Fundo²⁷:

- a) no Banco do Brasil S/A ou;
- b) na Caixa Econômica Federal;
- c) em outra instituição financeira oficial, inclusive de caráter regional; e
- d) em instituição financeira submetida a processo de desestatização, ou, ainda, naquela adquirente de seu controle acionário.

Constituem-se despesas do fundo de saúde os gastos diretos e indiretos com saúde, financiamento de programas de saúde; salários, gratificações e encargos; serviços, pagamento de contratos e convênios; obras, equipamentos e instrumental; material de consumo, desenvolvimento de recursos humanos, entre outras. O pagamento dessas despesas, segundo o artigo 5.º da Lei 8.666²⁸, deve obedecer a uma ordem cronológica de pagamentos. O instituto da ordem cronológica de pagamentos tem como marco divisor a “fonte diferenciada de recursos”.

Fonte de recursos tem a ver com o destino do dinheiro público. **Vinculado** é o recurso “carimbado”, atrelado a certos programas governamentais. É o caso dos convênios financiados por transferências voluntárias da União ou do Estado. A finalidade é sempre determinada e precisa. Recursos **não vinculados** são os demais recursos orçamentários, de aplicação inespecífica; sua origem perde identidade ao diluir-se no caixa geral do ente federado.

Dessa forma, os fundos de saúde se constituem como fonte diferenciada de recursos com programação própria de desembolsos. O ordenador da despesa dos fundos não pode ser o mesmo agente público que determina os demais pagamentos do nível de cada ente federado²⁹.

O FINANCIAMENTO DO SUS E O CONTROLE SOCIAL

Alem dos órgãos de controle interno e externo da administração pública (Secretarias, Tribunais de Contas, Controladorias, Procuradorias, Poder Legislativo, etc.), o SUS possibilita a participação da comunidade e controle social, previsto na Constituição Federal, por meio dos Conselhos de Saúde. A Lei Complementar 141, entre outras, define quais documentos e tipos de relatórios, assim como os períodos, que os gestores dos entes federados devem submeter para aprovação do respectivo Conselho.

Para a atuação do controle social é fundamental que se defina claramente, no documento de criação e funcionamento dos fundos, as competências e atribuições do órgão de saúde, quanto às questões relativas à administração e finanças públicas no nível de cada ente federado, haja vista que a legislação do SUS estabelece que a gestão do fundo e seus recursos cabem ao setor saúde.



PRESTAÇÃO DE CONTAS

1. É necessário prestar contas dos recursos recebidos do SUS?

SIM. O SUS atualmente privilegia a apresentação anual da situação de saúde de cada ente federado, por meio do Relatório Anual de Gestão – RAG, que busca articular a execução dos recursos com cumprimento das metas pactuadas e a melhoria dos indicadores de saúde. O RAG é o instrumento que congrega as informações da programação, articulada com os recursos aplicados. Atualmente, os gestores apresentam a prestação de contas de diversas formas a diversas instituições, mas esse instrumento, o RAG, tende a ser o documento oficial da chamada prestação de contas do SUS. Além do RAG, os Relatórios Quadrimestrais previstos no Art. 36, da Lei Federal Complementar nº 141, devem ser apresentados em audiência pública, na Casa Legislativa e no Conselho de Saúde.

2. O que é o SIOPS?

A implantação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde/SIOPS teve origem no Conselho Nacional de Saúde em 1993, tendo sido considerado relevante pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão – PFDC – quando da instalação dos Inquéritos Cíveis Públicos nº 001/ 94 e 002/94 sobre o funcionamento e financiamento do SUS.

Em 30 de abril de 1999, foi assinada a Portaria Interministerial nº 529 pelo Ministro da Saúde e pelo Procurador Geral da República, designando uma equipe para desenvolver o projeto de implantação do SIOPS.

O SIOPS foi institucionalizado, no âmbito do Ministério da Saúde, com a publicação da Portaria Conjunta MS/ Procuradoria Geral da República nº 1163, de 11 de outubro de 2000, posteriormente retificada pela Portaria Interministerial nº 446, de 16 de março de 2004, sendo, atualmente, coordenado pela Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento/AESD, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

O banco de dados do SIOPS é alimentado pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, através do preenchimento de dados em software desenvolvido pelo DATASUS/MS, que tem por objetivo apurar as receitas totais e os gastos em ações e serviços públicos de saúde.

O preenchimento de dados do SIOPS tem natureza declaratória e busca manter compatibilidade com as informações contábeis, geradas e mantidas pelos Estados e Municípios, e conformidade com a codificação de classificação de receitas e despesas, definidas em portarias pela Secretaria do Tesouro Nacional/MF.

As informações prestadas ao SIOPS são provenientes do setor responsável pela contabilidade do Ente federado, podendo-se utilizar, para o preenchimento do SIOPS, dos dados contábeis ou as informações dos relatórios e demonstrativos de execução orçamentária e financeira dos governos estaduais e municipais. Tais informações são inseridas no sistema e transmitidas eletronicamente, através da internet, para o banco de dados da DATASUS/MS, gerando indicadores, de forma automática, a partir das informações declaradas.

A partir da edição da Lei Complementar Federal 141/2012, o preenchimento do SIOPS passa a ser obrigatoriamente bimestral, sendo a fonte de verificação por todos os órgãos de controle interno e externo do SUS (Ministério da Saúde, Conselhos, Tribunais de Conta) do cumprimento dos recursos aplicados em saúde conforme regulamentado nesta Lei.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=102408>. Acessado em: 27/09/2012.
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS 20 anos. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009. 282 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_20_anos_conass_2009.pdf. Acessado em [11/10/2012].
3. Barros ME; Piola SF; Vianna SM. Política de Saúde no Brasil: Diagnóstico e Perspectivas. Rio de Janeiro, fevereiro de 1996. IPEA texto para discussão n° 401. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_401.pdf. Acessado em [11/10/2012].
4. Brasil. Lei n° 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 20 de setembro de 1990; p. 18055:1.
5. Brasil. Lei n° 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 31 de dezembro de 1990; Seção 1; p. 25694.
6. Brasil. Constituição (1998). Emenda constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União 14 de setembro de 2000; Seção 1, p. 1.
7. Brasil. Lei Complementar n° 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis n°s 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União 16 de janeiro de 2012; Seção 1, p.1.
8. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n° 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União 23 de fevereiro de 2006; Seção 1, p.43-51.
9. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n° 3332, de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Diário Oficial da União 29 de dezembro de 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pt3332_instrumentos_planejasus.pdf. Acessado em: [10 de outubro de 2012]
10. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n° 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial da União 30 de janeiro de 2007. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-204.htm>. Acessado em: [04 de outubro de 2012]
11. Brasil. Decreto n° 7.507, de 27 de junho de 2011. Dispõe sobre a movimentação de recursos federais transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, em decorrência das leis citadas. Diário Oficial da União 28 de junho de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7507.htm. Acessado em: [05 de outubro de 2012]



12. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União 29 de junho de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acessado em: [04 de outubro de 2012]
13. Brasil. Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Diário Oficial da União 05 de maio de 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm. Acessado em: [10 de outubro de 2012]
14. Brasil. Secretaria do Tesouro Nacional. Estados e Municípios. Transferências voluntárias. Disponível em: http://www.stn.fazenda.gov.br/estados_municipios/transferencias_voluntarias.asp. Acessado em [10 de outubro de 2012].
15. Brasil. Fundo Nacional de Saúde. Cartilha para apresentação de propostas no Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.fns.saude.gov.br/documentos/cartilha.pdf>. Acessado em: [10 de outubro de 2012].
16. Estado de São Paulo. Decreto Estadual 53.019, de 20 de maio de 2008. Regulamenta a transferência de recursos financeiros, de forma direta e regular, do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, destinados ao financiamento das ações e serviços de saúde realizados no âmbito da atenção básica, componentes de programas e estratégias do Sistema Único de Saúde no Estado - SUS/SP. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsesp/bibliote/informe_eletronico/2008/iels.maio.08/iels94/E_DC-53019_200508.pdf. Acessado em: [09 de outubro de 2012]
17. Estado de São Paulo. Resolução SS - 55, de 21 de maio de 2008. Estabelece condições para efetivar a modalidade de transferência voluntária de recursos do Fundo Estadual de Saúde para Fundos Municipais de Saúde, objetivando sua utilização em projetos e programas municipais de saúde, do Sistema Único de Saúde - SUS no Estado de São Paulo. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsesp/bibliote/informe_eletronico/2008/iels.maio.08/iels95/E_RS-55_210508.pdf. Acessado em: [08 de outubro de 2012]
18. Estado de São Paulo. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. Deliberação CIB - 43, de 15 de junho de 2012. A Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições, em reunião realizada em 24/05/2012, aprova a inclusão de novos municípios e os respectivos valores do Programa Qualis Mais 2012 e os municípios a serem contemplados com o incentivo de Compensação de Especificidades Regionais – CER 2012. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsesp/bibliote/informe_eletronico/2012/iels.jun.12/iels113/E_DL-CIB-43_150612.pdf. Acessado em: [08 de outubro de 2012]
19. Estado de São Paulo. Secretaria da Saúde. Resolução SS – 68, de 18 de junho de 2012. Institui a Política de apoio a adequação das Unidades Básicas de Saúde através do Programa “Qualis- UBS” e habilita municípios a receberem recursos para a aquisição de equipamentos, mobiliários e instrumentais para equipar as salas das Unidades Básicas de Saúde e dá outras providências. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsesp/bibliote/informe_eletronico/2012/iels.jun.12/iels114/E_R-SS-68_180612.pdf. Acessado em: [28 de setembro de 2012]
20. Estado de São Paulo. Secretaria da Saúde. Lei nº 10.771, de 21 de fevereiro de 2001. Autoriza o Poder Executivo a instituir o “Programa Sorria São Paulo” e dá outras providências. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2001/lei%20n.10.771,%20de%2021.02.2001.htm>. Acessado em: [03 de outubro de 2012]
21. Estado de São Paulo. Secretaria da Saúde. Resolução SS – 21, de 14 de março de 2012. Estabelece a transferência, mediante adesão, de recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, referentes ao Programa “Sorria São Paulo”. Disponível em: http://www.imprensaoficial.sp.gov.br/?link=1/2012/executivo%2520secao%2520i/marco/15/pag_0049_5J. Acessado em: [09 de outubro de 2012]



22. Estado de São Paulo. Secretaria da Saúde. Resolução SS – 68, de 04 de maio de 2010. Estabelece a transferência, mediante adesão, de recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, referentes ao Programa de Controle da Tuberculose. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2010/iels.mai.10/iels84/E_RS-SS-68_040510.pdf. Acessado em: [10 de outubro de 2012]
23. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1602, de 9 de julho de 2011 Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB), para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/sas/108733-1602.html>. Acessado em: [02 de outubro de 2012]
24. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 953, de 15 de maio de 2012 Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB), para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0953_15_05_2012.html. Acessado em: [01 de outubro de 2012]
25. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 4217, de 28 de dezembro de 2010 Aprova as normas de financiamento e execução do componente básico da assistência farmacêutica. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/106972-4217.html>. Acessado em: [05 de outubro de 2012]
26. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 322/2003, de 8 de maio de 2003. Aprovar diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000: Da base de cálculo para definição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde. Disponível em: http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude/resolucoes/resolucao_cns_322.2003. Acessado em: [04 de outubro de 2012]
27. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2485, de 21 de outubro de 2009. Organiza as nomenclaturas das contas correntes referentes aos recursos federais a serem transferidos na modalidade, fundo a fundo, aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal em conta específica por bloco de financiamento. Disponível em: <http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/100963-2485>. Acessado em: [09 de outubro de 2012]
28. Brasil. Lei nº 8666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Diário Oficial da União 06 de julho de 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8666cons.htm. Acessado em: [08 de outubro de 2012]
29. Estado de São Paulo. Tribunal de Contas do Estado. Resolução nº 2/2002 e TCA nº 34.554/026/02, de 18 de dezembro de 2002. Disponível em: http://www.fmb.unesp.br/financas/docs/Resolucao_02_2002_instrucoes_02_2002.pdf. Acessado em: [10 de outubro de 2012]
30. Brasil. Decreto nº 7.827 - Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos e dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar nº 141.
31. Estado de São Paulo. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB 34/2012 de 25 de maio de 2012.
32. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS n. 837, de 23 de abril de 2009. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria n. 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0837_23_04_2009.html. Acessado em: [04 de outubro de 2012].



CAPÍTULO VI

PLANEJAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Neste Capítulo disponibiliza-se à consulta dos gestores municipais os caminhos para o planejamento municipal e regional da saúde e relações com o planejamento estadual da saúde. Para tanto utilizaremos documentos oficiais do Ministério da Saúde sobre planejamento do Sistema Único de Saúde e as linhas gerais do Plano Estadual de Saúde.

VI.1 - DOCUMENTO DE PLANEJAMENTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – DIRETRIZES PARA O PROCESSO DE PLANEJAMENTO NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) configura-se como responsabilidade dos entes públicos, sendo desenvolvido de forma contínua, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de governo, de modo a conferir direcionalidade à gestão pública da saúde.

Pressupõe que cada ente federado realize o seu planejamento considerando as especificidades do território; as necessidades de saúde da população; a definição de diretrizes, objetivos e metas a serem alcançadas mediante ações e serviços programados pelos entes federados; a conformação das redes de atenção à saúde, contribuindo para melhoria da qualidade do SUS e impactando na condição de saúde da população brasileira.

A Lei 8080/90 e sua regulamentação, instituída no Decreto 7508/2011, estabelecem que o planejamento da saúde é ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde.

Os Planos de Saúde são resultantes do processo de planejamento integrado dos entes federativos, devem conter as metas da saúde e constituem a base para as programações de cada esfera de governo, com o seu financiamento previsto na proposta orçamentária. Nesse sentido, orientam a elaboração do Plano Plurianual e suas respectivas Leis Orçamentárias, compatibilizando as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

A edição do Decreto 7508/2011 e da LC 141/2012 colocam o planejamento da saúde na centralidade da agenda da gestão, ao tempo em que introduz significativas mudanças na estrutura organizativa do SUS, apontado a necessidade de fomento à cultura de planejamento da saúde; de modelagem do processo de planejamento da saúde integrado; de reordenamento dos instrumentos de planejamento e gestão, atualmente vigentes; e de reformulação da programação das ações e serviços de saúde, dentre outros.

O presente documento reúne informações sobre o planejamento da saúde, abordando: (i) os pressupostos a serem considerados no planejamento da saúde; (ii) os instrumentos e suas interações – plano de saúde e suas programações e relatório de gestão; (iii) mapa da saúde e correlação com o planejamento e o COAP; e (iv) modelagem do planejamento integrado da saúde.



1. PRESSUPOSTOS PARA O PLANEJAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

- a) O planejamento no âmbito do SUS é desenvolvido de forma contínua, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de governo. Configura-se como responsabilidade dos entes federados, contempla o monitoramento e a avaliação e integra o ciclo de gestão do sistema.
- b) O processo ascendente e integrado de formulação do planejamento da saúde busca incluir a problemática local e as necessidades de saúde suscitadas no município no planejamento do sistema. Nesse sentido, a elaboração dos Planos de Saúde Nacional, Estadual e Municipal ocorre mediante processo que possibilita a interação entre as esferas de governo, contemplando momentos de diálogo entre os entes, escuta das realidades e demandas municipais, regionais e estaduais, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico da população e a organização das ações e dos serviços de saúde, em cada jurisdição administrativa e nas regiões de saúde.
- c) A elaboração dos Planos de Saúde Nacional, Estadual e Municipal observa as Diretrizes estabelecidas pelos Conselhos de Saúde. Os Planos de Saúde Estadual e Municipal contemplam ainda diretrizes que expressam as especificidades e particularidades dos territórios municipal e estadual. Do processo das pactuações intermunicipais resulta o Planejamento Regional da Saúde, que estará expresso nos Planos de Saúde de cada ente federado e no COAP.
- d) Compete aos gestores federal, estadual e municipal, em seu âmbito administrativo, formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento da saúde integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades de saúde, constituindo as diretrizes, os objetivos e as metas para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde, construindo nesse processo, respectivamente, os Planos de Saúde e as Programações Anuais de Saúde e submetendo-os à apreciação pelo respectivo Conselho de Saúde.
- e) O Plano de Saúde e a respectiva Programação Anual de Saúde, a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde, o Relatório Detalhado e o Relatório de Gestão são instrumentos do planejamento do SUS, e devem ser compatíveis com os instrumentos de planejamento do governo, em cada esfera de gestão, quais sejam: Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual.
- f) O planejamento da saúde deve compatibilizar, no âmbito dos planos de saúde, as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade orçamentária dos recursos.
- g) O planejamento da saúde considera os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais comporão o Mapa da Saúde municipal, regional, estadual e nacional.
- h) As necessidades de saúde da população são base para o planejamento e identificadas por meio de critérios epidemiológicos, demográficos, sócio-econômicos, culturais, cobertura de serviços, entre outros, como também, levando em consideração a escuta das comunidades.
- i) As necessidades de saúde orientam a decisão dos gestores na definição das intervenções prioritárias no território, expressas em diretrizes, objetivos e metas da saúde; na Programação Anual de Saúde; e na conformação das redes de atenção à saúde.
- j) O planejamento da saúde integrado implica na discussão permanente da política de saúde e sua execução nas Comissões Intergestores – CIT, CIB e CIR. Parte do reconhecimento da região de saúde como território para a identificação das necessidades de saúde da população, a coordenação interfederativa, a organização das ações e serviços de saúde em redes de atenção e para a alocação dos recursos de custeio e investimentos.



- k) A produção resultante do processo de planejamento da saúde integrado, realizado no âmbito da região de saúde, compõe o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) e expressa:
- a identificação das necessidades de saúde da população da região e a análise da situação de saúde desse território;
 - as diretrizes, os objetivos plurianuais e as metas anuais para a região, bem como os prazos de execução, indicadores, responsabilidades dos entes federados;
 - a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde, incluindo nesta os componentes de promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde, (assistência, vigilância em saúde – epidemiológica, sanitária e ambiental – e assistência farmacêutica), conforme disposto na RENASES e RENAME.
- l) As Comissões Intergestores Regionais devem adotar uma organização para o processo de planejamento integrado, realizado no âmbito regional, por meio de Câmara Técnica permanente, bem como definir metodologia que seja aplicável à realidade regional e que permita o acompanhamento permanente do COAP nessas Comissões.
- m) A participação social é elemento essencial à interação entre o Estado e o cidadão e deve ser observada no processo de planejamento, inclusive em âmbito regional, neste caso, por meio de estímulo à realização de plenárias de conselhos de saúde e de fóruns de conselheiros de saúde.
- n) A transparência e visibilidade da gestão da saúde devem ser asseguradas de modo a viabilizar as ações de fiscalização, avaliação e controle.

2. INSTRUMENTOS DO PLANEJAMENTO DA SAÚDE

2.1. Plano de Saúde

O Plano de Saúde é o instrumento que, a partir de uma análise situacional, reflete as necessidades de saúde da população e apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em diretrizes, objetivos e metas. Configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e o exercício da gestão do sistema de saúde, em cada esfera de governo.

É a expressão das políticas e dos compromissos de saúde numa determinada esfera de governo, sendo elaborado no primeiro ano da gestão em curso, com execução a partir do segundo da gestão em curso ao primeiro ano da gestão subsequente.

O Plano de Saúde, em cada esfera de governo, contempla as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde e aquelas afetas às especificidades de cada território. O seu conteúdo reflete as necessidades de saúde da população e os componentes de promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde (assistência, vigilância em saúde – epidemiológica, sanitária e ambiental – e assistência farmacêutica).

O processo de elaboração do Plano de Saúde compreende um momento de (i) identificação das necessidades de saúde e de análise situacional, e um de (ii) definição de diretrizes, objetivos e metas para o período de quatro anos. Nesse último, são consideradas: as condições de saúde da população e explicitados os compromissos e responsabilidades exclusivas do setor saúde; os determinantes e condicionantes de saúde, onde constam as medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores (intersectorialidade); e a gestão em saúde, com as respectivas medidas de seu aperfeiçoamento. Os Planos Estaduais de Saúde explicitam ainda a metodologia de alocação de recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos municípios,



pactuadas pelos gestores estaduais e municipais, nas CIB, e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde (141 art. 19 § 1º).

2.2. Programação Anual de Saúde

As ações, os recursos financeiros e outros elementos que dão consequência prática ao Plano de Saúde são objeto de explicitação de sua Programação Anual de Saúde, onde são detalhadas as ações e serviços, as metas anuais, os indicadores e os recursos orçamentários que operacionalizam o Plano naquele ano específico. Sua elaboração inicia no ano em curso, para execução no ano subsequente, coincidindo com o período definido para o exercício orçamentário e a Lei Orçamentária Anual.

A Programação Anual de Saúde contém, de forma sistematizada, as ações que contribuem para o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde; as metas anuais para cada ação definida; os indicadores utilizados no monitoramento e na avaliação da Programação; e os recursos orçamentários necessários ao seu cumprimento.

Na Programação Anual de Saúde é definida a totalidade das ações e serviços de saúde, nos seus componentes de gestão e de atenção à saúde, neste último incluída a promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde, conforme disposto na RENASES e RENAME.

2.3. Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde

A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde é um processo de negociação e pactuação entre os gestores em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos, no âmbito regional, a fim de contemplar os objetivos e metas estabelecidos no Planejamento Integrado da Saúde, bem como os fluxos de referência para sua execução. Abrange as ações de assistência a saúde, de promoção, de vigilância (sanitária, epidemiológica e ambiental) e de assistência farmacêutica, constantes da RENASES e RENAME. A partir desse processo ocorre a identificação e priorização de investimentos necessários para a conformação da Rede de Atenção à Saúde.

A elaboração da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde deve ocorrer nas regiões de saúde, como atribuição das Comissões Intergestores Regionais, sendo necessária a harmonização dos compromissos e metas regionais no âmbito do Estado, em um processo coordenado pelas Secretarias Estaduais de Saúde e pactuado nas Comissões Intergestores Bipartite. Assim, a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde desenvolvida no âmbito das regiões e integrada em âmbito estadual, contribui para a conformação e organização da rede de atenção à saúde.

A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde compõe o Anexo II do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.

2.4. Relatório Detalhado

O Relatório Detalhado é o instrumento de prestação de contas do gestor do SUS referente a cada quadrimestre, que contém: (i) o montante e fonte dos recursos aplicados no período; (ii) as auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações; (iii) a oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

O Relatório Detalhado tem modelo o padronizado, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e é de apresentação obrigatória em audiência pública da Casa Legislativa do res-



pectivo ente da Federação, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro. Municípios com população inferior a 50.000 (cinquenta mil habitantes), contam com modelo simplificado desse relatório.

2.5. Relatório De Gestão

O Relatório de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde, apurados com base no conjunto de ações, metas e indicadores desta, e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários ao Plano de Saúde e às Programações seguintes. Reflete ainda os resultados dos compromissos e responsabilidades assumidos pelo ente federado no Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), firmado na região de saúde. Constitui-se no instrumento de comprovação da aplicação dos recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Para tanto, o Relatório de Gestão contém: (i) o resultado da apuração dos indicadores da Programação; (ii) a análise da execução da programação física e orçamentária/financeira; (iii) a análise do cumprimento dos compromissos firmados no COAP; (iv) e as recomendações julgadas necessárias e que reorientam o Plano de Saúde e as novas Programações.

O conteúdo do Relatório de Gestão contempla os seguintes elementos constitutivos: as diretrizes, os objetivos e as metas do Plano de Saúde; as ações e metas anuais definidas e alcançadas na Programação Anual de Saúde; os recursos orçamentários previstos e executados; as observações específicas relativas às ações programadas; a análise da execução da Programação Anual de Saúde, a partir das ações, metas e indicadores; e as recomendações para a Programação do ano seguinte e para eventuais ajustes no Plano de Saúde vigente.

O Relatório de Gestão deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo até o final do primeiro trimestre do ano subsequente, sendo que compete à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o envio dos seus Relatórios de Gestão aos respectivos Tribunais de Contas, devendo guardá-los pelo prazo estabelecido na legislação em vigor.

A elaboração do Relatório de Gestão utiliza o Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), cuja alimentação é anual, regular e obrigatória, e observa o disposto abaixo:

- a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios alimentarão o SARGSUS no primeiro trimestre de cada ano e os respectivos Conselhos de Saúde registrarão no sistema a apreciação do Relatório.
- as Comissões Intergestores acompanharão mensalmente, por meio dos relatórios gerenciais do SARGSUS, a situação dos Relatórios de Gestão, publicizados no endereço eletrônico: www.saude.gov.br/sargsus, no que diz respeito a elaboração e apreciação dos mesmos pelos respectivos Conselhos.

O Relatório de Gestão é instrumento utilizado nas ações de auditoria e controle do sistema, devendo estar disponível, sempre que necessário, para o desenvolvimento dos processos de monitoramento, avaliação e auditoria.

Ao final do período de vigência do Plano de Saúde, é importante que seja feita a sua avaliação, retratando os resultados alcançados, de modo a subsidiar a elaboração do novo Plano, com as correções de rumos que se fizerem necessárias e a inserção de novos desafios. Os Relatórios de Gestão configuram-se insumos privilegiados para essa avaliação, que, além de contemplar aspectos qualitativos e quantitativos, envolve a análise do processo geral de desenvolvimento do Plano, registrando os avanços obtidos, os obstáculos que dificultaram o trabalho, bem como



as medidas que devem ser implementadas ou reordenadas para que se garanta a transformação da realidade sanitária no território.

3. MAPA DA SAÚDE

O Mapa da Saúde é a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS (próprio e privado complementar) e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema.

No processo de planejamento, o Mapa da Saúde é uma ferramenta que auxilia a identificação das necessidades de saúde da população, nas dimensões referentes às condições de vida e acesso aos serviços e ações de saúde.

Fornecer elementos para a definição de diretrizes a serem implementadas pelos gestores, contribuindo para a tomada de decisão quanto à implementação e adequação das ações e dos serviços de saúde. Dessa forma, o Mapa da Saúde orienta o planejamento integrado dos entes federativos, subsidia o estabelecimento de metas de saúde a serem monitoradas pelos gestores e acompanhadas pelos Conselhos de Saúde e permite acompanhar a evolução do acesso da população aos serviços de saúde nas diversas regiões de saúde e os resultados produzidos pelo sistema.

As informações que constituem o Mapa da Saúde devem possibilitar aos gestores do SUS o entendimento de questões estratégicas para o planejamento das ações e serviços de saúde, contemplando, dentre outros, o georreferenciamento de informações afetas aos seguintes temas:

- I. Estrutura do Sistema de Saúde:
 - a) Capacidade instalada existente pública (própria e privada complementar) e privada, evidenciando os estabelecimentos de saúde, serviços, equipamentos e profissionais;
 - b) Oferta e cobertura de ações e serviços de saúde mediante uso de indicadores construídos a partir de parâmetros reconhecidos e da produção das ações e serviços de saúde prestados, quando não existir parâmetros definidos.
- II. Redes de atenção à saúde: contempla indicadores ou marcadores que permitam evidenciar a atenção básica como ordenadora da rede de atenção à saúde, além de indicadores afetos à implementação das redes prioritárias para o sistema: rede materno-infantil, a rede de atenção às urgências, a rede de atenção psicossocial, além de outras que venham a ser conformadas e identificadas como prioridade.
- III. Condições socio sanitárias: evidenciada por meio de indicadores de nascimento, mortalidade, morbidade, dados sócio-econômicos e demográficos. Sistematiza também informações sobre a situação de saúde de grupos populacionais de maior vulnerabilidade, bem como informações relativas aos determinantes sociais da saúde. Guarda relação direta com o Índice de Desempenho do SUS – IDSUS, na medida em que reflete indicadores que o compõem.
- IV. Fluxos de acesso: evidenciando o caminho e distância percorridos pelos usuários, constituindo os fluxos assistenciais, mediante a apuração de residência e ocorrência de eventos.
- V. Recursos financeiros: identifica os recursos de investimentos e custeio para o financiamento do sistema.
- VI. Gestão do trabalho e da educação na saúde: identifica a quantidade de trabalhadores de acordo com os serviços e redes temáticas; condições de trabalho, contemplando: jornada média de trabalho, jornada média de trabalho segundo quantidade de vínculos de trabalho,



- número médio e tipo de vínculos de trabalho e indicadores de saúde do trabalhador; formação e qualificação profissional e características dos centros formadores.
- VII. Ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde: apresenta a distribuição das instituições e suas capacidades e especialidades técnicas, públicas e privadas, de pesquisa, produção e inovação em saúde.
- VIII. Gestão: evidencia indicadores relativos aos processos de regionalização, planejamento, regulação, participação e controle social, bem como informações afetas às pesquisas de satisfação dos usuários do SUS e o resultado do Índice de Desempenho do SUS – IDSUS.

A construção do Mapa da Saúde é parte integrante do processo de planejamento e inicia com a representação geográfica da situação sanitária, construída a partir de critérios epidemiológicos, demográficos, sociais, de gestão e de estrutura do sistema, na perspectiva de auxiliar o processo de identificação das necessidades de saúde da população e de análise situacional. Nesse momento, é demonstrada a realidade de saúde e indicadas as metas que precisam ser cumpridas diante de lacunas, excessos ou reordenamento de equipamentos, serviços, profissionais, dentre outros, expressos no Contrato Organizativo de Ação Pública.

4. PLANEJAMENTO DA SAÚDE INTEGRADO

O processo de formulação ascendente e integrado do planejamento da saúde, além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para se assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. Para o cumprimento dessa orientação, verifica-se a dificuldade de se indicar um modelo único aplicável a todas as instâncias, especialmente considerando as peculiaridades e necessidades próprias de cada município, região e estado do País.

Entretanto, é necessário partir de consensos quanto à modelagem desse processo, explicitando os elementos essenciais do planejamento no âmbito municipal, estadual, nacional e regional – onde há a confluência do planejamento de cada ente federado, concretizando sua integração e resultando na construção do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.

O planejamento do SUS se materializa a partir de uma dinâmica ascendente e descendente, reconhecendo-se assim que em cada uma das esferas de gestão do SUS são vivenciados processos e dinâmicas que influem na saúde da população. Nesse sentido, há uma direção descendente de políticas e planejamento, que se refere às prioridades comuns a todo o País e que contempla linhas mais estratégicas, expressas em Diretrizes emanadas pelos Conselhos de Saúde para composição dos Planos de Saúde Nacional, Estadual e Municipal. Por outro lado, há também uma direção ascendente de integração das propostas próprias do planejamento de cada ente federado, referidas à realidade específica de cada território.

É no município que se inicia o conhecimento das necessidades territoriais. A gestão municipal em seu primeiro ano ajusta e executa o último ano do Plano de Saúde Municipal em curso, conhece os planejamentos regional, estadual e nacional vigentes, elabora o diagnóstico territorial e propõe as iniciativas que conformarão a política de saúde no âmbito municipal, observando ainda as diretrizes apontadas pela Conferência Municipal de Saúde e pelos Conselhos de Saúde do município, do estado e do nacional. Este conjunto de iniciativas serve à elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde. A cada ano é elaborada a Programação Anual de Saúde (PAS) do município, contendo as ações que assegurarão o cumprimento do Plano Municipal de Saúde naquele ano.

O planejamento municipal deve guardar coerência com as pactuações e planejamento realizados na Comissão Intergestores Regional – CIR, no âmbito das regiões de saúde, de modo



que o Plano de Saúde Municipal expressará as diretrizes do Plano Nacional de Saúde e do Plano Estadual de Saúde, modeladas à realidade local, além das diretrizes, objetivos e metas próprias daquele território, bem como os recursos cuja execução corresponde à esfera municipal, atendendo assim às especificidades territoriais.

A região de saúde se configura como locus de governança do sistema de saúde, exercida no âmbito da Comissão Intergestores Regional – CIR. Nessa comissão, gestores municipais e gestor estadual pactuam e deliberam questões importantes para a realidade sanitária da região, na perspectiva da prevenção de doenças, promoção, proteção e recuperação da saúde, otimizando a utilização de seus recursos físicos e financeiros e força de trabalho para superação dos problemas de saúde, num exercício permanente de planejamento integrado.

O planejamento da saúde integrado, realizado no âmbito regional, parte do reconhecimento das dinâmicas presentes no território e que influenciam na saúde, bem como das necessidades de saúde da população dos municípios da região. Observa as diretrizes, os objetivos e as metas estabelecidas nos planos de saúde de cada ente federado, aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde.

Pressupõe uma dinâmica que contemple momentos interdependentes que possibilitem: (i) a identificação das necessidades de saúde da população da região (ii) a definição das diretrizes, dos objetivos e das metas para a região; (iii) a programação geral das ações e serviços de saúde, a qual é essencial ao alcance das metas estabelecidas para a região; e (iv) o monitoramento permanente e a avaliação das ações implementadas.

Nesse sentido, no processo de planejamento em âmbito regional são inicialmente identificadas as necessidades de saúde da população da região, mediante a análise da situação de saúde, utilizando o Mapa da Saúde como ferramenta de apoio. A partir das necessidades de saúde, são definidas as diretrizes municipais, estaduais e nacionais, bem como os objetivos plurianuais e as metas anuais de saúde para a região, em consonância com o disposto nos planos de saúde dos entes federados. Nesse momento é feita a priorização das intervenções de saúde, buscando superar os principais problemas evidenciados na análise da situação de saúde.

As iniciativas necessárias à operacionalização das diretrizes e objetivos estabelecidos para a região e que contribuirão para o alcance das metas são definidas em um processo de programação. Esse processo constitui a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde e deve ser dinâmico, permitindo ajustes e novas reprogramações, introduzindo as programações de custeio – físicas e financeiras – resultantes da implantação de novos serviços ou a expansão de serviços já existentes.

A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde abrange a totalidade das ações de assistência à saúde de promoção, de vigilância (sanitária, epidemiológica e ambiental) e de assistência farmacêutica, constantes da RENASES e RENAME. Essa Programação será estruturada e implementada na região de saúde, compondo o Anexo II do Contrato, substituindo todas as programações atuais, com exceção da Programação Anual de Saúde, podendo, em caráter transitório, incorporar as programações atuais e os planos de ação regionais das redes prioritárias.

A produção do planejamento integrado da saúde, realizado em âmbito regional, materializa os compromissos de cada ente da gestão no espaço da região de saúde e deve ser articulada com os compromissos e metas estabelecidas pelas outras regiões do estado, num processo coordenado pelas Secretarias Estaduais de Saúde e compatibilizados nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite, em programações elaboradas simultaneamente nas regiões. Nesse sentido, os processos de planejamento integrado, desenvolvidos no conjunto das regiões de saúde, contribuem para a organização das ações e serviços de saúde no âmbito estadual, e, conseqüentemente, para a conformação e integração das redes de atenção à saúde.



O planejamento regional, mais que uma exigência formal, expressa as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território, evidenciando o conjunto dos objetivos, ações e serviços que contribuirão para a garantia do acesso e a integralidade da atenção, de modo que os compromissos assumidos regionalmente devem estar refletidos nos Planos de Saúde dos entes federados.

Além disso, é preciso instituir no âmbito das Comissões Intergestores Regionais o monitoramento continuado da ação em execução e a avaliação de sua implementação, de modo a possibilitar os ajustes necessários à Programação Geral e ao próprio Contrato firmado entre os entes, na perspectiva de concretização daquilo que se pretenda alcançar.

O planejamento da saúde em âmbito estadual será realizado de maneira regionalizada, observando as necessidades de saúde suscitadas nos municípios que compõem as regiões de saúde. Dessa forma, os planos estaduais de saúde expressam o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, o desenho das redes de atenção à saúde, bem como as diretrizes e metas estabelecidas para as regiões, dialogando com o processo de planejamento integrado da saúde, com vistas a promoção de equidade interregional.

Contemplam ainda as diretrizes e objetivos do Plano Nacional de Saúde que são aplicáveis à realidade estadual, bem como as diretrizes e objetivos próprios do estado e os recursos cuja execução corresponde ao gestor estadual, atendendo as especificidades territoriais e a integração dos planos de saúde municipais. A cada ano é elaborada a Programação Anual de Saúde (PAS) do estado, contendo as ações que assegurarão o cumprimento do Plano Estadual de Saúde naquele ano.

No âmbito nacional, o processo de planejamento segue a orientação de partir dos problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, assim como para a organização e gestão do sistema, conformando o Plano Nacional de Saúde, a ser aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde.

Na elaboração do Plano Nacional de Saúde são observadas as diretrizes e conclusões da Conferência Nacional de Saúde, definidas as diretrizes de saúde comuns a todo o país, os objetivos e metas nacionais, bem como os compromissos e recursos cuja execução corresponde ao gestor federal.

Compete ainda à gestão federal a formulação da política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas, a ser pactuada na CIT e aprovada no Conselho Nacional de Saúde, e executá-la conforme pactuação com Estados e Municípios; coordenar nacionalmente, acompanhar e apoiar os municípios, os estados e Distrito Federal na elaboração da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde; e o gerenciamento, em âmbito nacional, dos sistemas de informação em saúde.

5. TRANSPARÊNCIA

A transparência e a visibilidade são asseguradas mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde.

Cabe aos órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios dar ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase no que se refere ao Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório Detalhado, Relatório de Gestão e a Avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da federação.



VI.2 – ESTRUTURA MÍNIMA PARA OS RELATÓRIOS QUADRIMESTRAIS, RESOLUÇÃO 459/12 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Trigésima Oitava Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde realizada nos dias 09 e 10 de outubro de 2012, considerando a necessidade de aprovação de modelo padronizado do Relatório Quadrimestral conforme estabelecido na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, no artigo 36, parágrafo 4º; e considerando o modelo de relatório apresentado pelo Departamento de Articulação Interfederativa da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, aprovou o Modelo Padronizado de Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas para os Estados e Municípios, conforme dispõe o parágrafo 4º do artigo 36 da Lei Complementar nº 141/2012.

1. ESTRUTURA PARA O RELATÓRIO DETALHADO DO QUADRIMESTRE

Este documento apresenta a estrutura para o relatório de que trata o artigo 36 da Lei Complementar nº 141/2012, a saber:

- a) Art. 36. O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterà, no mínimo, as seguintes informações:
 - I - montante e fonte dos recursos aplicados no período;
 - II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;
 - III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

2. RELATÓRIO DETALHADO DO QUADRIMESTRE

2.1. Pressupostos

- I - a estrutura do Relatório Detalhado do Quadrimestre (Relatório Quadrimestral) deve guardar similaridade com a do Relatório de Gestão, visto que o conteúdo dos itens I, II e III do art. 36 está presente na estrutura atual do RAG.
- II - o conteúdo do item I – montante e fonte dos recursos aplicados no período: informações oriundas dos relatórios gerenciais do SIOPS, que versam sobre o tema.
- III - o conteúdo do item II – auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações expressam informações sobre: UF / Município / Demandante / Órgão responsável pela auditoria / Nº auditoria / Finalidade / Unidade auditada / Encaminhamentos (recomendações e determinações).
- IV - o conteúdo do item III referente à oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada observa:
 - a) dados de oferta de serviços oriundos do SCNES, evidenciando quantitativo, tipo de estabelecimento e esfera administrativa;
 - b) dados de produção de serviços, oriundos do SIA e SIH/SUS, contemplando aspectos relativos à Atenção Básica,



Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial, Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar, Assistência Farmacêutica e Vigilância em Saúde; etc) o conteúdo do item III, referente aos indicadores de saúde da população, considera indicadores de oferta, cobertura, produção de serviços e de saúde, passíveis de apuração quadrimestral, que possibilitem o monitoramento das ações da Programação Anual de Saúde.

2.2 Estrutura

A estrutura apresentada neste item tem como referencial as telas do “SargSUS” que contemplam os conteúdos do Relatório Quadrimestral, às quais foram acrescentados os conteúdos estabelecidos no art. 36 da LC nº 141/2012, que não integravam o sistema: dados de auditoria e produção de serviços.

VI. 3 AS REGRAS DE TRANSIÇÃO ENTRE O PACTO PELA SAÚDE E O COAP – RESOLUÇÃO Nº 4, DE 19 DE JULHO DE 2012

A Resolução supracitada dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

A partir desta Resolução todos os entes federados passam a assumir as responsabilidades sanitárias, independentemente de terem assinado ou não o Termo de Compromisso de Gestão que era previsto no Pacto pela Saúde. A portaria nº 1.580 de 19 de julho de 2012, a partir de sua publicação, afasta a exigência da adesão ao Pacto pela Saúde ou assinatura do Termo de Compromisso de Gestão para fins de repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios. As ações para o cumprimento das responsabilidades sanitárias assumidas nos termos desta Resolução devem estar expressas na Programação Anual de Saúde de cada ente federado e vinculadas às diretrizes e aos objetivos dos respectivos Planos de Saúde.

A descentralização para os municípios dos prestadores públicos ou privados, contratados ou conveniados, deve ser pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), ou na Comissão Intergestores Regional (CIR), ficando mantida a Declaração de Comando Único até a assinatura do COAP. A informação acerca da responsabilidade pela gestão e aplicação dos recursos financeiros referentes à descentralização referida no caput deve ser registrada nos quadros da Portaria nº 1.097/GM/MS, de 22 de maio de 2006, e seguir o fluxo nela estabelecido.

Fica mantido o Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP), conforme disciplina constante do art. 3º da Portaria nº 699/GM/MS, de 30 de março de 2006, e da Portaria nº 161/GM/MS, de 21 de janeiro de 2010.

Foram pactuados por estados e municípios que não assinaram o COAP em 2012, um conjunto de diretrizes, objetivos, metas e indicadores, de acordo com o Plano Nacional de Saúde, com aprovação nos Conselhos de Saúde e registro em sistema informatizado do Ministério da Saúde denominado SISPACTO.



VI.4 – EIXOS E DIRETRIZES DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE E PROGRAMAS DO PLANO PLURIANUAL, 2012 A 2015

O processo de construção do Plano Estadual de Saúde para o Quadriênio 2012 – 2015 incorporou as diretrizes do Plano Nacional de Saúde, buscando-se ainda o alinhamento com o Plano Plurianual do estado.

A seguir, apresenta-se a estrutura do Plano Estadual, cujas diretrizes deverão ser consideradas na elaboração dos planos municipais de saúde e planos plurianuais. O Plano pode ser acessado no portal da SES, <http://www.saude.sp.gov.br>

Eixo	Diretrizes do PES	Programas do PPA 2012-2015
<p style="text-align: center;">I</p> <p style="text-align: center;">Aperfeiçoamento e qualificação do acesso aos serviços de saúde do SUS.</p>	<p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">Integrar os serviços e ações de saúde do estado de São Paulo em redes regionais de atenção à saúde (RRAS)</p>	<p style="text-align: center;">100</p> <p style="text-align: center;">Suporte administrativo.</p>
	<p style="text-align: center;">2</p> <p style="text-align: center;">Fortalecer a política de qualificação da atenção básica (AB)</p>	<p style="text-align: center;">930</p> <p style="text-align: center;">Atendimento integral e descentralizado no SUS.</p>
	<p style="text-align: center;">3</p> <p style="text-align: center;">Investir e qualificar as ações e serviços de saúde estaduais próprios</p>	<p style="text-align: center;">935</p> <p style="text-align: center;">Produção de imunobiológicos, soros, hemoderivados e medicamentos.</p>
	<p style="text-align: center;">4</p> <p style="text-align: center;">Aperfeiçoar o processo de descentralização e regionalização da assistência farmacêutica.</p>	<p style="text-align: center;">936</p> <p style="text-align: center;">Sangue, componentes e derivados.</p>
	<p style="text-align: center;">5</p> <p style="text-align: center;">Aperfeiçoar a produção e distribuição de insumos essenciais para o SUS.</p>	<p style="text-align: center;">940</p> <p style="text-align: center;">Gestão em saúde.</p>
	<p style="text-align: center;">6</p> <p style="text-align: center;">Institucionalizar a rede regionalizada da hemorrede, com definição das áreas de abrangência dos hemocentros.</p>	<p style="text-align: center;">941</p> <p style="text-align: center;">Infraestrutura em saúde.</p>

<p style="text-align: center;">II</p> <p>Desenvolvimento de serviços e ações de saúde para segmentos população mais vulneráveis, com necessidades específicas e riscos à saúde prioritários.</p>	<p style="text-align: center;">1</p> <p>Reduzir a mortalidade materno infantil</p> <p style="text-align: center;">2</p> <p>Aprimorar a rede de atenção integral à saúde da criança.</p> <p style="text-align: center;">3</p> <p>Aprimorar a rede de atenção integral à saúde da mulher</p> <p style="text-align: center;">4</p> <p>Ampliar a atenção à saúde mental/ álcool e outras drogas</p> <p style="text-align: center;">5</p> <p>Aperfeiçoar a atenção à saúde bucal</p> <p style="text-align: center;">6</p> <p>Organizar a rede de atenção à pessoa com deficiência.</p> <p style="text-align: center;">7</p> <p>Organizar a rede de atenção à saúde da pessoa idosa.</p> <p style="text-align: center;">8</p> <p>Incentivar e apoiar a organização da atenção à saúde da população indígena.</p> <p style="text-align: center;">9</p> <p>Organizar a rede de atenção à saúde da população negra.</p> <p style="text-align: center;">10</p> <p>Aperfeiçoar a atenção à saúde da população do sistema penitenciário e dos adolescentes em conflito com a lei.</p> <p style="text-align: center;">11</p> <p>Incentivar e apoiar a organização da atenção à saúde do homem.</p>	<p style="text-align: center;">100</p> <p>Suporte administrativo.</p> <p style="text-align: center;">930</p> <p>Atendimento integral e descentralizado no sus.</p> <p style="text-align: center;">940</p> <p>Gestão em saúde.</p> <p style="text-align: center;">943</p> <p>Fortalecimento de ações prioritárias.</p>
---	--	---



<p>III Coordenação das ações de vigilância em saúde</p>	<p>1 Fortalecer a vigilância epidemiológica e o controle das doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis.</p> <p>2 Fortalecer o sistema estadual de vigilância sanitária - sevisa.</p> <p>3 Aperfeiçoar a vigilância em saúde ambiental</p> <p>4 Aprimorar a rede laboratorial de saúde pública.</p>	<p>100 Suporte administrativo.</p> <p>932 Vigilância em saúde.</p>
<p>IV Fortalecimento do gestor estadual na coordenação do SUS.</p>	<p>1 Fortalecer o planejamento estadual de forma ascendente e participativa.</p> <p>2 Fortalecer a gestão descentralizada e regionalizada do SUS.</p> <p>3 Implementar a regulação da atenção à saúde no contexto que abrange a regulação do acesso, contratação, controle, avaliação e auditoria estadual.</p> <p>4 Aprimorar o sistema estadual de informações de saúde.</p> <p>5 Aperfeiçoar os mecanismos de avaliação e monitoramento do SUS.</p> <p>6 Implementar a política estadual de humanização.</p>	<p>100 Suporte administrativo.</p> <p>940 Gestão em saúde.</p> <p>4407 Tecnologia da informação e comunicação para excelência da gestão.</p>



<p>V Fortalecimento da participação da comunidade e do controle social na gestão do SUS.</p>	<p>1 Fortalecer a participação da comunidade e o controle social.</p>	<p>100 Suporte administrativo. 937 Controle social na gestão do SUS.</p>
<p>VI Gestão da educação e do trabalho no SUS.</p>	<p>1 Aperfeiçoar os mecanismos de educação, para qualificar os profissionais do SUS. 2 Aprimorar a gestão do trabalho para valorizar os recursos humanos (RH) da SES/SP. 3 Fortalecer a gestão de RH no SUS</p>	<p>100 Suporte administrativo. 941 Gestão da educação e do trabalho.</p>
<p>VII Ciência, tecnologia e inovações em saúde.</p>	<p>1 Implementar uma política estadual de ciência, tecnologia e inovação em saúde. 2 Promover o ensino e a difusão do conhecimento científico. 3 Estimular a formação de profissionais em pós-graduação (<i>stricto sensu</i>) para o fortalecimento da área de ciência e tecnologia no SUS.</p>	<p>933 Ciência, tecnologia e inovação em saúde.</p>



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 459. 2012.

Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT nº 4, de 19 de julho de 2012. Anexo II, III e IV.

Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT nº 4, de 19 de julho de 2012, com Anexo I.

Brasil. Ministério da Saúde, Relatório da Oficina 20 e 21 de novembro 2012.



CAPÍTULO VII

REGULAÇÃO EM SAÚDE

1. REGULAÇÃO PÚBLICA

Praticamente toda a ação do Estado envolve regulação e existem campos de intervenções estatais totalmente dedicados à função regulatória. Nesse sentido, os conceitos de regulação tangenciam os de intervenção estatal na economia e de atividade estatal mais ampla.

No mundo contemporâneo, a forma mais comum de provisão de bens e serviços é o mercado. O mercado atua no equilíbrio da oferta e da demanda, permitindo a troca de bens e serviços entre o consumidor e o produtor, sem a necessidade da intervenção do Estado.

No entanto, as evidências mostram que poucos são os mercados de bens e serviços que tem essas características. Assim, o Estado é visto como tendo a responsabilidade de garantir este equilíbrio, comparável com a função de afirmar justiça para todos igualmente (Green, 1992), assumindo as funções de otimizar os custos, benefícios e a equidade, ou seja, regulando o mercado.

“Regulação é a intervenção do Estado na economia e na atividade social com a finalidade de corrigir falhas de mercado e aumentar o bem estar social, sem que tal intervenção implique a produção direta de bens e serviços por instituições estatais” (Filho, 2006).

Em tese, se espera que o Estado atue em nome dos cidadãos, distribuindo bens e serviços de forma a garantir a oferta de acordo com as necessidades da população, e não de acordo com o interesse do indivíduo, a pressão de determinados grupos ou ainda conduzidos exclusivamente pela demanda. Quanto mais forte for a atuação do Estado, por meio da introdução de mecanismos de regulação, melhores devem ser os resultados em termos de qualidade, equidade e acesso.

Assim, a regulação, enquanto ação social pode ser conceituada como um conjunto de ações mediatas (intermediadas) de sujeitos sociais sobre sujeitos sociais, que facilitam ou limitam os rumos da produção e distribuição de bens e serviços em determinado setor da economia. Abrange tanto o ato de regulamentar quanto as ações que asseguram o cumprimento das regulamentações. Não é exclusivo do Estado, envolve outros sujeitos e está inserida em contextos histórico-sociais concretos, dependendo da experiência histórica de cada nação. O processo de construção da regulação se insere num cenário de disputas e de interesses conflitantes, que determinam o seu formato e alcance.



2. REGULAÇÃO NO SETOR SAÚDE

“A Regulação estatal dá-se quando o Estado, investido de seu papel de mediador coletivo, exercita um conjunto de diferentes funções para direcionar os sistemas de serviços de saúde no sentido do cumprimento de seus objetivos e para definir, implementar e avaliar as regras do jogo desses sistemas, de forma a regular o comportamento dos atores sociais em situação e a satisfazer as demandas, necessidades e representações da população” (Mendes, E.V, 2005)

De modo geral, os sistemas de saúde têm como objetivos a garantia do acesso universal, a prestação do cuidado efetivo, o eficiente uso dos recursos disponíveis e a qualidade na prestação dos serviços e a capacidade de resposta às necessidades de saúde da população. Embora haja certa convergência nos objetivos, os sistemas de saúde têm se organizado de formas distintas para alcançá-los.

No Brasil, temos um sistema de saúde misto, onde convivem dois subsistemas de saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS), público e de acesso universal, financiado por impostos e contribuições sociais pagos por toda a sociedade; e pelo sistema de saúde suplementar, privado, de acesso restrito a parte da população, financiado pelas mensalidades pagas pelos clientes individuais e principalmente por empresas que financiam planos de saúde coletivos para seus funcionários (Viana, 2009).

A prestação de serviços de saúde é diferente de outros bens e serviços, pelo que a saúde pode não ser percebida pelo indivíduo ou difícil de prever, ou ainda o indivíduo, pela própria condição que se encontra, pode não perceber a necessidade de intervenção.

O consumidor tem perfeita condição de decidir pela aquisição de muitos bens e serviços, porém, quando se trata de saúde, o consumidor ou usuário tem pouca ou nenhuma condição de decidir a melhor intervenção, sua qualidade e sua eficácia. Ou ainda, decidir pela não intervenção. Invariavelmente, a decisão é transferida ao profissional de saúde que atua em benefício do paciente, ou seja, o provedor da assistência passa a exercer a função de demandador. Nesse caso, dependendo dos incentivos que impulsionem o profissional, este poderá solicitar serviços desnecessários ou até que gerem mais renda para si.

Portanto, a natureza da demanda por serviços de saúde tende a ser irregular e imprevisível, a oferta é capaz de induzir a demanda por mais serviços, existe assimetria de informações entre o médico e o paciente, em função do maior conhecimento técnico do médico. Além disso, a lógica da oferta de serviços de saúde prevalece sobre a necessidade dos cidadãos que muitas vezes não procuram os serviços pelas barreiras de acesso existentes e em outras não consegue usá-los. Neste caso, é de conhecimento dos serviços a demanda reprimida que precisa ser conhecida e regulada. A aproximação da demanda, para além da gestão da oferta, traz aos gestores a possibilidade de regular acesso e de se aproximar das respostas esperadas às necessidades de saúde.

Um dos argumentos contra a atuação do mercado no setor saúde é a sua incapacidade de produzir equidade. O mercado não requer nenhum padrão de distribuição de renda, pelo contrário, reforça o padrão existente. O mercado exacerba as iniquidades, pela alocação de bens e serviços de acordo com a capacidade individual de pagar por eles. Ou seja, no caso da saúde, os mais vulneráveis são excluídos. A equidade tem sido uma preocupação constante e um objetivo a ser alcançado no sistema de saúde, muito embora considerada difícil sua definição e avaliação.

No setor saúde, a regulação compreende ações de: regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação de determinado sujeito social sobre a produção e distribuição de bens e serviços de saúde.



A regulação no Setor Saúde tem por finalidade contribuir para a produção das ações de saúde e, como objeto:

1. Os estabelecimentos (envolvendo estrutura física, equipamentos, profissionais, habilitação a graus de complexidade, etc.);
2. As relações contratuais;
3. O exercício das profissões de saúde;
4. A oferta e a demanda por serviços;
5. Os protocolos assistenciais;
6. Os fluxos de atendimento;
7. A produção, a venda, a incorporação e o uso de insumos, medicamentos e de outras tecnologias;
8. Condições de trabalho e ambientes relativos ao Setor Saúde;
9. O controle e a avaliação dos custos e gastos em saúde.

Contudo, o conceito, as práticas e as finalidades da regulação em saúde não se encontram totalmente desenvolvidos e, frequentemente, observam-se somente as práticas de controle, avaliação e auditoria, ainda sem uniformidade. O maior desafio, portanto, é compreender a multiplicidade de cenários, sujeitos, ações e interesses e implementar estratégias de regulação centrada no usuário, isto é, que priorize o usuário, garantindo-lhe os direitos constitucionais tratados no capítulo da saúde.

Diversos fatores justificam a necessidade de regulação estatal no setor saúde:

1. Corrigir/atenuar as falhas de mercado na produção e distribuição de bens e serviços de saúde
2. Resolver o problema do uso inadequado ou da introdução de novas tecnologias sem critério no sistema de saúde
3. Planejar a oferta de bens e serviços de saúde de acordo com as necessidades da população e não em função de interesses individuais ou pressões de determinados grupos
4. Garantir padrões de qualidade dos serviços prestados à população
5. Organizar um modelo de atenção à saúde que seja mais eficiente e resolutivo

Regulação no setor saúde é uma ação complexa, compreende um considerável número de atividades, instrumentos e estratégias, considerando que o setor é composto por um conjunto de ações, serviços e programas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, que incluem tanto cuidados individuais quanto coletivos e que requerem a atenção em distintos serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares.

A Política de Regulação vem se desenvolvendo em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, para viabilizar o acesso equânime e oportuno à atenção integral e de qualidade, à universalidade e à garantia de direitos sociais.

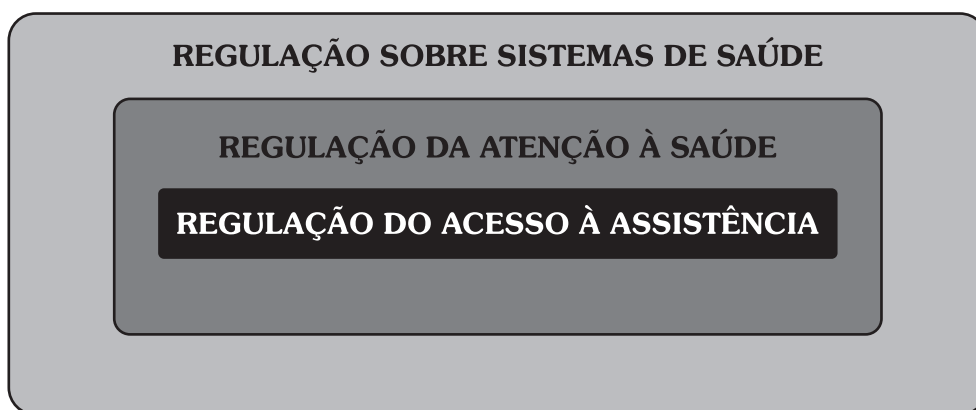
A partir do conceito ampliado de regulação (que não a confunde com gestão) o Ministério da Saúde, buscando superar deficiências conceituais, práticas e de finalidades, propõe uma reformulação dos conceitos, definindo a Regulação através da Portaria GM/MS nº 1.559 de 01/08/2008 institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde.

A regulação estatal em saúde é uma função de gestão, que contempla as seguintes dimensões:

1. Uma atuação sobre os sistemas de saúde (regulação sobre os sistemas de saúde)
2. Uma atuação sobre a produção direta de ações de saúde nos diversos níveis de complexidade (básica, média e alta) ambulatorial e hospitalar (regulação da atenção à saúde)
3. Uma atuação sobre o acesso dos usuários à assistência nesses diferentes níveis de complexidade (regulação do acesso à assistência).



Tipos de regulação:



A Regulação sobre Sistemas de Saúde, enquanto regulação ampliada contém ações de Regulação da Atenção à Saúde e estas, enquanto ações sobre a produção direta das ações e serviços e, portanto, sobre prestadores de serviços, contém as ações de Regulação do Acesso à Assistência.

3. REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Para que a regulação estatal em saúde se inscreva numa reformulação da regulação sobre a produção de bens e serviços em saúde, de forma a torná-la mais eficiente, eficaz e efetiva, atendendo ao interesse público, será necessária, aos gestores do SUS, a adoção das seguintes diretrizes:

1. Reconhecer a Atenção Básica como a base do sistema de saúde, sendo articulada e resolutive.
2. Superar o isolamento, a desarticulação, a sobreposição de competências que há entre as diversas instâncias como o Controle e Avaliação, a Auditoria, e a Vigilância Sanitária.
3. Desenvolver ações de controle, auditoria e avaliação sobre o Sistema de Saúde, detalhadas em seu foco sobre a produção direta das ações e serviços de saúde.
4. Integrar as ações de regulamentação, fiscalização e controle da vigilância sanitária sobre estabelecimentos e serviços de saúde, medicamentos, insumos e tecnologias da saúde com as ações de controle, auditoria e avaliação da atenção à saúde.
5. Tomar a Ouvidoria e os Conselhos de Saúde como fonte para detecção de problemas no acesso, na qualidade dos serviços prestados, de desperdícios, irregularidades, negligências e omissões.
6. Integrar as ações de vigilância sanitária, controle, auditoria e avaliação sobre sistemas e sobre a atenção à saúde, com as ações de regulação da saúde suplementar.
7. Integrar as ações de regulação sobre sistemas e da regulação da atenção à saúde com as demais funções da gestão como planejamento, financiamento, orçamento, programação, descentralização / regionalização, implementação da(s) modalidade(s) de atenção, além de integrar ao desenvolvimento de importantes funções em saúde, como gestão do trabalho e educação, informação e informática, ciência e tecnologia e com as funções administrativas e financeiras.
8. Implementar a regulação da atenção à saúde, com ações que incidam sobre os prestadores, públicos e privados, de modo a criar condições para uma produção mais eficiente das

ações e serviços de saúde, buscando contribuir na melhoria do acesso, da integralidade, da qualidade, da resolubilidade e na humanização destas ações; em consonância com as diretrizes das áreas assistenciais da Atenção Básica, Atenção Programática e Estratégica e da Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar.

Introduzir ações reguladoras em um sistema de saúde requer um diagnóstico apurado da situação de uma série de processos e fluxos que estão necessariamente ligados à assistência e às ações de controle e avaliação.

Inicialmente, deve-se conhecer a estrutura do processo assistencial na atenção básica, buscando apurar o conhecimento sobre o perfil epidemiológico da população, fator decisivo na definição de prioridades para as ações reguladoras. Levantar e mapear a população que este sistema de saúde pretende atingir, seus fluxos, a abrangência da Estratégia de Saúde da Família e a situação cadastral dessa população, também tem um papel importante nas ações de planejamento da regulação.

As bases cadastrais qualificadas e fidedignas (CNS e CNES), junto ao levantamento dos fluxos e ao diagnóstico epidemiológico, consistem num importante instrumento de regulação, pois, não só subsidiam adequadamente o processo de planejamento das ações, e o controle mais eficaz do processo assistencial, como também viabilizam os fluxos referenciados para a média e alta complexidade, permitindo a alocação adequada dos recursos assistenciais, com foco nas prioridades e na garantia da integralidade e das linhas de cuidado. Os cadastros, fluxos e o perfil epidemiológico, associados às ações de regulação do acesso, são ferramentas necessárias também para a garantia dos pactos de programação assistencial entre municípios, ou Programação Pactuada e Integrada – PPI.

O mapeamento dos fluxos e da abrangência das ações de atenção primária é necessário também para a construção de protocolos de acesso à atenção ambulatorial especializada e alto custo ambulatorial e hospitalar, além de incidir sobre uma importante porta de acesso, por onde é desencadeada uma parte significativa das ações e serviços de saúde.

Fortalecer, adequar e trabalhar a luz de protocolos que induzam à resolutividade neste nível de assistência são passos importantes para reduzir o impacto negativo da insuficiência, apresentada hoje no país, no acesso e financiamento das ações de média complexidade ambulatorial.

Outra ação consiste em viabilizar o retorno do paciente para a contrarreferência na atenção básica, que fará o seu acompanhamento, minimizando os fluxos dessa natureza nos ambulatórios de especialidades e nos prontos-socorros.

Potencializar a capacidade resolutiva da atenção básica reduz a demanda para os níveis mais complexos e especializados, viabiliza a adequada hierarquização da rede, e por consequência a adoção de fluxos referenciados e mais equânimes, aproximando o processo assistencial da população e da comunidade. Contudo, ainda é necessário se investir em estrutura, em recursos humanos e em protocolos que definam níveis resolutivos e de atenção para as ações básicas.

O conjunto de ações que vão diagnosticar e mapear a situação de saúde da população e as bases cadastrais tem de relevar dois aspectos que iniciam o processo de mapeamento da rede e permitem um estudo associado de necessidade e capacidade instalada.

A Regionalização, instituída no Estado pelo Plano Diretor de Regionalização – PDR, integrada a Programação Pactuada e Integrada – PPI, desencadeia o planejamento das ações em nível regional e sua agregação aos fluxos regulados do município. Todo o planejamento, a partir deste ponto, deve considerar a capacidade instalada de serviços de saúde. Essa relação vai dimensionar a capacidade em se ofertar serviços para uma região e trabalhar as referências intermunicipais e interestaduais, bem como apontar desajustes entre o perfil da rede e os parâmetros assistenciais de necessidade.



O mapeamento da rede de serviços de saúde consiste em conhecer a sua real capacidade produtiva.

Essa ação deve ser iniciada pelo levantamento do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES e da situação contratual desses estabelecimentos. Inicialmente pode ser necessário fragmentar esse levantamento pelos níveis de atenção.

Na atenção básica o foco está na capacidade de acolher toda a população e atender as suas necessidades assistenciais mínimas, provendo acompanhamento, prevenção e promoção, além de ter um papel importante na resolução de situações de saúde específicas.

AUDITORIA NO SUS

A literatura apresenta muitos conceitos para a auditoria. Auditoria, propriamente dita, que representa uma avaliação contábil, auditoria na saúde, que acrescenta aspectos de avaliação normativa e de processos e auditoria em saúde, que sugere avaliação de resultados voltada para auditoria clínica ou assistencial.

Essa pluralidade de conceitos, inclusive envolvendo controle e avaliação, foi mantida na legislação que regulamenta a auditoria no SUS, herdeira da auditoria praticada pelo INAMPS junto aos prestadores voltada, principalmente, para o controle de pagamentos.

Prevista na Lei nº 8.080/90, sendo da Competência da Direção Nacional do SUS (art. 16, inciso XIX): “Estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo Território Nacional, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal”

A Lei 8.689 de 27 / 07 / 1993, que extingue o INAMPS, em seu artigo 6º institui no âmbito do Ministério da Saúde o Sistema Nacional de Auditoria a quem “compete a avaliação técnico científica, contábil, financeira e patrimonial do Sistema Único de Saúde”.

O SNA foi regulamentado pelo Decreto nº. 1651 de 28/09/1995: Art. 2.º O SNA exercerá sobre as ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS as atividades de:

- I – controle da execução, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento;
- II – avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade;
- III – auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas mediante exame analítico e pericial.

O SNA compreende “os órgãos que forem instituídos em cada nível de governo” (art. 4º) com o objetivo de exercer o controle das ações e dos serviços de saúde em cada esfera de governo gestora do SUS, de acordo com as suas atribuições.

Art.4º, § 3º A estrutura e o funcionamento do SNA, no plano federal, são indicativos da organização a ser observada por Estados, Distrito Federal e Municípios para a consecução dos mesmos objetivos no âmbito de suas respectivas atuações.

As competências nas 3 esferas de governo podem ser esquematizadas como:



No Plano Federal	No Plano Estadual	No Plano Municipal
As ações e serviços de saúde de abrangência nacional, em conformidade com a política nacional de saúde.	As ações e serviços previstos no plano estadual de saúde.	As ações e serviços estabelecidos no plano municipal de saúde.
Os serviços de saúde sob sua gestão.	Os serviços de saúde sob sua gestão sejam públicos ou privados, contratados ou conveniados.	Os serviços de saúde sob sua gestão sejam públicos ou privados, contratados e conveniados.
Os sistemas estaduais e municipais de saúde.	Os sistemas municipais de saúde e os consórcios intermunicipais de saúde.	As ações e serviços desenvolvidos por consórcio intermunicipal ao qual o município esteja associado.
A aplicação dos recursos federais transferidos aos estados e municípios mediante análise dos relatórios da gestão.	A aplicação dos recursos estaduais repassados aos municípios, de conformidade com a legislação específica de cada unidade federada.	
Mecanismos de controle, avaliação e auditoria dos estados e municípios. As ações, métodos e instrumentos implementados pelos órgãos estaduais e municipais de controle, avaliação e auditoria.	Mecanismos de controle, avaliação e auditoria dos municípios. As ações, métodos e instrumentos implementados pelos órgãos municipais de controle, avaliação e auditoria.	

Fonte: Decreto Federal nº 1.651, de 28.09.95, Artº 5º, incisos I, II e III, modificado do original, Decreto Federal nº 7.797 de 30.08.12 e Lei Federal 10.683 de 28.05.2003.

O Componente Federal está organizado pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) e pelas 2 divisões (DIAUD) e demais Serviços de Auditoria (SEAUD) nos núcleos estaduais do Ministério da Saúde.

Assim, o SNA é composto pelos Componentes Federal, Estaduais e Municipais em um modelo de sobreposição de atividades, não havendo subordinação hierárquica. O Decreto Federal nº 7.797 de 30.08.12 estabelece no seu artigo 35 que é competência do DENASUS estabelecer diretrizes, normas e procedimentos para a sistematização e padronização das ações de auditoria no âmbito do SUS e promover o desenvolvimento, a interação e a integração das ações e procedimentos de auditoria entre os três níveis de gestão do SUS.



COMPONENTE ESTADUAL DE AUDITORIA

Na SES/SP, a Resolução SS nº 9 de 26/01/2007, estabelece:

O Secretário da Saúde, considerando a necessidade de orientar e acompanhar as ações de Auditoria previstas pelo Sistema Nacional de Auditoria, regulamentado pelo Decreto Federal 1.651, de 28 de setembro de 1995 resolve:

Artigo 1º – Aos Departamentos Regionais de Saúde, da Coordenadoria de Regiões de Saúde, a que se refere o artigo 3º do Decreto 51.433, de 28 de dezembro de 2006, cabe, além das suas atribuições e competências legais, exercer as ações de Auditoria, de acordo com as diretrizes emanadas pelo Grupo Técnico Normativo de Auditoria e Controle de Saúde - GNACS, da Coordenadoria de Planejamento de Saúde.

Artigo 2º - As ações de auditoria a que se refere o artigo anterior, deverão ser desenvolvidas por Comissões Técnicas de Auditoria Regional- CTAR, subordinadas administrativamente ao dirigente do departamento regional de saúde e tecnicamente ao GNACS, com as atribuições de:

- I – auditar programas e serviços do sistema de saúde;
- II – auditar processos e resultados das atividades do sistema de saúde;
- III – implementar métodos e sistemas de informação como instrumento de auditoria de gestão em sistemas de saúde;
- IV – atender as solicitações, de órgãos públicos em relação às intercorrências relacionadas ao sistema de saúde.

(...)

A composição do GNACS e das CTAR e suas atribuições aproximam a atividade do Componente Estadual para auditoria em saúde, clínica ou auditoria assistencial não podendo ser caracterizada como instrumento de avaliação contábil e financeira.

O MS publicou a PORTARIA GM Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito SUS e, como conceito apresenta a auditoria clínica que consiste na análise crítica e sistemática da qualidade da atenção à saúde, incluindo os procedimentos usados no diagnóstico e tratamento, o uso dos recursos e os resultados para os pacientes, em todos os pontos de atenção, observada a utilização dos protocolos clínicos estabelecidos. Essa auditoria não deve ser confundida com a auditoria técnica contábil e financeira, distancia-se da cultura fiscalizatória focada nos aspectos contábeis dos serviços e da gestão que resulta apenas em punição e aproxima-se de uma ação voltada para a avaliação de resultados, como definido no Decreto 7508/2011.

Assim, o Componente Estadual de Auditoria encontra-se em construção, aguardando um novo decreto federal que atualize e substitua o Decreto 1651 de 1995, considerando a evolução do SUS, suas formas de financiamento e a recente Lei Complementar 141.

COMPONENTE MUNICIPAL DE AUDITORIA

No plano municipal, as Secretarias Municipais de Saúde devem se organizar no sentido de constituir suas equipes para a implementação do componente municipal de auditoria, compondo o SNA com as atribuições descritas no Decreto Federal 1651.



REGULAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A Regulação de serviços de saúde é efetivada através das ações de Regulação da Atenção à Saúde, que incidem na produção direta das ações de serviços e, portanto, nos prestadores de serviços.

A regulação da rede de serviços de saúde constitui-se em um processo gerencial que contempla:

1. Cadastramento dos estabelecimentos de saúde, dos profissionais e dos usuários;
2. Credenciamento dos estabelecimentos e, se necessário, o encaminhamento dos processos para habilitação, bem como monitoramento e fiscalização do cumprimento dos critérios;
3. Programação orçamentária por estabelecimento, em nível ambulatorial;
4. Autorização das internações e dos procedimentos especializados e de alta complexidade.

A partir da produção do cuidado, passa-se às ações gerenciais de avaliação:

1. Processamento das informações que viabilizem o pagamento dos serviços prestados;
2. Monitoramento e fiscalização da execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio de ações de supervisão hospitalar e ambulatorial;
3. Monitoramento e revisão das faturas de cada estabelecimento;
4. Controle da regularidade dos pagamentos efetuados aos estabelecimentos de saúde;
5. Monitoramento e avaliação da produção, inclusive a relação entre programação, produção e pagamento;
6. Avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos por meio de análise de dados, indicadores e verificação dos padrões de conformidade.

Essas ações estão mais diretamente ligadas à assistência, sendo os prestadores públicos, privados e filantrópicos os principais objetos dessa ação, e devem integrar um amplo processo de gestão que interrelaciona várias funções de um sistema de saúde como planejamento, programação, contratualização / contratação, regulação do acesso e avaliação de serviços e sistemas de saúde.

A atividade de planejamento, ao basear-se nas necessidades de saúde, fixa parâmetros de produção, rendimento ou cobertura e deve estar garantida pelo orçamento. Alocada segundo a PPI, orienta assim a contratação de serviços, cujos estabelecimentos devem ser cadastrados e, quando for o caso, devidamente credenciados/habilitados. A PPI deve orientar a programação físico-orçamentária (FPO) dos estabelecimentos ambulatoriais, viabilizar a autorização da produção e estar integrada à regulação do acesso aos serviços de saúde.

A informação resultante da produção dos serviços deve ser continuamente supervisionada e monitorada, retro alimentar o planejamento, demandar auditorias e gerar indicadores para a avaliação e melhoria da atenção à saúde.

O controle ao estar integrado com a contratação, regulação do acesso e a avaliação das ações e serviços de saúde compõe a regulação da rede de atenção à saúde.

CADASTRAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Cadastramento é o ato de o gestor incluir no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), o estabelecimento de saúde, de qualquer esfera administrativa, prestador ou não do SUS, existente no território sob sua gestão. O CNES é um cadastro de base nacional previsto para atualização contínua, cuja manutenção está sob a responsabilidade dos gestores estaduais



e municipais de saúde. É importante a fidedignidade das informações cadastrais, devendo ser realizada sua atualização constante, in loco. As equipes de vigilância sanitária são integrantes importantes, pois atuam na fiscalização e emissão de alvará de funcionamento em todos os estabelecimentos de saúde, públicos e privados.

O CNES é um instrumento que subsidia os gestores na implementação das políticas de saúde sendo indispensável para áreas de planejamento, regulação, controle, avaliação e auditoria.

Acessando o site, (<http://cnes.datasus.gov.br>) podemos identificar as informações de infraestrutura, tipo de atendimento prestado, serviços especializados, leitos, profissionais de saúde indicadores etc. existentes nos estabelecimentos de saúde em todo país, incluindo todas as esferas administrativas, pública e privada.

O cadastramento de usuários também é uma atividade de controle e avaliação que permite a alimentação do Cadastro Nacional de Usuários do SUS, de base nacional. Esse cadastro disponibiliza dados de identificação individual para o Cartão SUS e encontra-se em fase de implementação.

CREDENCIAMENTO DAS REDES DE ALTO CUSTO

Credenciamento é o ato do gestor municipal ou estadual certificar um estabelecimento de saúde para a realização de procedimentos constantes nas tabelas do SUS, que pode necessitar ou não da ratificação do gestor federal (habilitação), conforme normas vigentes.

Para cobrança dos procedimentos de alto custo faz-se necessário que os serviços sejam regularmente cadastrados nas especialidades correspondentes e os estabelecimentos devidamente habilitados. Os gestores devem estruturar suas redes de atenção, implantar/programar as políticas de alto custo e identificar os estabelecimentos a serem credenciados segundo normas técnicas específicas pactuadas. Os prestadores de serviços de saúde devem encaminhar documentação ao gestor local, que verifica o correto cumprimento das normas e da inserção na rede, autorizando o credenciamento e encaminhando ao gestor federal para habilitação. É importante a verificação de impacto financeiro no orçamento e sua responsabilização pelos diversos gestores. As políticas e normas de credenciamento/habilitação constam em portarias específicas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Atenção à Saúde.

Sob a denominação de alta complexidade, estão agrupadas ações e procedimentos de saúde que demandam maior agregação de tecnologia (alta complexidade) e geralmente demandam maiores aporte de recursos (alto custo), bem como os procedimentos de ações consideradas, pelo Ministério da Saúde, estratégicas. A garantia desse acesso é de responsabilidade solidária entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde dos Estados e do Distrito Federal.

A organização da rede é feita com base nos parâmetros de necessidade e na disponibilidade dos serviços de saúde. A capacidade instalada (física e de recursos materiais e humanos) de cada estabelecimento define a respectiva produção potencial, que deve ser ajustada à disponibilidade orçamentária e financeira, para definir a contratação dos serviços. A programação das internações pode ser feita por clínica ou por procedimentos do SIH e baseia-se no número de leitos, na média de permanência e na taxa de ocupação.

A programação dos estabelecimentos (FPO e de internações) deve guardar estrita compatibilidade com o desenho da rede loco – regional e a programação global do sistema como um todo (PPI).



CONTRATAÇÃO E CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Aos gestores locais do Sistema Único de Saúde, compete assegurar a universalidade no atendimento à saúde. Para possibilitar aos gestores do sistema o alcance da universalidade, foi-lhes facultado agregar serviços de saúde do setor privado de forma a complementar a oferta pública (nas três esferas) disponível.

A Constituição em seu art. 199, parágrafo 1º, define que “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes desse, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”.

No Brasil, a compra de serviços, em grande medida, não é construída com base no planejamento e na avaliação das reais necessidades da população. Não há definição clara sobre quais serviços e em que tamanho os gestores do SUS precisam e podem comprar para complementar a sua rede de serviços.

Por outro lado, temos o setor público, ainda “prisioneiro” da oferta do setor privado, desconsiderando o princípio da participação complementar – que só se faz presente quando a rede pública é insuficiente, ou seja, quando se esgota toda a capacidade pública instalada.

É imprescindível reverter tal situação, devendo os gestores do SUS, estadual e municipal, considerando as necessidades locais e regionais, definirem quais serviços e em que quantidade são necessários à complementação da oferta da rede pública, estabelecendo o alicerce que pautará os termos dos contratos a serem firmados com o setor complementar.

Considerando-se as diversidades econômicas e demográficas entre os municípios brasileiros, temos uma realidade em que a grande maioria dos municípios não tem população suficiente que justifique a implantação de uma rede completa de serviços em todos os seus níveis hierárquicos.

Para possibilitar a montagem dessa rede de serviços de saúde, é necessário integrar toda a oferta do setor público e incorporar serviços em caráter complementar, quando houver insuficiência ou inexistência na rede pública. Assim, a Programação Pactuada e Integrada – PPI constituiu-se num importante recurso capaz de instrumentalizar e apontar a quantidade e diversidade de serviços a serem contratados, a sua localização e os fluxos de referência e contrarreferência.

O novo processo de “contratualização”, um neologismo intencional, caminha para a discussão da pactuação entre os gestores dos sistemas de saúde e dos prestadores de serviços, para além do ato formal da contratação. Gestores e prestadores de serviços devem estabelecer efetiva parceria e formular as metas que deverão ser cumpridas pelas partes, observando a realidade da rede de saúde local, possibilitando o estabelecimento de contratos a serem financiados de acordo com o cumprimento de metas com o gestor.

Estas metas devem estar inseridas em áreas consideradas estratégicas e prioritárias, fundamentadas nos princípios e diretrizes do SUS, tais como: a garantia do acesso qualificado e inserção na rede com definição do perfil assistencial, do papel da instituição e de sua inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS, explicitando o compromisso dos prestadores de serviços de saúde em relação à assistência e considerando a necessidade real da população; a qualificação da atenção e humanização com definição das responsabilidades destes e dos gestores na educação permanente e na formação de profissionais de saúde; a qualificação e democratização da gestão com aprimoramento no processo da gestão hospitalar em razão das necessidades e da inserção do serviço na rede hierarquizada e regionalizada do SUS; e a área de pesquisa e avaliação tecnológica no caso dos Hospitais Universitários.

Os hospitais passam a ter um orçamento global misto, como nos projetos de reestruturação dos hospitais universitários, hospitais de pequeno porte e hospitais filantrópicos em que receberão um montante fixo por mês destinado ao custeio de ações de média complexidade e outro valor,



baseado na produção de serviços, para custear ações de alta complexidade. Nesse processo de “contratualização” são fundamentais as comissões de acompanhamento em que todos os atores possam ter participação, inclusive o cidadão no exercício do controle social do SUS.

O estabelecimento da regularização jurídica do processo de compra e de prestação de serviços mediante a formalização de contratos, nos quais estejam contidos, de forma clara, os direitos e deveres de cada uma das partes, representa ganhos para os gestores do Sistema Único de Saúde, combinando a regularização jurídica a um planejamento que considere as necessidades da população local ou referenciada e estabelecendo-se a vinculação desses serviços à regulação da oferta segundo a demanda/necessidades, o gestor passa a contar com uma poderosa ferramenta que possibilitará a avaliação e o controle da assistência ofertada na perspectiva de torná-la mais eficiente, eficaz e efetiva para os usuários do SUS, revertendo-se assim o cenário anterior, quando o gestor em muitas situações ficava à mercê dos interesses do setor complementar.

PARTICIPAÇÃO DA INICIATIVA PRIVADA

“As ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao Poder Público a sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou por meio de terceiros e também por pessoa física ou jurídica de direito privado”. Art. 197 da Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988.

A Constituição em seu art. 199, parágrafo 1 define que “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes desse, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

“Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada”. Art. 24 da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

A Lei 8.666, de 21 de junho de 1993 .. Institui normas para licitação e contratos da Administração Pública. Não trata das especificidades da compra de serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde, no entanto é um dos referenciais legal a ser adotado.

TIPOS DE CONTRATOS

Para proceder à contratação de serviços de saúde, o gestor pode utilizar diversos instrumentos contratuais, que serão adotados de acordo com a natureza do objeto a ser contratado. Dentre eles, destacam-se:

Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos – no PCEP, como é chamado, são pactuados o uso e as metas de uma determinada unidade prestadora de serviço sob gerência de um nível de governo e gestão de outro. Não é um contrato propriamente dito, mas os ajustes firmados entre os níveis de governo devem seguir as determinações da Lei n.º 8.666.

Convênio – convênio pode ser definido como forma de ajuste entre Poder Público e entidades públicas ou privadas, para a realização de objetivos de interesse comum, mediante mútua colaboração, ou seja, todas as partes querem a mesma coisa. Assim, convênio pode ser utilizado para regular a relação com as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, quando houver o



interesse mútuo em promover a saúde da população. Em razão do disposto no art. 199, §1º da Constituição Federal, tais entidades têm prioridade na participação complementar na rede pública de saúde.

As unidades filantrópica “deverão ofertar a prestação de todos os seus serviços ao SUS no percentual mínimo de sessenta por cento, e comprovar anualmente, o mesmo percentual em internações realizadas, medida por paciente-dia” – Parágrafo 4.º Art. 3.º - Decreto n.º 4.327, de 8 de agosto de 2002. Devendo a instituição informar, obrigatoriamente, ao Ministério da Saúde, por meio da Comunicação de Internação Hospitalar – CIH, a totalidade das internações realizadas para os pacientes não usuários do Sistema Único de Saúde.

As unidades que prestam serviços exclusivamente no nível ambulatorial também devem comprovar anualmente a prestação desses serviços ao SUS, no percentual mínimo de sessenta por cento.

Contrato de Gestão – O Contrato de Gestão, segundo Meirelles (2003) não é um contrato propriamente dito, pois não há interesses contraditórios, é mais bem conceituado como um acordo de Direito Público. Sua finalidade básica é possibilitar a Administração fixar metas e prazos de execução a serem cumpridos pela entidade privada ou pelo ente da administração indireta, a fim de permitir melhor controle de resultados.

Mais utilizado como forma de ajuste entre a Administração Pública Direta e Entidades da Administração Indireta ou entidades privadas que exercem atividades paralelas às ações do Estado. O contrato de gestão é estabelecido por tempo determinado, ficando a entidade sujeita a controle de resultado para verificação do cumprimento das metas estabelecidas.

O contrato de gestão também está previsto na Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, como instrumento para estabelecer um vínculo jurídico entre organizações sociais e a Administração Pública, quando o objetivo do contrato for a transferência da gestão de uma instituição pública para a OS.

“O contrato de gestão, quando celebrado com entidades da Administração Indireta, tem por objetivo ampliar a sua autonomia; porém quando celebrado com organizações sociais, restringe-se a exigências contidas no contrato de gestão”.

Contrato Administrativo – Ajuste firmado entre Poder Público e prestadores privados com ou sem fins lucrativos quando o objeto do contrato for a compra de serviços numa lógica de pagamento por produção, seguindo os ditames da Lei 8666/93. O objeto do contrato deverá estabelecer metas por produção.

Contrato administrativo, segundo Meirelles (2003) é o ajuste que a Administração Pública, firma com particular ou outra entidade administrativa para a consecução de objetivos de interesse público, nas condições estabelecidas pela própria administração.

Um contrato administrativo tem como características básicas a consensualidade, pois consubstancia a vontade entre as partes; a formalidade, pois deve ser realizado por escrito; onerosidade, pois é remunerado na forma convencionada entre as partes; comutatividade, pois gerará obrigações recíprocas e equivalentes para as partes e intuitu personae (em razão da pessoa), ou seja, o objeto somente poderá ser realizado pelo próprio contratado.

O contrato administrativo possui uma característica que lhe é específica: a exigência de uma licitação prévia, que só será dispensável ou inexigível nos casos expressamente previstos em lei.

Plano Operativo – O Plano Operativo é um instrumento no qual são apresentadas ações, serviços, atividades, metas quantitativas e qualitativas e indicadores a serem pactuados entre



gestores e prestadores de serviços de saúde. Nele, deverá constar também à caracterização da instituição, sua missão na rede, a capacidade instalada e sua utilização, a definição de oferta e fluxo de serviços.

O Plano Operativo deverá acompanhar todos os ajustes realizados entre administração pública e setor privado.

Também pode ser utilizado pelo gestor na rede própria para diagnosticar a capacidade instalada, organizar a rede e, assim, demonstrar a real necessidade de contratação de serviços para fins de complementação de rede.

Conforme Artigo 55, da lei nº 8.666/93, são **cláusulas essenciais** nos contratos e convênios:

1. O objeto e seus elementos - especificações, quantidade a ser contratada.
2. O regime de execução dos serviços.
3. O preço e suas condições de pagamento, os critérios, a data base e periodicidade do reajuste de preços, os critérios de atualização monetária entre a data do adimplemento das obrigações e a do efetivo pagamento.
4. A vigência do contrato.
5. O crédito pelo qual correrá a despesa, com a sua classificação funcional-programática e da categoria econômica.
6. As garantias oferecidas para assegurar sua plena execução, quando exigidas.
7. Os direitos, obrigações e as responsabilidades das partes, as penalidades cabíveis e os valores das multas.
8. Os casos de rescisão.
9. O reconhecimento dos direitos da Administração, no caso de rescisão administrativa (inexecução total ou parcial do contrato) . Art. 77 da Lei nº 8.666/93.
10. A vinculação ao edital de Chamada Pública e ao processo de inexigibilidade.
11. A legislação aplicável à execução do contrato e especialmente aos casos omissos.
12. A obrigação do contratado de manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na Chamada Pública.

DIFERENÇAS BÁSICAS ENTRE CONTRATOS E CONVÊNIOS

- A. No contrato os interesses são opostos e contraditórios, no convênio eles são recíprocos;
- B. Os entes conveniados têm objetivos institucionais comuns e, se reúnem para alcançá-los;
- C. No convênio as partes buscam um resultado comum, no contrato as vontades “são antagonônicas, se compõem, mas não se adicionam”;
- D. Para a efetivação de um contrato é imprescindível o processo licitatório, já no convenio a licitação é inexigível, pois não há viabilidade de competição;
- E. No convenio há uma mútua colaboração que pode ocorrer de diversas formas repasse de recursos, uso de equipamentos, recursos humanos, materiais e imóveis, não se menciona preço, que é uma característica dos contratos;
- F. No contrato, o valor pago a título de remuneração integra o patrimônio da entidade que o recebeu; no convênio a entidade conveniada deve utilizar o valor recebido para a execução de determinada atividade que fora ajustada. Dessa forma, o valor repassado não perde o caráter público só podendo ser utilizado para os fins explicitados no convênio, por esse motivo, a entidade conveniada fica obrigada a prestar contas sobre a utilização do recurso público aos órgãos de controle interno e externo.



RELAÇÃO DOS CONTRATOS COM OS PROCESSOS DE GESTÃO

Necessidade/PPI – O contrato será firmado com base nas necessidades locais e naquelas decorrentes da Programação Pactuada Integrada, que visam o atendimento das populações de outros municípios.

Cadastro – O cadastro permite verificar a capacidade potencial dos serviços, demonstrando os serviços possíveis de serem realizados pelo estabelecimento de saúde, considerando-se a capacidade de recursos humanos e a estrutura física por serviço/procedimento, bem como a capacidade que já está comprometida com outros contratos/convênios.

Controle – O contrato instrumentaliza o processo de controle e avaliação da entidade contratada a ser desenvolvido. Os contratos são indutores da melhoria dos serviços prestados, proporcionando maior garantia dos direitos dos usuários e legitimam a transferência de recursos públicos à iniciativa privada.

Regulação – No contrato deve ficar estabelecido de forma clara que o objeto contratado será colocado para o acesso dos usuários através do Complexo Regulador e fluxos determinados pelo gestor do contrato.

Licitação – “Processo que se destina a garantir a observância do princípio constitucional da isonomia e a selecionar a proposta mais vantajosa para a Administração. Será processada e julgada em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade administrativa, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo e dos que lhe são correlatos”. Art. 3 - Lei 8.666/93.

A Licitação é uma exigência constitucional obrigatória para toda a administração, prevista no art.37, XXI da Constituição Federal de 1988 e estabelecida pela Lei 8.666, de 21 de junho de 1993, que visa regulamentar a contratação de bens e serviços pela Administração Pública. É um procedimento administrativo mediante o qual a Administração Pública tem a possibilidade de escolha da proposta mais vantajosa para a contratação de seu interesse. Desenvolve-se por meio de uma sucessão de atos que buscam propiciar igualdade a todos os interessados, atuando como fator de eficiência e moralidade nos negócios jurídicos².

Na área da saúde tem sido usual adotar a prática de não realizar o procedimento licitatório ao contratar serviços privados de saúde, porém, não há justificativa legal para tal conduta. Segundo os ensinamentos de Lenir dos Santos, nada poderá livrar a administração pública de realizar procedimento licitatório, nem mesmo o fato de os preços dos serviços serem previamente fixados pelo poder público, isso não constitui motivo justificável para não se fazer licitação. As exceções seriam os casos de inexigibilidade ou dispensa de licitação, que possuem previsão legal.

A inexigibilidade também poderá ser configurada quando o gestor tiver a necessidade de contratar todos os prestadores de serviço de seu território ou de uma determinada área (bairro, distrito, etc.), instalando-se assim, a impossibilidade de competição entre os concorrentes. Deve ser justificada e devidamente instruída, seu processo deve conter elementos de fato e de direito que comprovem de maneira indiscutível a impossibilidade de competição.

Chamada pública – Definida a inexigibilidade, a chamada pública poderá ser utilizada, num procedimento por meio do qual o gestor público informa a todos os prestadores de serviços de saúde localizados em sua base territorial o seu interesse de contratar serviços de saúde, com base nas necessidades complementares de sua rede, pelos valores estabelecidos na tabela do SUS (nacional ou local).



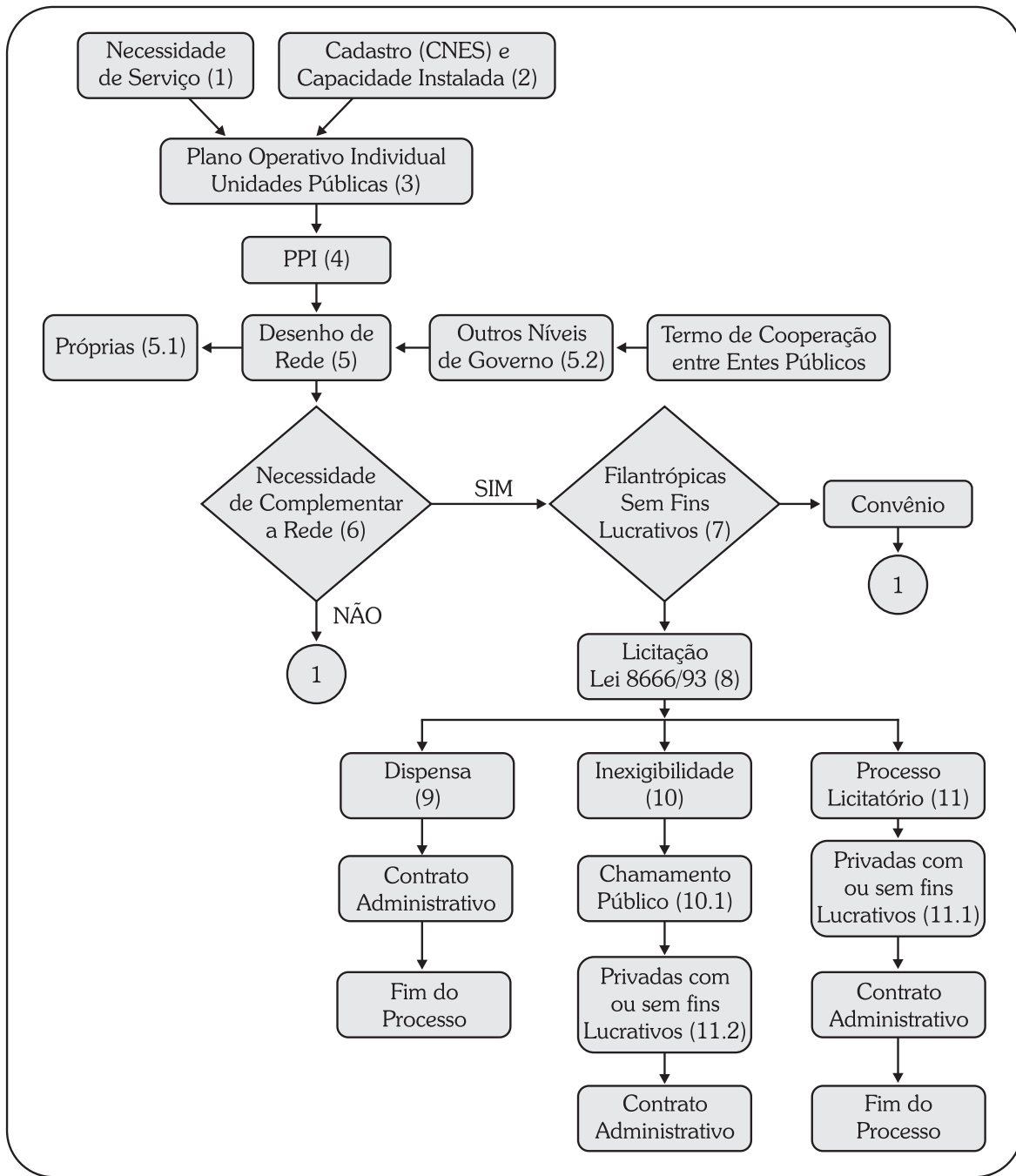
É um processo que deve obrigatoriamente ser público, portanto, amplamente divulgado por meio dos meios de comunicação (Diário Oficial, jornais, etc.).

O Edital de Chamada Pública deve explicitar:

1. As normas e os requisitos operacionais e legais exigidos dos serviços no processo de habilitação;
2. Os procedimentos/serviços a serem comprados, com os valores correspondentes, a serem praticados;
3. O modelo de contrato a ser firmado;
4. Demonstrativo da programação de compra de serviços (quantitativa e orçamentária);
5. Critérios de classificação dos prestadores: adotar indicadores da Vigilância Sanitária e outros que possam medir qualitativamente os serviços;
6. Ficha de Cadastro de Estabelecimento de Saúde – FCES;
7. Alvará da Vigilância Sanitária;
8. Circular da Secretaria de Saúde a todos os prestadores de serviços de saúde divulgando todo o processo.
9. Na construção do processo de compra de serviços de saúde, cabe ao gestor:
10. Considerar que as ações e os serviços de saúde que integram o SUS, constituem uma rede regionalizada e hierarquizada - assim, os serviços complementares estão inseridos dentro da lógica de prestação integral de saúde aos usuários do SUS;
11. Compreender que o processo não está restrito às áreas jurídicas e de licitação. Devendo outras instâncias da gestão, como epidemiologia e vigilância sanitária, controle, avaliação e regulação, auditoria, planejamento e financeiro, participarem da definição das necessidades de compra de serviços de saúde e do planejamento do processo.



ESQUEMA DE CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE



Legenda:

1. O Gestor de Saúde, por haver uma procura muito grande pelos serviços de saúde, acredita que há a necessidade de contratar serviços de privados de saúde, então.
2. O gestor, ao consultar o CNES verifica a sua capacidade instalada;
3. Ele deve elaborar um Plano Operativo de cada unidade pública sob sua gerência para fins de identificação da necessidade de complementação de serviços e organização de rede. Verificada a necessidade de complementação de serviços, esta deverá ser aprovada pelo Conselho de Saúde e constar do Plano de Saúde.
4. Faz a PPI;
5. Após tendo consultado esses dados o gestor terá o seu desenho de rede.
 - a. Se verificar que a rede própria é capaz de suprir as necessidades da população, não havendo necessidade de complementação haverá o fim do processo;



- b) Se o gestor, constatar que a rede própria é insuficiente e, portanto que há a necessidade de complementação e, que há em sua rede há instituições de outras esferas de governo ele deverá recorrer essas e o instrumento para formalizar esse acordo será o Termo de Cooperação entre Entes Públicos;
6. Se, com os serviços públicos de saúde devidamente contratados ainda for verificada a necessidade de complementação da rede, o gestor deverá recorrer aos serviços da rede privada.
7. Verificada a existência de entidades filantrópicas e, em função da prioridade da contratação prevista na CF/88 e na Lei 8080/90 poderá firmar convênio diretamente com a instituição, desde que firmada parceria para a prestação de serviços e ações de saúde.
8. O gestor deverá sempre fazer uso da Lei 8666/93 para a realização de qualquer contrato ou convênio com particular.
9. A licitação será dispensável nos casos em que o valor total da compra de serviços for 10% do valor contido no art. 23, inciso II, alínea a, ou se a demora na aquisição do serviço pode trazer prejuízos, art. 24, IV.
10. A inexigibilidade de licitação poderá ser constatada quando houver incapacidade de se instalar concorrência entre os licitantes, que poderá ocorrer quando houver apenas um prestador apto a fornecer o objeto a ser contratado, ou quando o gestor manifestar o interesse de contratar todos os prestadores de serviços de seu território de uma determinada área desde que devidamente especificada no Edital;
 - a. Quando a licitação for inexigível porque o gestor manifestou o interesse de contratar todos os prestadores ele poderá fazer uso do procedimento de Chamada Pública, onde será aberto um edital chamando todos os prestadores que se enquadrem nos requisitos constantes do edital a se cadastrarem e contratarem com a Administração Pública.
 - b. Do chamamento público será realizado um contrato administrativo com as entidades privadas com e sem fins lucrativos e com as entidades filantrópicas.
11. A realização do procedimento licitatório gerará um contrato administrativo com entidades privadas com ou sem fins lucrativos.
 - a. Ressalta-se que as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos quando optarem por não realizar convênio com a Administração Pública concorrerão com as demais empresas e perderão o seu privilégio na contratação e, por esse motivo, o instrumento firmado será o contrato administrativo.

IV. REGULAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A Regulação do Acesso operacionalizada pelo gestor público tem sido direcionada à promoção dos princípios da equidade e da integralidade do cuidado, seja por meio do controle sobre o fluxo da demanda por assistência à saúde em todas as Unidades prestadoras de serviços ou pelo redimensionamento da oferta, diminuição ou expansão, de acordo com as necessidades da população.

Para garantir a integralidade do acesso são necessárias operações de mudanças na produção do cuidado a partir da rede básica, secundária, da atenção à urgência bem como na atenção hospitalar, integrando todos os recursos disponíveis no Sistema de Saúde por meio de fluxos direcionados de forma singular e guiados pelo projeto terapêutico do usuário, para serem capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à sua assistência e ao restabelecimento de sua autonomia. Portanto, além de contribuir na otimização dos recursos de saúde existentes, a regulação do acesso busca a qualidade da ação por meio da resolubilidade, a resposta adequada aos problemas clínicos e a satisfação do usuário.

Para efetivá-la, será necessário criar as seguintes condições:

1. Conhecimento global dos **estabelecimentos de saúde**, o cadastramento de serviços, a condução de processos de compra e contratualização de serviços de acordo com as necessidades identificadas e as regras legais, o acompanhamento do faturamento, quantidade e qualidade dos serviços prestados;
2. **Cadastro completo** e fidedigno das unidades prestadoras de serviços de saúde, competindo ao gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada unidade, seja própria, conveniada ou contratada, a garantia de atualização dos dados cadastrais e de alimentação dos bancos de dados nacionais do SUS;
3. **Processo de compra de serviços** na rede privada pautado pelo interesse público e pela identificação das necessidades assistenciais;



4. **Contratos de prestação de serviços** como instrumentos efetivos de responsabilização dos prestadores com os objetivos, atividades e metas estabelecidas pelos gestores de acordo com as necessidades de saúde identificadas;
5. **Regulação da assistência** efetivada por meio da implantação de complexos reguladores, responsáveis pela regulação das urgências, procedimentos básicos, de atenção ambulatorial especializada, alto custo e internações eletivas.

Onde não existe serviço de marcação ou regulação para as consultas e exames especializados, o acesso aos mesmos tem-se dado por meio de procura direta ou por agendamento feito por solicitações/ intervenções de políticos e/ou profissionais que trabalham nos setores de marcação das unidades públicas e contratadas, sem avaliação da necessidade clínica frente às demandas por atendimento de toda a população usuária do Sistema Único de Saúde. Com isso, a produção de serviços destas unidades acaba sendo realizada à revelia do planejamento e da regulação do gestor público.

A regulação do acesso, com certa frequência, tem sido descrita como a implantação de computadores, redes de comunicação, centrais de internação, de consultas e exames, ou de normas e protocolos. No entanto, deve ficar claro que a regulação de acesso é um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações dirigidas aos serviços públicos e ou privados, gerentes e profissionais de saúde e que são utilizadas para ordenar, orientar, intermediar e definir o acesso dos usuários aos serviços de saúde a partir de suas necessidades.

A sua implementação deverá adequar todos os processos dessa área de conhecimento às especificidades locais, numa lógica de alocação de recursos voltada para as reais necessidades da população, e não pelas ofertas dos prestadores de serviços. Portanto, além de estarem articuladas e integradas com as áreas assistenciais da atenção básica, atenção programática e estratégica e atenção especializada ambulatorial e hospitalar, as suas ações devem também estar articuladas e integradas com as ações de contratação, controle e avaliação.

A articulação e a integração das áreas da assistência e da regulação permitem que o cadastro de estabelecimentos e de profissionais seja verificado à luz da oferta potencial dos prestadores de serviços, subsidiando a sua contratação e a programação da atenção.

Além disso, a padronização da solicitação, submetida à incorporação da lógica dos protocolos assistenciais, subsidia a regulação e a autorização prévia para a atenção em níveis mais complexos do sistema de saúde. A implementação de um processo de avaliação das ações de atenção à saúde, de forma sistemática e contínua, sobre estruturas, processos e resultados, permite o melhor planejamento, o descortinar de problemas para as ações de controle e auditoria assistencial, os ajustes na execução e a busca de uma melhor qualidade, eficiência, eficácia e efetividade.

Outro aspecto importante é o desenvolvimento de ações de supervisão hospitalar e ambulatorial que permite um maior controle da execução do atendimento, monitorando sua adequação assistencial, de qualidade e satisfação do usuário e seus aspectos contábeis e financeiros.

PRINCIPAIS AÇÕES PARA EFETIVAR A REGULAÇÃO DO ACESSO

A Portaria nº 1.559 de 01/08/2008, que instituiu a Política Nacional de Regulação, diz que a Regulação do Acesso à Assistência é efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários.



Contempla as seguintes ações:

1. Regulação da Atenção Básica
2. Regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar de urgências e emergências.
3. Controle e regulação dos leitos clínicos e cirúrgicos disponíveis e das agendas de consultas especializadas e de SADT, informados nos cadastros de estabelecimentos e profissionais e formalizados por meio dos contratos, convênios ou termos de compromisso.
4. Padronização das solicitações de internações, consultas, exames e terapias especializadas por meio dos protocolos assistenciais de acordo com os mais recentes e seguros consensos científicos.
5. Estabelecimento de mecanismos de referência entre as unidades segundo fluxos e protocolos padronizados, a partir da integração entre as ações de solicitações e de autorização.
6. Organização de fluxos de referência especializada intermunicipal por meio da conformação da rede hierarquizada e regionalizada e da PPI, articulados pelo TFD (Tratamento Fora do Domicílio).
7. Controle e monitoração da utilização mais adequada dos níveis de complexidade, balizados pelos protocolos e fluxos padronizados e consensuados.
8. Implantação de Complexos Reguladores.

INSTRUMENTOS DA REGULAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Todos os municípios deverão organizar uma atenção básica que seja **resolutiva** e que faça **encaminhamentos responsáveis e adequados** aos demais níveis de assistência. Na atenção em saúde, o gestor do sistema estabelece e define quais as ações e serviços serão oferecidos pelas unidades prestadoras, apontando o que e qual a quantidade será regulada. Alguns procedimentos serão autorizados na própria unidade solicitante, mediante a utilização de cotas mensais, que indicará a unidade onde o procedimento será realizado, referenciando os usuários diretamente. Outros procedimentos que estarão sob controle, quer pela proporção entre a oferta e a demanda ou pelo seu custo financeiro, necessitarão de regulação em outra instância. Se o procedimento não necessita de autorização prévia, a unidade solicitante poderá agendá-lo diretamente ou junto à Central de Regulação. Se o procedimento necessita de autorização prévia, esta deverá ser obtida junto à chefia imediata da unidade, que acionará posteriormente o regulador/autorizador. Dentro do universo de ações, serviços e procedimentos disponibilizados aos usuários SUS em média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, o gestor deverá pactuar com as suas unidades e com os municípios referenciados os fluxos para o acesso em toda a linha de produção do cuidado garantindo a integralidade da assistência no território sob sua gestão. Para tanto, serão utilizados os protocolos assistenciais no sentido de ordenar as solicitações e definir a **priorização do acesso pela gravidade clínica** do usuário e os fluxos de referência desenhados.

O SAMU, como parte do complexo regulador, tem papel fundamental nos municípios para a execução da atenção pré-hospitalar móvel, na regulação médica da atenção às urgências e nos demais elementos do complexo regulador. As centrais municipais de atendimento pré-hospitalar podem atuar como centrais regionais, notadamente nas áreas metropolitanas e junto às regiões de saúde, sempre que houver pactuação intermunicipal regional e acordo na Comissão Intergestores Bipartite. Por meio da Central de Regulação do SAMU é possível prestar atendimento pré-hospitalar aos portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, quando ocorrem fora do ambiente hospitalar, e fazer o transporte sanitário dos pacientes atendidos de forma adequada, acionado pelo público de modo fácil, gratuito e 24 horas por dia.



Dentro da proposta de atenção integral, o SAMU possibilita a integração com outros serviços do SUS, como a Central de Internação Hospitalar para efetuar as transferências inter-hospitalares, acionamento de UTI Móvel e contatos com as referências hospitalares de urgência e emergência, Unidades de Pronto-Atendimento, Unidades Básicas de Saúde e Unidades de PSF.

O PAPEL DOS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

Os protocolos assistenciais estão presentes há bastante tempo nos campos da Saúde Pública e da Medicina e podem ser categorizados como:

Protocolos clínicos ou diretrizes clínicas como recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de orientação de médicos e pacientes acerca de cuidados de saúde apropriados em circunstâncias clínicas específicas. De forma similar podem se estender aos demais profissionais de saúde. Várias publicações contêm protocolos das diversas áreas de atenção. Um exemplo é o da Agency of Health Care Policy and Research (AHCPR), sendo que as versões mais utilizadas são o “Clinical Practice Guideline” e “Quick Reference Guide for Clinicals”. (<http://www.ahcpr.gov>).

Protocolos de regulação do acesso são diretrizes para solicitar e usar, adequada e racionalmente, as tecnologias de apoio, diagnóstico e terapias especializadas, incluindo medicamentos de alto custo. É um instrumento de ordenação dos fluxos de encaminhamentos entre os níveis de complexidade assistencial orientando os atos profissionais que fazem parte dos protocolos clínicos. Constituem ações de controle assistencial/regulação do acesso e podem ser protocolos de ações programáticas e estratégicas como a organização do cuidado a determinados agravos ou em situações de risco à vida. Busca coordenar e integrar os processos de trabalho (atividades, saberes e tecnologias) das diversas categorias no mesmo nível ou entre os níveis de assistência.

COMPLEXOS REGULADORES

São estruturas que congregam um conjunto de ações da regulação do acesso à assistência, de maneira articulada e integrada, buscando adequar a oferta de serviços de saúde à demanda que mais se aproxima das reais necessidades de saúde da população. Assim, a constituição de Complexos Reguladores permite, aos gestores, articular e integrar os dispositivos de regulação do acesso como centrais de internação, centrais de consultas e exames, protocolos assistenciais com outras ações da regulação da atenção à saúde como contratação, controle assistencial e avaliação, e com outras funções da gestão como a programação e a regionalização. É o instrumento que permite absorver toda a assistência em uma estrutura de regulação, pois produz dados que estão relacionados com a resolubilidade real e não burocrática do sistema. Regular a oferta e a demanda por meio de Complexos Reguladores possibilita, portanto, a organização das ações de regulação do acesso de forma inteligente, no sentido de garantir a integralidade das ações de atenção à saúde, com qualidade e equidade.

CENTRAIS DE REGULAÇÃO

A Central de Regulação é uma estrutura que compreende toda a ação-meio do processo regulatório, ou seja, é o local que recebe as solicitações de atendimento, avalia, processa e



agenda, garantindo o atendimento integral de forma ágil e qualificada aos usuários do sistema de saúde, a partir do conhecimento da capacidade de produção instalada nas unidades prestadoras de serviços. A informação atualizada da oferta de serviços é instrumento fundamental no processo de regulação, pois possibilita identificar os déficits e as falhas do sistema, bem como a tomada de decisões de forma consistente, eficaz e eficiente. Existem funções específicas das Centrais Reguladoras no sistema de saúde. Para a sua operação cotidiana são utilizados recursos normativos, materiais, humanos e financeiros determinados pelo perfil epidemiológico e pela organização do modelo assistencial da região, da natureza do que regula e do território de sua abrangência.

Objetivos da Central de Regulação:

1. Atualizar as informações a partir dos bancos de dados do SUS;
2. Registrar e dar resposta a todas as solicitações recebidas nas modalidades assistenciais envolvidas no seu escopo de atuação, ou seja, para as internações referenciadas de urgência, emergência e eletivas, consultas de especialidades e SADT, disponibilizados pelo setor público e privados conveniado/ contratado;
3. Identificar a alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, fundamentada em protocolos técnicos e balizada pela alocação de recursos e fluxos de referência pactuados na PPI;
4. Exercer a autoridade sanitária no ordenamento da disponibilidade dos recursos assistenciais existentes no SUS;
5. Referenciar demandas às esferas superiores quando os recursos pactuados no território abrangido pela Central de Regulação forem insuficientes para garantir o acesso assistencial;
6. Disponibilizar relatórios ou quaisquer informações necessárias às atividades de gestão, controle, avaliação e auditoria;
7. Disponibilizar informações para o acompanhamento da Programação Pactuada e Integrada (PPI);

Atribuições da Central de Regulação:

1. Gestão de leitos e agenda
2. Gestão de demanda reprimida
3. Construção de grades de referência e contrarreferência
4. Classificação de risco
5. Construção e uso de protocolos
6. Regulação das referências intermunicipais e interestaduais
7. Gestão e controle de cotas
8. Comunicação com a rede de serviços de saúde e usuários

Tipos de Centrais de Regulação:

1. Central de regulação de urgências: regula a assistência pré-hospitalar e inter-hospitalar;
2. Central de regulação de leitos e internações: regula as internações eletivas e de urgência;
3. Central de Regulação de consultas, exames e procedimentos especializados de média e alta complexidade.

O aporte físico, tecnológico, estrutural e logístico da Central de Regulação guardará correspondência com sua área de abrangência, com suas unidades de trabalho, com a densidade das áreas assistenciais associadas e com sua interface com processos de gestão do SUS, em especial com a área de controle e avaliação.



Pressupostos de implantação:

1. Elaborar plano de ação, no qual estejam definidos a oferta de serviços e os fluxos pre-existent, a abrangência do Complexo Regulador (unidades e municípios solicitantes e executantes), e a previsão para sua expansão gradual;
2. Definir e organizar a estrutura física e os recursos logísticos necessários ao seu funcionamento;
3. Definir os protocolos clínicos a serem agregados e os protocolos operacionais que orientam a regulação, regras para a condução das rotinas e exceções das unidades da central de regulação, e a definição de atribuições e competências entre as unidades e municípios;
4. Seleção e treinamento dos recursos humanos.

Recursos necessários:

1. Estrutura física adequada;
2. Equipamentos de informática interligados em rede com as unidades que constituem a rede de assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, contando com servidores dimensionados;
3. Software, incluindo geo-processamento, desenvolvido em linguagem que permita a interface com demais sistemas do Ministério da Saúde como SIA, SIH, PPI, CNES, FPO e Cartão Nacional de Saúde;
4. Recursos humanos treinados (videofonistas, profissionais reguladores, autorizadores/auditores /supervisores, atendentes e pessoal de apoio);
5. Linhas telefônicas;
6. Link para acesso a Internet.

ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO

Para operacionalizar a Central de Regulação, é necessário que o gestor defina previamente a sua estratégia de regulação, que envolve a abrangência da Central, escopo da Central de Regulação, a definição de unidades solicitantes e unidades executantes e dos profissionais de regulação.

Abrangência da Central

Compreende a região geográfica de cobertura da Central de Regulação.

Pode ser:

1. Nacional: agrupa estado e municípios do território nacional.
2. Estadual: agrupa municípios de um estado.
3. Regional: agrupa municípios de uma determinada região.
4. Municipal: agrupa recursos assistenciais de um dado município.
5. Distrital: agrupa recursos assistenciais de um distrito sanitário, dentro de um município.

Esfera Administrativa

Refere-se ao nível de governo responsável pela gestão dos recursos assistenciais vinculados à Central de Regulação. Pode ser o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde ou a combinação de mais de um desses níveis de governo.



A abrangência e respectiva gestão devem ser pactuadas, em processo democrático e solidário, entre as esferas de gestão do SUS.

Escopo da Central de Regulação

É a definição pelo Gestor de quais especialidades, quais procedimentos (internações, consultas e exames) serão regulados, e que profissionais de saúde estarão vinculados à Central de Regulação.

Dentro do escopo também são definidos os recursos físicos e financeiros alocados para atendimento à população própria e referenciada.

Unidades Solicitantes

São instituições de saúde às quais é permitido solicitar atendimentos à Central de Regulação. São consideradas unidades solicitantes junto à Central de Regulação:

1. Unidades básicas de saúde, ambulatórios de especialidades e unidades de pronto-atendimento da área de referência.
2. Secretarias Municipais de Saúde e Coordenadorias Regionais de Saúde.
3. Centrais de regulação de outros municípios e regiões autorizados pelo gestor.
4. Hospitais públicos e privados de menor complexidade.

As unidades solicitantes deverão ter senha de acesso à central fornecida pelo gestor. O acesso poderá ser feito por telefone ou por meio do sistema, para quem estiver em rede.

Unidades Executantes

São os estabelecimentos de saúde públicos e privados que, sob a concordância do respectivo gestor do SUS, ofertam sua capacidade física de atendimento (ou parte dela) para a Central de Regulação. Fazem parte da rede assistencial do SUS prestando serviços na área de consultas de especialidades, serviço de apoio diagnóstico e terapêutico e internações hospitalares, e são incorporados à Central de Regulação por meio do CNES.

Como implantar as Centrais de Regulação

1. Definir e nomear o grupo de trabalho para planejar a estratégia e conduzir o cronograma de implantação.
2. Definir o responsável pela área tecnológica, com autonomia para tomada de decisões na gestão dessa área.
3. Definir e alocar a infraestrutura necessária para a Central de Regulação como:
 - a) Área física: local onde serão alojados os equipamentos e o pessoal que operacionalizará a Central de Regulação. Este local deverá garantir segurança e a continuidade do funcionamento dos equipamentos, em um ambiente com acesso restrito, proteção para ocorrência com fogo e desastres naturais, com climatização adequada e com mecanismos de garantia de funcionamento dos equipamentos essenciais em caso de interrupção do fornecimento de energia elétrica.
 - b) Equipamentos e sistemas de apoio (bancos de dados e sistema operacional): aquisição e manutenção de computadores, aplicativos para banco de dados (dados sobre laudos, AIHs, APACs, FCES, CNS, PPI) servidor WEB, licenças (se necessário).



- c) **Conectividade:** engloba a rede local da Central Reguladora e a rede para acesso remoto. A Central de Regulação requer uma rede local de alta disponibilidade/desempenho, lógica e fisicamente isoladas de outras redes, com o cabeamento de dados em instalações que garantam segurança. Na conexão com as unidades solicitantes e executantes (rede de acesso remoto) preferencialmente deve-se utilizar acesso em banda larga, a fim de garantir agilidade ao gerenciamento da regulação.
- d) **Recursos Humanos:** pessoal que trabalhará na operação, na administração, na regulação do acesso e na manutenção da Central de Regulação. O quantitativo será definido de acordo com o tamanho da rede assistencial que se pretende regular, mediante a assessoria do MS e do DATASUS. O perfil desejado para os profissionais depende da função desses no sistema, porém, os profissionais necessários são: coordenador, supervisor, regulador/autorizador e videofonista.

d.1) Funções dos profissionais da Central de Regulação:

Coordenador/gerente: é o profissional responsável pela administração da Central de Regulação, possuindo autonomia para a tomada de decisões e para a execução das negociações e conduções pertinentes ao processo estabelecido entre prestadores, gestores e intergestores. Preferencialmente, executa a interlocução da central com o Gestor da Saúde.

Regulador/autorizador: checa as evidências clínicas dos casos contidos nos laudos médicos, guias de referência e solicitação de procedimentos de alta complexidade. Autoriza e encaminha as internações, bem como as consultas e exames quando necessário, a partir das ofertas disponíveis no Sistema e necessidade do paciente, podendo alterar, quando procedente, os procedimentos solicitados.

Administrador: coordena a distribuição do trabalho dos atendentes e videofonistas da Central, controla o estoque do material de consumo, solicita sempre que necessário o suporte local para solucionar problemas operacionais do sistema informatizado, administra e operacionaliza, insere usuários para o sistema informatizado, incluindo-os nos grupos de acesso, cadastrando as unidades administrativas e os profissionais de regulação, feriados, motivos de impedimento e demais procedimentos necessários ao funcionamento adequado da Central.

Videofonistas/Auxiliar de regulação: atendem as ligações das unidades que não possuem computadores conectados à rede e servem como intermediários entre as Unidades de Saúde (solicitantes e/ou executantes) e a Central de Regulação. Solicitam, agendam e cancelam atendimentos de internação eletiva ou de consultas e exames, solicitam a ação do Regulador em caso de urgência/emergência ou quando surgirem situações que não permitam agendar o atendimento. Registram internações e dados complementares, transferem pacientes entre clínicas e Unidades Assistenciais, consultam o mapa de internações e a agenda de marcação de consultas e exames.

Administrador de Tecnologia da Informação: profissional que garante a manutenção do sistema informatizado que operacionaliza a Central de Regulação, incluindo os equipamentos, a rede, os aplicativos e a base de dados.

4. Definir as unidades solicitantes.
5. Definir as unidades executantes.
6. Realizar a configuração da Central. Para configurar a Central e iniciar a sua operação será necessário:
 - a) Atualizar e incluir o banco do CNES;
 - b) Atualizar e incluir o banco do CNS
 - c) Atualizar e incluir o banco da PPI;



- d) Incluir as unidades solicitantes, as executantes (prestadoras) e as unidades administrativas;
 - e) Distribuir os limites físicos (cotas) de solicitação para cada unidade;
 - f) Vincular os profissionais às unidades de lotação;
 - g) Definir e incluir os grupos de acesso ao sistema e seu perfil;
 - h) Criar os usuários do sistema e suas senhas;
 - i) Cadastrar as escalas médicas;
 - j) Definir e cadastrar os procedimentos que poderão ser liberados sob regulação;
7. Definir e disponibilizar os relatórios operacionais, gerenciais e os indicadores para os diversos níveis da gestão e sua periodicidade para divulgação.
8. Definir o horário de funcionamento da Central, que pode variar de 8 a 24 horas, de acordo com os recursos disponíveis. No caso da Central de Regulação de Internações essa deve funcionar 24 horas por dia devido à ocorrência de internações de urgência/emergência.
9. Definir os protocolos assistenciais, instrumentos relevantes na estruturação dos complexos reguladores.
10. Definir as normas e rotinas operacionais, tais como:
- a) Normas de funcionamento da Central: horário, função e processo de trabalho de cada categoria profissional;
 - b) Dados obrigatórios que deverão ser solicitados à unidade solicitante para efetuar o procedimento solicitado, dentro do escopo de atuação da Central;
 - c) Serviços auxiliares que deverão ser acionados para complementar o fluxo do atendimento;
 - d) Informações que deverão ser repassadas às unidades para qualificar o atendimento;

Para a implantação dos protocolos em toda a rede, e para a implantação efetiva da regulação do acesso, o caminho deverá ser sempre a busca de consensos entre os profissionais na organização da atenção, tomando a saúde enquanto um bem inseparável da vida e um direito do cidadão.

SISTEMAS INFORMATIZADOS

São sistemas utilizados para gerenciar e operacionalizar as funções da Central de Regulação. São **objetivos** de um sistema informatizado de regulação:

- a) Distribuir de forma equânime os recursos de saúde para a população própria e referenciada;
- b) Distribuir os recursos assistenciais disponíveis de forma regionalizada e hierarquizada;
- c) Acompanhar dinamicamente a execução dos tetos pactuados entre as unidades e municípios;
- d) Permitir o referenciamento em todos os níveis de atenção nas redes de prestadores públicos e privados;
- e) Identificar as áreas de desproporção entre a oferta e a demanda;
- f) Subsidiar as repactuações na PPI e o cumprimento dos termos de garantia de acesso;
- g) Permitir o acompanhamento da execução, por prestador, das programações feitas pelo gestor.

Para atingir os objetivos propostos e operar a Central de Regulação, um sistema de regulação deverá ter as seguintes **funcionalidades**:



1. Configurar controle de acesso dos usuários ao sistema informatizado.
2. Configurar o perfil do estabelecimento de saúde no que se refere à sua natureza (executante ou solicitante) e a oferta e complexidade da mesma.
3. Configurar a PPI para a população própria e referenciada, a sua validade e o controle financeiro (opcional).
4. Configurar a oferta por estabelecimento, por validade e controle financeiro (opcional).
5. Permitir a hierarquização entre as Centrais de Regulação.
6. Interagir com outros bancos de dados (CNES, CNS, PPI, SIA e SIH).
7. Gerar arquivos para bases de dados nacionais.
8. Gerar relatórios operacionais e gerenciais.

Para possibilitar ações regulatórias para consultas, exames e internações, faz-se necessário que o sistema consiga:

1. Gerar agenda por especialidade, sub-especialidade, profissional e período de validade da mesma;
2. Distribuir cotas por unidade solicitante e por tipos de consultas/procedimentos: 1ª vez e retorno;
3. Possibilitar o gerenciamento da fila de espera por prioridade, procedimento, CID com a identificação dos pacientes;
4. Configurar impedimentos por estabelecimento e profissional;
5. Gerar mapa de leitos com atualização dinâmica;
6. Autorizar e encaminhar pacientes com a configuração da grade de referência, indicação de prioridades, geração de AIHs, APACs;
7. Acompanhar a alocação de leitos de urgência e eletivos por clínica e prestador;
8. Controlar o fluxo dos pacientes nas unidades terciárias (admissão, acompanhamento da internação e alta) e secundárias (solicitação, agendamento e atendimento);
9. Acompanhar os atendimentos e internações agendadas;
10. Detectar a ocorrência de cancelamentos de internações, e a não execução de consultas e exames por motivo definido e impedimentos de agendas;
11. Subsidiar os setores de controle, avaliação e auditoria no que se refere ao faturamento em alta e média complexidade ambulatorial e hospitalar e a qualidade da assistência;

VI. ESTRUTURA DOS COMPLEXOS REGULADORES NO ESTADO DE SÃO PAULO

Em consonância com a Política Nacional de Regulação do SUS e com a organização das Redes Regionais de Atenção à Saúde, a Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo definiu diretrizes para Regulação da Assistência no âmbito do Estado, que estão publicadas na Deliberação CIB nº 6 de 08/02/12.

A Regulação dos Serviços de Saúde nas Redes de Atenção pressupõe que as RRAS são compostas por várias Redes Temáticas (por ex: urgência e emergência, materno infantil, oncologia, traumatologia ortopedia, dentre outras), por sua vez constituídas por serviços de várias densidades tecnológicas, articulados entre si.

A organização das ações de regulação, no âmbito das RRAS, favorecerá as atividades de planejamento pontuando a necessidade de ampliação de novos serviços no território com o objetivo de promover a integralidade do cuidado.

Os gestores municipais e estadual devem se organizar de maneira a ofertar a totalidade dos serviços, tanto aqueles financiados com recursos federais previstos Programação Pactuada



e Integrada – PPI, quanto aqueles financiados com recursos próprios municipais e estadual, de acordo com os protocolos estabelecidos, além de realizar o referenciamento para outras RRAS, esgotada a capacidade da própria e devidamente pactuado, bem como efetuar a contra-referência para que o município de origem possa dar continuidade ao cuidado prestado.

Cada RRAS deverá implantar um Complexo Regulador integrado por Centrais de abrangência municipal ou regional.

Compete ao Estado apoiar os municípios no desenvolvimento de sua capacidade de regulação e todo município, independente de seu porte populacional ou capacidade de oferta de serviços, deve desenvolver ações reguladoras em seu território, objetivando:

- Melhorar o acesso de sua população aos serviços de saúde locais;
- Realizar o acompanhamento do cuidado prestado aos usuários;
- Melhorar a qualidade, racionalizar e tornar mais eficiente o uso dos recursos de saúde existentes;
- Qualificar os encaminhamentos de sua população para recursos de saúde externos.

A regulação deve ser realizada por meio de cogestão da central municipal (se existir) e do Complexo Regulador da RRASS correspondente, podendo existir diferentes modalidades de articulação, conforme pactuação prévia entre os gestores envolvidos.

ESTRUTURA E FUNCIONALIDADE DOS COMPLEXOS REGULADORES DAS RRAS

Está prevista a estruturação de um Complexo Regulador Estadual e onze Complexos Reguladores Regionais de acordo com o seguinte desenho:

- 1- O Complexo Regulador Metropolitano - compreende as RRAS 01, 02, 03, 04, 05, 06 (DRS Grande São Paulo);
O Complexo Regulador Estadual constará da mesma estrutura do Complexo Regulador Metropolitano, porém com o seu papel distinto no Sistema de Regulação.
- 2- Complexo Regulador da RRAS 7 (DRS Baixada Santista/DRS Registro)
- 3- Complexo Regulador da RRAS 8 (DRS Sorocaba);
- 4- Complexo Regulador RRAS 9 (DRS Bauru);
- 5- Complexo Regulador RRAS 10(DRS Marília);
- 6- Complexo Regulador 11(DRS Presidente Prudente);
- 7- Complexo Regulador da RRAS 12 (DRS São José do Rio Preto e DRS Araçatuba);
- 8- Complexo Regulador RRAS 13 (DRS Ribeirão Preto, DRS Araraquara, DRS Barretos e DRS Franca);
- 9- Complexo Regulador da RRAS 14 (DRS Piracicaba);
- 10- Complexo Regulador – compreendendo as RRAS 15 e RRAS 16 (DRS Campinas e DRS São João da Boa Vista);
- 11- Complexo Regulador da RRAS 17 (DRS Taubaté)

O Complexo Regulador Estadual deve fazer a articulação das solicitações oriundas dos Complexos Reguladores Regionais e de outros estados. Cada Complexo Regulador Regional de acordo com perfil dos municípios e DRS que o compõe poderão se organizar para implantação uma ou mais centrais de regulação, conforme complexidade, necessidade e pactuação nos CGredes.



ATRIBUIÇÕES DO COMPLEXO REGULADOR ESTADUAL

- 1– Operar na mesma estrutura do Complexo Regulador Metropolitano (como unidade do Complexo Regulador Estadual, que trabalhará) integrado com os Complexos Reguladores Regionais e Municipais;
- 2– Intermediar as demandas não resolvidas nos Complexos Reguladores Regionais;
- 3– Atender as demandas eletivas de outros estados nas especialidades de neurocirurgia, cardiologia, ortopedia, oncologia e epilepsia por meio da Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade - CERAC-SP, articulada com a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC;
- 4– Regular o acesso aos serviços estratégicos e de escala reduzida como Cirurgia Cardiológica Infantil, leitos referenciados para Tuberculose e Hanseníase e outros a serem definidos pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB;
- 5– Coordenar a Unidade de Desenvolvimento e Acompanhamento do Sistema de Informação Estadual Portal CROSS nas diferentes modalidades: Modulo pré-hospitalar, Modulo leitos de apoio, Modulo Urgência inter hospitalar, Modulo ambulatorial;
- 6– Promover a inclusão imediata da oferta de todos os serviços sob gestão estadual no atual sistema de informação – Portal CROSS, na perspectiva de articulação e interface com demais sistemas de informação já existentes (SISREG/SIGA e outros);
- 7– Estruturar unidade de monitoramento dos planos operativos dos contratos dos prestadores.

ATRIBUIÇÕES DO COMPLEXO REGULADOR REGIONAL

- 1– Definir as Redes temáticas prioritárias que serão escopo da Central;
- 2– Mapear todos os recursos de saúde sob gestão estadual e municipal das Redes Temáticas definidas;
- 3– Pactuar fluxos e protocolos destas redes;
- 4– Mapear as portas hospitalares estratégicas para urgência dos hospitais sob gestão estadual e municipal com abrangência regional, que deverão disponibilizar sua oferta ao Complexo Regional;
- 5– Promover a inclusão da oferta de todos os serviços sob gestão estadual no atual sistema de informação- Portal CROSS, na perspectiva de articulação e interface com os demais sistemas de informação já existente (SISREG/SIGA e outros);
- 6– Operacionalizar os recursos da região por intermédio de sistema de informação;
- 7– Analisar regularmente todos os dados compilados e compartilhará-los de maneira que se possa programar ações e corrigir distorções;
- 8– Operar em cogestão com os Complexos Reguladores Municipais;
- 9– Acionar o Complexo regulador estadual quando esgotada capacidade de resolução das demandas no âmbito das RRAS.

ATRIBUIÇÕES DO COMPLEXO REGULADOR MUNICIPAL

- 1– Definir as Redes temáticas prioritárias que serão escopo da Central;
- 2– Mapear os recursos de saúde existentes no município definindo as unidades executantes e solicitantes;



- 3- Pactuar fluxos e protocolos com as unidades executantes e solicitantes do seu território e regionalmente;
- 4- Mapear as portas hospitalares estratégicas para urgência dos hospitais existentes no município;
- 5- Operacionalizar os recursos do município por intermédio de sistema de informação;
- 6- Analisar regularmente todos os dados compilados e compartilhá-los de maneira que se possa programar ações e corrigir distorções, especialmente no Colegiado de Gestão Regional - CGR;
- 7- Operar em cogestão com o Complexo Regulador Regional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Apostila do Curso Básico de Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria, Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995; Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Brasil. Decreto nº 7.797 de 30 de agosto de 2012; Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde.

Brasil. Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003; Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências.

Brasil. Ministério da Saúde. “Portaria 1.559, de 17 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília, p.48-9 Seção, 04 agosto 2008.

CONASS. “Política Nacional de Regulação”, Nota Técnica 11 de 2006. Coleção Progestores, Brasília, 26 de maio de 2006. 11p.

Deliberação CIB nº 06 de 08 de fevereiro de 2012.

Estado de São Paulo. Decreto 51.433, de 28 de dezembro de 2006; Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde e dá providências correlatas.

Estado de São Paulo. Secretaria da Saúde. Resolução SS-SP nº 9, considerando a necessidade de orientar e acompanhar as ações de Auditoria previstas pelo Sistema Nacional de Auditoria de 26 de janeiro de 2007;

Mendonça, C. S. et al. (Org.) “A Política de Regulação do Brasil”. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

Ministério da Saúde, Secretaria da Assistência à Saúde – Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.



CAPÍTULO VIII

INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA GESTORES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

INTRODUÇÃO

A construção do Sistema Único de Saúde – SUS é tarefa extremamente complexa, envolvendo questões sobre os inúmeros órgãos públicos de diferentes esferas de governo que se relacionam com o sistema, os recursos sociais e de saúde variados (públicos e privados) que participam do sistema, a garantia de fontes de financiamento estáveis, a política de recursos humanos para a saúde, a ampla legislação existente sobre saúde e administração pública, a prestação de contas para a comunidade e para os meios de comunicação, os problemas de saúde e sociais existentes, a reordenação das práticas e do modelo assistencial de saúde vigente para melhor atender às necessidades de saúde da população, entre muitos outros.

Portanto, em seu dia a dia, os gestores do SUS devem tomar um conjunto de decisões sobre estes e outros assuntos, que afetarão as políticas de saúde desenvolvidas no âmbito de sua atuação. Para auxiliar no processo decisório, um conjunto de informações de saúde pode ser utilizado, reduzindo as incertezas da gestão e colaborando para o aperfeiçoamento das ações e serviços de saúde.

No Brasil é disponibilizado, de forma contínua, periódica ou ocasional, um grande conjunto de dados relacionados com a saúde, provenientes de variados sistemas de informações, que nem sempre tornam fácil a tarefa do gestor em identificar quais destas seriam relevantes.

Por outro lado, o processo decisório na saúde ainda guarda fortes características de uma ação casuística e personalista, na qual não se levam em conta as informações, tendo em vista o excesso de dados considerados irrelevantes, dispersos, atrasados, nem sempre disponíveis e compreensíveis para o gestor.

Assim, no sentido de promover e facilitar o levantamento e a análise das informações no âmbito do SUS, em diversas ocasiões foi pactuado pelos gestores do sistema, um conjunto de indicadores selecionados, para acompanhamento da situação de saúde ou para monitoramento e avaliação de programas e ações desenvolvidas.

Neste capítulo, pretende-se discutir alguns temas que envolvam a produção e análise de informações para o SUS, de forma a qualificar e estimular a utilização das informações no processo de planejamento e decisão pelos gestores do sistema. Também são relacionados um conjunto de sites, fontes de informação, pesquisas, documentos e outras questões de interesse sobre a informação em saúde.



ALGUNS CONCEITOS BÁSICOS

De forma sintética, podem-se estabelecer algumas distinções básicas entre conceitos importantes para informações em saúde.

Dados podem ser entendidos como os elementos brutos da informação, que correspondem a fatos ou eventos observados e registrados, mas que por si só, não permitem a compreensão de uma situação. São exemplos de dados da área da saúde, o número de óbitos, de nascimentos, de doenças de notificação compulsória, de internações ou consultas médicas ocorridas em uma região, um município ou um serviço de saúde específico.

A **informação** corresponde ao significado atribuído aos dados, após o processo de agregação, organização, apresentação e análise. A informação depende da interpretação de um agente e de um referencial explicativo. As informações trazem um significado novo (conhecimento) para algo, fornecendo suporte para as atividades da organização.

Assim, por exemplo, não basta saber que ocorreu determinado número de óbitos por diabetes ou gripe em uma dada região ou município. É preciso comparar estes casos com as ocorrências de outros períodos na mesma região, verificar a relação entre os óbitos e o total da população residente (taxas), que permitam a comparação com outras regiões do Estado ou do país, bem como verificar se existem padrões ou parâmetros que indiquem qual a taxa esperada numa boa situação de saúde, sua evolução com as medidas tomadas pelo sistema de saúde, entre outros fatores.

Normalmente as informações de saúde são apresentadas sob a forma de **indicadores de saúde**, que habitualmente são medidas quantitativas relacionadas com alguma condição de saúde, para a qual existam resultados esperados ou comparáveis com outras regiões ou períodos de tempo, que sintetizem uma determinada dimensão da área de saúde, como por exemplo, a taxa de mortalidade infantil (número de óbitos em menores de um ano/nascidos vivos x 1000), tradicional indicador de qualidade de vida e saúde. Contudo, a informação em saúde nem sempre resulta da quantificação de fatos e eventos, podendo ser de natureza qualitativa, isto é, relatos, opiniões e expressões de percepções também constituem informação importante para o conhecimento de uma dada situação.

Um **Sistema de Informação – SI** corresponde ao conjunto de componentes e atividades que atuam integrada e articuladamente, realizando as rotinas de coleta de dados, registro, processamento, transmissão da informação e apresentação para a análise de um agente. O SI padroniza os procedimentos utilizados para processar os dados. Atualmente, praticamente todos os SI são informatizados. São exemplos de sistema de informação na saúde, o Sistema de Informação de Mortalidade – SIM ou o Sistema de Informação de Nascidos Vivos – SINASC, que padronizam os instrumentos de coleta para os dados de óbitos e de nascimentos.

A **tecnologia de informação – TI** consiste nas ferramentas que são utilizadas por um SI, consistindo nos equipamentos físicos (computadores, servidores, redes, cartões magnéticos, etc) e nos programas (ou aplicativos) necessários para seu desenvolvimento e utilização. A tecnologia de informação permite grande integração e agilidade no fluxo dos dados e no acesso à informação no local e no tempo em que for necessária. Para propiciar reais benefícios, a TI empregada deve ser de fácil compreensão, isto é, o usuário não deve precisar “estudar” como o sistema funciona, deve apenas funcionar bem quando necessário. Além disso, deve ser rápido e inserido na rotina, sem grandes demoras em efetuar as tarefas, flexível e capaz de adaptar-se rapidamente às mudanças que se fizerem necessárias. Certamente, ainda existem SI utilizados no SUS que foram desenvolvidos com finalidades específicas, por vezes anteriores ao sistema e não atendem às necessidades mais recentes dos gestores. Nestes casos, a TI existente pode multiplicar as tarefas dos servidores da saúde, ampliando seu trabalho, no lugar de facilitá-lo.



No entanto, a TI avança com grande rapidez e em poucos anos, novos sistemas podem ser concebidos e aplicados, integrando as informações e beneficiando efetivamente o funcionamento dos serviços de saúde.

USOS PARA A INFORMAÇÃO NO SUS

É desejável que as informações de saúde sejam utilizadas em todas as fases do planejamento de saúde em qualquer esfera de governo (municipal, estadual ou nacional). Desde o conhecimento da situação de saúde, a definição de prioridades, o aprimoramento da gestão, a tomada de decisões dos gestores do SUS, a articulação das políticas, programas e ações de saúde segundo as prioridades detectadas, o acompanhamento (avaliar e monitorar as ações propostas e realizadas), a redução da desigualdade (em municípios e regiões), a democratização da saúde, pois afinal o Estado tem o dever de informar aos cidadãos e estes tem o direito de serem informados sobre o que se está fazendo e o que se conseguiu efetivamente com as ações do sistema de saúde.

De forma resumida, podem-se salientar alguns pontos significativos nos quais o uso das informações deve aportar conhecimento importante para os gestores utilizarem em seu processo de planejamento e decisões:

- **Análise situacional:** identificação de problemas e situações de saúde que precisam de intervenção, bem como identificação dos fatores determinantes que, direta ou indiretamente, ocasionaram a situação existente. Trata-se do tradicional diagnóstico de saúde de uma comunidade, isto é, um conhecimento estruturado sobre as condições de saúde existentes, comparações com outras regiões e com parâmetros esperados. Deve facilitar a identificação das prioridades e possíveis linhas de ação a serem tomadas pelos gestores de saúde;
- **Definição das ações de saúde** que serão tomadas para intervir na realidade encontrada: estabelecimento de programas, projetos, metas, indicadores, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde realizadas. As ações definidas podem se constituir em ampliação dos serviços de saúde existentes (hospitais, ambulatórios, unidades básicas de saúde, de saúde mental, entre outros); na contratação, capacitação, treinamento e atualização de recursos humanos que trabalham no sistema; na modificação de práticas de saúde (ampliação de detecção precoce de casos, valorização de ações de promoção e prevenção de saúde, melhoria da qualidade no acompanhamento dos pacientes com problemas crônicos de saúde, definição de prioridades de risco nos atendimentos de urgência); na integração com outros municípios ou recursos regionais de saúde de maior complexidade; na integração com outros atores sociais significativos (educação, serviço social, comércio e indústria, entre outros). Em qualquer destes casos, as ações precisam ser acompanhadas e avaliadas:
 - Neste contexto, **avaliação** é considerada um julgamento de valores sobre o que um plano, projeto, programa ou ação efetivamente realizou em relação aos seus objetivos e às atividades planejadas. A avaliação busca conhecer, analisar e qualificar o que foi feito em uma dada área, órgão ou serviço em relação a um resultado esperado ou a parâmetros estabelecidos.
 - **Monitoramento** é a observação e o registro regular das atividades ou resultados de um plano, projeto ou programa
- **Relatórios de gestão e de prestação de contas:** verificação sobre o sucesso em atingir os objetivos e metas das ações de saúde realizadas, orientando as modificações do plano de saúde e futuras ações de saúde.



TIPOS DE INFORMAÇÃO UTILIZADA EM SAÚDE

O conhecimento das condições de saúde de uma dada comunidade exige a utilização de um grande conjunto de informações com fontes variadas.

Como exemplos das questões sobre a saúde que podem ser formuladas pelos gestores na análise situacional de seu município/região, entre muitas outras, temos:

- Quem e como é a população a ser atendida?
- Quais as condições de vida, trabalho, socioeconômicas e ambientais desta população?
- Quais organizações e órgãos públicos ou privados de outros setores sociais se fazem presente e podem interferir em questões de importância para a saúde?
- Quais os principais problemas de saúde encontrados (morte e adoecimento)?
- Quais os recursos de saúde (serviços, profissionais) existentes na região, públicos e privados, vinculados ao SUS ou a planos e seguros privados de saúde?
- O que tem sido feito (ações, programas, política de saúde desenvolvida) pelo setor saúde?
- Como se dá a relação entre os serviços locais e as referências regionais e estaduais de saúde no que se refere às questões de saúde (dificuldades de encaminhamento de pacientes, filas, demanda reprimida, entre outros)?
- Qual o impacto ou os resultados do que tem sido feito pelo sistema de saúde?

Embora cada município ou região deva realizar sua própria análise situacional e adequá-la às características locais regionais, valorizando mais ou menos determinadas informações, alguns pontos comuns costumam auxiliar o conhecimento dos problemas de saúde prioritários. Assim, apenas para efeito de auxílio, são apresentadas a seguir, resumidamente, algumas informações consideradas importantes neste processo de geração de conhecimento, às quais outras devem ser acrescentadas, sempre que se julgar pertinente para enriquecer o conhecimento das condições de saúde e do sistema de saúde.

No que se refere às **características gerais da população e dos determinantes de saúde** socioeconômicos, ambientais e geográficos, comportamentais, destacam-se as seguintes informações:

- Demográficas: população residente, número de habitantes, idade, sexo, raça e cor. Em regiões com potencial turístico ou com atividades sazonais, o destaque da população sazonal visitante pode ser fator importante;
- Socioeconômicas: renda, ocupação, educação, tipo de trabalho, condições de moradia e alimentação, atividades industriais ou outras com potencial de gerar problemas de saúde (exemplo, agrotóxicos), características da riqueza municipal (receita, renda per capita, entre outros), disponibilidade de serviços públicos, estilo de vida (atividade física, obesidade, uso de álcool e drogas), criminalidade, índices que indicam qualidade de vida e saúde, como o Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS ou o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, entre outros;
- Ambientais e geográficas: fontes de poluição, qualidade do abastecimento de água, cobertura do tratamento de esgoto, cobertura da coleta e disposição do lixo, características das estradas e do trânsito (potencial de acidentes), presença de rios e outros cursos d'água (enchentes, etc.).

No que se refere às informações sobre **eventos vitais e epidemiológicos**:

- Mortalidade: características dos óbitos, causa básica e secundária, sexo, grupo etário, raça e cor, local de ocorrência do óbito – domicílio ou serviço de saúde –, endereço de residência, dentre outras;



- Nascidos vivos: características que envolvem as gestações, partos e recém-nascidos. Local de ocorrência do parto (domiciliar, hospitalar), tipo de parto (normal ou cesárea), município de residência da mãe, peso ao nascer, Apgar, tempo de gestação, nº de consultas no pré-natal, dentre outras;
- Morbidade: doenças mais comuns que ocorrem na comunidade. Epidemias e endemias. Doenças agudas (urgências/emergências) ou crônicas (atendidas ambulatorialmente ou em hospitais).

No que se refere aos dados sobre **a estrutura existente dos serviços de saúde no SUS e sua produção:**

- Serviços de saúde caracterizados por tipo ou complexidade: hospitalares, pronto socorro, pronto atendimento, ambulatorios, unidades básicas de saúde, unidades de saúde mental, laboratórios, clínicas odontológicas, entre outras;
- Tipo de equipamento existente: raios X, mamógrafo, ultrassom, tomógrafo, entre outros. Para hospitais, número de leitos, caracterização do hospital, clínicas existentes, centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva, etc.;
- Profissionais de saúde, por tipo e especialidade;
- Caracterização dos serviços de saúde quanto ao atendimento ao SUS e não SUS (atendimento exclusivo ao sistema privado de planos e seguros de saúde);
- População que dispõe de planos e seguros privados de saúde;
- Produção hospitalar: número de internações, por especialidade, por causa básica ou secundária, número de cirurgias, procedimentos e exames laboratoriais, óbitos e infecções hospitalares, entre outros;
- Produção ambulatorial do SUS: número de consultas, por tipo e especialidade, de procedimentos, exames laboratoriais, entre outros.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO SUS E QUALIDADE DA INFORMAÇÃO

Muitas das informações importantes para a saúde não provêm de sistemas de informação do setor saúde. No caso das informações demográficas e socioeconômicas, por exemplo, pode ser citada como fonte importante o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que realiza o Censo Demográfico, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), entre outras. A Fundação SEADE também disponibiliza informações deste tipo para o Estado de São Paulo (como é o caso específico do Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) e outras informações sobre as características municipais).

Informações sobre temas específicos, como fatores comportamentais, violência, entre outros podem ser obtidos de pesquisas ou trabalhos de análise sobre o tema, como é exemplo, do Vigitel (Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) do Ministério da Saúde ou do Mapa da Violência do Instituto Sangari, que analisa dados de violência disponibilizados pelo Sistema de Informação de Mortalidade

Informações demográficas e socioeconômicas também são apresentadas pelo Ministério da Saúde, que disponibiliza vários dados e indicadores demográficos e socioeconômicos, no site do Departamento de Informática do SUS – DATASUS (é o caso, por exemplo, dos Indicadores e Dados Básicos – IDB, selecionados e apresentados pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa) ou na Sala de Apoio à Gestão Estratégica – SAGE).

Entretanto, grande parte das informações sobre saúde provêm dos Sistemas de Informações em Saúde – SIS coordenados pelo Ministério da Saúde, alimentados rotineiramente pelos prestadores, avaliados, acompanhados e controlados pelos gestores de saúde do SUS.



INSTITUIÇÃO	ENDEREÇO NA INTERNET
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	http://www.ibge.gov.br
Fundação Estadual de Análise de Dados – SEADE	http://www.seade.gov.br
Ministério da Saúde	http://portalsaude.saude.gov.br/
DATASUS	http://www.datasus.gov.br
Sala de Apoio à Gestão Estratégica – SAGE	http://189.28.128.178/sage/
Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa)	http://www.ripsa.org.br
Mapa da Violência	http://mapadaviolencia.org.br/

Não se pretende apresentar aqui uma lista exaustiva dos sistemas de informação do SUS ou caracterizar suas normas de funcionamento, sistema de coleta, registro, processamento, etc., uma vez que os manuais e normas destes sistemas são disponibilizados pelo Ministério da Saúde/DATASUS, podendo ser obtidos nos sites respectivos.

Contudo, serão efetuados comentários sobre parte destes sistemas, tendo em vista sua importância para a análise situacional e a importante participação dos gestores municipais e estaduais na qualidade das informações ali contidas.

INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS E DE CONDIÇÃO DE SAÚDE

Alguns sistemas se destacam por envolverem informações de grande importância epidemiológica: o Sistema de Informação de Mortalidade – SIM, o Sistema de Informação de Nascidos Vivos – SINASC e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.

Os óbitos são conhecidos por meio do preenchimento da Declaração de Óbito – DO, de abrangência universal (preenchimento obrigatório para todos os óbitos). Fornece conjunto importante de informações sobre o óbito como já apontado acima, em especial, o esclarecimento da causa básica do evento, classificada segundo a Classificação Internacional de Doenças – CID 10, pelo médico responsável pela declaração. As informações são captadas pelo SIM, por meio de trabalho da gestão municipal, que as coleta junto aos serviços de saúde, cartórios de registro civil, institutos médicos legais e médicos responsáveis.

No Estado de São Paulo a cobertura do registro de óbitos é muito boa, praticamente inexistindo a subnotificação de óbitos. Da mesma forma, as causas de óbitos mal definidas, indicador de qualidade do sistema, representam percentual baixo no Estado (apenas 5,6% do total de óbitos em 2010). Entretanto, a atenção deve ser mantida pelos gestores, pois existem regiões do Estado com percentual superior a 10%, prejudicando a interpretação da mortalidade. Da mesma forma, existem situações específicas que exigem informações mais apuradas, como no caso de óbitos de mulheres em idade fértil, a fim de verificar se não se trata de óbito materno. No caso de óbitos suspeitos de óbitos maternos e de crianças menores de um ano, existem mecanismos de investigação epidemiológica (coordenada por comitês de mortalidade materna e infantil) que podem esclarecer o ocorrido. Em qualquer destes casos, bem como em outras situações semelhantes, é fundamental que os técnicos municipais busquem o auxílio dos órgãos estaduais, para verificar quais são as medidas que podem ser tomadas para o aperfeiçoamento das informações.

As informações sobre os nascimentos são produzidas a partir da Declaração de Nascido Vivo – DN, também de abrangência nacional (preenchimento obrigatório para todos os nascimentos), captadas pelos municípios nos serviços de saúde e cartórios de registro civil e registra-



das no Sistema de Informação de Nascidos Vivos – SINASC. Da mesma forma que o referido à DO, a DN também tem boa cobertura no Estado de São Paulo. O preenchimento de todos os campos da DN é fundamental e está gradativamente melhorando no Estado de São Paulo: por exemplo, em 2000, 11% das DN registraram ignorado para o número de consultas de pré natal, enquanto em 2010, este percentual é menor que 1%.

Informações sobre doenças de notificação compulsória podem ser conhecidas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. As informações são preenchidas pelos serviços e profissionais que atenderam o caso e acompanhadas pelos órgãos de Vigilância Epidemiológica – VE municipal ou estadual. São dados de morbidade importante, pois são doenças com potencial epidêmico (ex.: meningites, sarampo, dengue, etc.) para as quais existem mecanismos de prevenção como o calendário de vacinação, programas específicos de controle de vetores (ex.: dengue, febre amarela) ou programas de controle, detecção e tratamento, como a Aids, a tuberculose ou a hanseníase. A rapidez na investigação e preenchimento das informações destes casos é fundamental para reduzir riscos e tomar medidas de controle para a comunidade.

INFORMAÇÕES SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Entre os SIS que geram informações relevantes sobre os serviços de saúde temos o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, no qual estão cadastrados todos os serviços de saúde de internação ou ambulatoriais (públicos e privados) e o Sistema de Informação Hospitalar – SIH e o Sistema de Informação Ambulatorial – SIA, que apresentam a produção dos serviços de saúde vinculados ao SUS. Todos são coordenados pelo Ministério da Saúde, com importante papel dos gestores municipais e estaduais na qualidade das informações.

O CNES foi instituído a partir de 2000, substituindo as antigas fichas cadastrais dos serviços de saúde hospitalares e ambulatoriais do SIH/SUS e SIA/SUS. Trata-se de fonte inestimável para o planejamento em saúde, pois traz informações sobre todos os serviços de saúde, públicos e privados, vinculados ou sem vínculos com o SUS. Apresenta a identificação do estabelecimento de saúde (além de gerar um número de identificação), caracterização dos serviços, tipo de leitos (clínicos, cirúrgicos, complementares – UTI, obstétricos, pediátricos, outras especialidades, hospital dia, SUS e não SUS), equipamentos existentes (diagnósticos por imagem, odontológicos, métodos gráficos, métodos ópticos, outros equipamentos), recursos humanos, entre outros.

As informações do CNES são base para se estimar necessidades de recursos físicos e humanos para a saúde. Frequentemente, quando se calculam indicadores gerais ou específicos para comparação com parâmetros estabelecidos, como, por exemplo, a taxa de leitos hospitalares por mil habitantes, taxa de ocupação hospitalar e outros, surgem queixas de técnicos e gestores sobre a inadequação dos valores apresentados. Neste sentido, é fundamental que seus dados sejam checados e revistos pelos gestores, pois se a base de dados estiver desatualizada ou errada, todos os cálculos posteriores e análise de indicadores sofrerão prejuízo.

As internações hospitalares dos hospitais vinculados ao SUS são apresentadas pelo SIH/SUS. Sistema originário do sistema de faturamento, controle e pagamento anterior ao próprio SUS, mesmo assim o SIH/SUS continua sendo um sistema com informações bastante significativas para os gestores. Seu instrumento de coleta (a Autorização de Internação Hospitalar – AIH) possui informações sobre a identificação do paciente (idade, residência, sexo), local de ocorrência (tipo de hospital, município), procedimentos realizados (cirurgias, partos, exames, etc.), causa básica e secundária de internação (Classificação Internacional de Doenças – CID 10), características das altas, óbitos. O SIH permite conhecer a quantidade e o valor das internações – total e por tipo



(conforme tabelas do SUS), média de permanência, quais são os procedimentos mais específicos, a mortalidade hospitalar, entre outros.

Assim, embora seja um sistema de controle administrativo, o SIH/SUS também contém importantes informações que permitem conhecer, por exemplo, parte da morbidade (dos pacientes internados/SUS).

Os atendimentos ambulatoriais realizados em unidades de saúde vinculadas ao SUS são apresentados pelo SIA/SUS. Da mesma forma que o SIH/SUS, o SIA é um sistema para faturamento, controle e pagamento, anterior ao SUS. Possui como instrumentos de coleta o Boletim de Produção Ambulatorial – BPA, o Boletim de Produção Ambulatorial Individual – BPAI e Autorização de Procedimentos de Alto Custo/Complexidade – APAC. Em relação às informações disponíveis, através do BPA é possível obter a identificação e caracterização da unidade (natureza jurídica), o local de ocorrência (município), os procedimentos realizados, o valor dos procedimentos – total e por tipo - apresentado e pago (tabela do SUS). O BPA não possui dados individualizados por paciente e, portanto, não permite cálculos de cobertura por residência, faixa etária e sexo do paciente, etc. Contudo, o BPAI e a APAC, embora para um rol limitado de procedimentos, passaram a individualizar os atendimentos. O SIA não é universal, trazendo apenas os atendimentos do SUS, não registrando os atendimentos ou procedimentos ambulatoriais da rede privada não vinculada ao sistema.

GASTOS PÚBLICOS COM A SAÚDE

Como sistema para gerar informações sobre os gastos públicos em saúde, o Ministério da saúde criou o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS. O sistema é obrigatório e preenchido com dados informados pelos estados e municípios. É possível conhecer as receitas totais e os gastos em ações e serviços públicos de saúde, permitindo-se o acompanhamento dos gastos próprios por esfera de governo. Considerando que o avanço do SUS depende de financiamento suficiente, o SIOPS deve tornar-se progressivamente mais utilizado por todos, gestores e usuários, a fim de se conhecer em que se gasta o dinheiro na saúde.

OUTROS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SUS

Finalmente cabe destacar o Sistema do Cadastro Nacional dos Usuários de Saúde – CNS, por meio do qual se pretende garantir a emissão do Cartão Nacional de Saúde para todos os brasileiros, usuários ou não do SUS, vinculando cada usuário ao domicílio de residência, condição essencial para a realização de um planejamento de saúde regional eficaz, regulação adequada dos atendimentos, independentemente da complexidade ou do local em que se derem.

No SUS existem inúmeros outros sistemas de informação e de operacionalização de programas e atividades do sistema, que se encontram em vigência com finalidades bem variadas e em geral mais específicas que os já citados, como por exemplo:

- SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica;
- SI-PNI – Sistemas de Informação do Programa Nacional de Imunização;
- SISCAM – Sistema de Informações do Câncer da Mulher que integra os dois sistemas de controle do câncer feminino:
 - Siscolo – Sistema de controle do câncer de colo de útero
 - Sismama – Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama



- SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS;
- SISPRENATAL – Sistema de Acompanhamento da Gestante visa o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do SUS;
- HIPERDIA – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos; atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SUS;
- SISREG – Sistema Nacional de Regulação;
- Comunicação de Internação Hospitalar – CIH – para acompanhar as internações que não são realizadas pelo SUS, em âmbito nacional, nos serviços hospitalares ligados ou não ao sistema.

Informações detalhadas sobre os sistemas de informação do SUS, detalhes de processamento, alimentação, instrumentos de coleta e outras, estão disponibilizadas no site do DATASUS (www.datasus.gov.br) no item de “Sistemas e aplicativos”.

Há que se acrescentar que a multiplicação de sistemas, embora vise auxiliar os gestores e atender às necessidades de programas e políticas públicas, não é sempre bem vinda. Muitas vezes estas iniciativas acabam ocasionando duplicação de trabalho para os serviços de saúde, apresentam falta de integração com a rotina dos serviços, não são implantados e alimentados com todas as informações exigidas, não dispõem de controle de qualidade e acompanhamento de resultados que permitam sua correção, não são utilizados no dia a dia da gestão e desta forma, seus relatórios e conclusões deixam de ser confiáveis e utilizáveis no planejamento ou nas decisões sobre a saúde.

INDICADORES MAIS UTILIZADOS NO SUS

Uma das formas encontradas para enfrentar a multiplicidade de sistemas e informações, de forma a permitir aos gestores o acesso às informações mais prioritárias é a utilização de indicadores de saúde. Como visto anteriormente, os indicadores são desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas. São medidas síntese que contêm informação “relevante” sobre determinado aspecto da situação de saúde e/ou do desempenho do sistema de saúde. Geralmente atribuem valor (quantificam) a um certo aspecto da realidade de saúde que se deseja conhecer a fim de permitir comparações com outras regiões ou parâmetros estabelecidos ou esperados. Para todas as dimensões que envolvem a questão saúde é possível utilizar indicadores.

O SUS já possui longo conjunto de iniciativas para pactuar rol de indicadores. Inicialmente em 1998, por meio do pacto de Indicadores da Atenção Básica, que objetivava avaliar o alcance das modificações introduzidas na atenção básica, por programas como o Programa de Saúde da Família – PSF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e pela introdução do Piso de Atenção Básica – PAB. Estes indicadores variaram ao longo da década que se seguiu, sempre por meio de instrumentos (portarias do Ministério da Saúde) pactuados pelas três esferas de governo e passaram a contar com um sistema informatizado de acompanhamento, o SISPACTO. A quantidade e tipo de indicadores foi sendo modificada: 1999 (41 indicadores), 2000 (30), 2002 (25 principais e 22 complementares), 2003 e 2004 (20 e 14), 2006 (30), 2007 (com o Pacto pela Saúde foram definidos 40 indicadores) e atualmente são 42 indicadores, cujas orientações e normas estão disponibilizadas em site criado pelo Ministério da Saúde para o SISPACTO (<http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/>). Os resultados por município também podem ser visualizados no site do DATASUS.



Outras iniciativas de interesse são o conjunto de Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil – IDB elaborado pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), já citado anteriormente, abrangendo indicadores variados para diferentes dimensões: demográficos; socioeconômicos; de mortalidade; de morbidade; de fatores de risco e proteção; de recursos; de cobertura. Todos os indicadores são atualizados com alguma regularidade, incluindo série histórica e dispõe de detalhado manual de orientação, com explicação de todas as fórmulas e comentários sobre os mesmos. Os dados e o manual do IDB estão no site do DATASUS (www.datasus.gov.br) em **Informações de Saúde, Indicadores de Saúde**.

O Ministério da Saúde também disponibiliza grande número de indicadores, abrangendo dimensões como sociodemográfico (situação de saúde, redes e programas, atenção em saúde, gestão e financiamento) na Sala de Apoio da Gestão Estratégica de Saúde (<http://189.28.128.178/sage/>) que fornece indicadores já calculados e apresentados sob forma gráfica, que podem facilitar sua utilização.

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES/SP também criou e disponibilizou, desde 2007, um conjunto de indicadores relevantes para a finalidade de acompanhamento da saúde nas regiões de saúde do Estado, discutidos pelo Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde – GAIS da Coordenadoria de Planejamento de Saúde. A Matriz de Indicadores de Saúde é disponibilizada anualmente em versão impressa (folder) e também na internet no site da SES/SP, abrangendo 53 indicadores sobre as dimensões demográficas e socioeconômicas, condições de vida e saúde, rede de serviços, financiamento. Embora na versão impressa estes indicadores estejam disponibilizados apenas para regiões de saúde, na Internet os indicadores foram apresentados por municípios (em http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/informacoes-de-saude_1/matriz-de-indicadores-de-saude). Além disso, estão sendo desenvolvidos trabalhos no sentido de ampliar o rol de informações oferecidas pela rede.

INFORMAÇÕES – ALGUMAS PERSPECTIVAS

O avanço do SUS traz novos desafios para os gestores de saúde, para os quais as informações tornam-se elementos imprescindíveis. A partir da publicação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, surge a necessidade de estabelecer o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, **indicadores e metas de saúde**.

De fato, o Decreto valoriza as informações, citando a necessidade de elaboração do **Mapa da Saúde**, entendido como a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos **indicadores de saúde do sistema**. Embora o Decreto não descreva qual é o conjunto de indicadores de saúde a ser utilizado, documento divulgado pelo Ministério da Saúde, produto da discussão do Grupo Executivo do COAP apresenta uma lista de indicadores no sentido de orientar os contratos organizativos a serem elaborados (http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_marco12.pdf). Assim torna-se claro que os indicadores e metas serão, cada vez mais, a base das discussões para o financiamento e prestação de contas da gestão.

O Ministério da Saúde já está desenvolvendo aplicativos para auxiliar na elaboração do Mapa de Saúde, que deverão ser disponibilizados a todos os gestores. No Estado de São Paulo,



a SES/SP em conjunto com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS/SP já deram início à elaboração do mapa de acordo com as Redes Regionais de Atenção à Saúde – RRAS definidas e pactuadas no Estado.

O esforço para desenvolver e aperfeiçoar as redes de saúde regionais depende fundamentalmente da qualidade e disponibilidade de informações sobre os usuários do sistema. Neste sentido, o implemento do Cartão Nacional de Saúde - CNS para todo o universo de usuários e a integração dos sistemas de informação do SUS, são ferramentas indispensáveis para que os gestores possam efetivamente planejar e controlar suas ações e resultados.

Um grande esforço neste sentido está sendo desenvolvido pelo Ministério da Saúde por meio do Sistema de Regulação, Controle e Avaliação – SISRCA. Este novo sistema integrará os módulos cadastrais (CNES), os sistemas hospitalares e ambulatoriais (SIH, SIA, CIH), os sistemas de regulação e programação, além de ser operado em conjunto com o CNS. As informações do sistema suplementar de saúde (planos e seguros privados de saúde), serão também acrescidos ao sistema e conhecidos, garantindo aos gestores do SUS conhecimento mais amplo sobre o universo da saúde em sua região, favorecendo decisões adequadas sobre os investimentos e necessidades da população sob sua responsabilidade. Somente sabendo onde os cidadãos estão de fato sendo atendidos e quem são, é possível estabelecer metas e indicadores assistenciais consistentes para monitorar o SUS.

CONCLUSÕES

O uso das informações no SUS avançou significativamente e o futuro aponta para o avanço na qualidade, integração de sistemas e informatização consistente das práticas de saúde.

Os pactos e outros instrumentos de planejamento valorizaram o uso da informação e ampliaram o conhecimento crítico do assunto. Os gestores do SUS não podem prescindir deste conhecimento para realizar ações de correção de rumos, sempre que não se atinge o mínimo esperado em cada projeto, programa ou política de saúde. É preciso ficar claro que a melhoria da gestão e os objetivos maiores do SUS – universalidade, integralidade e equidade – só serão alcançados com decisões que valorizem as informações e reduzam as incertezas das decisões em situações tão complexas como as que envolvem o setor saúde.



CAPÍTULO IX

RRAS – REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O processo de descentralização, iniciado com a promulgação da Constituição de 1988 e a publicação da Lei Orgânica da Saúde, encontra-se atualmente na fase de regionalização e organização das Redes de Serviços que, através da recente regulamentação da Lei 8080/90 pelo Decreto nº 7508 de 28/06/11, traz a proposta de garantir a integralidade da atenção à saúde no SUS.

Trata-se de um processo de ampla construção política, com gestão compartilhada, baseada na relação dos Municípios e do Estado nos Colegiados de Gestão Regionais - CGR, constituídos para esse fim, e visando também a cooperação de entes federados no âmbito regional (federalismo cooperativo) informado por sólidas bases técnicas para garantir a melhoria no acesso e na qualidade da atenção à saúde.

Desta maneira a estruturação de Redes de Atenção à Saúde, orientadas a partir da atenção básica, tem sido uma importante estratégia para o aperfeiçoamento do funcionamento das Regiões de Saúde já implantadas neste estado.

Em 2007 houve um movimento, seguindo as orientações do Pacto de Gestão, para a conformação de Regiões de Saúde definidas a partir de recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estadual a partir de critérios como identidade cultural, perfil socioeconômico e epidemiológico, redes de comunicação e de infraestrutura de transportes. Vale destacar que a oferta de serviços assistenciais não foi critério determinante para a construção destas Regiões de Saúde. Este processo instituiu o Plano Diretor de Regionalização – PDR, conformando 64 Regiões de Saúde com seus respectivos Colegiados de Gestão Regionais, que a partir de 2013, passaram a ser 63 Regiões de Saúde. Este espaço regional é entendido como o local privilegiado de construção das responsabilidades pactuadas entre as esferas de governo para aquele território.

No momento atual, com o objetivo de organizar as ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, garantindo a integralidade do cuidado, num determinado território, coloca-se em prática a implementação de Redes Regionais de Atenção à Saúde.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 4279/10, as Redes Regionais de Atenção à Saúde – RRAS – são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado num determinado território. São caracterizadas pela formação de relações horizontais organizadas, sistematizadas e reguladas entre a atenção básica e os demais pontos de atenção do sistema de saúde. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam. As RRAS são compostas por várias Redes Temáticas (por ex: urgência e emergência, materno infantil, oncologia, traumatologia-ortopedia, dentre outras), algumas restritas a serviços de alta complexidade, outras compostas por serviços de várias densidades tecnológicas. Estas Redes Temáticas podem ser aqui definidas como pontos de atenção articulados entre si, com objetivo



de promover a integralidade do cuidado. Assim, as RRAS têm como objetivo integrar serviços e organizar sistemas e fluxos de informações para dar suporte às atividades de planejamento e definição de fluxos no território.

De acordo com o Decreto nº 7508/11 “as Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores”. O Decreto também aponta que uma Região de Saúde deve oferecer no mínimo ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial e hospitalar especializada e vigilância em saúde.

No Estado de São Paulo, para que se garanta a integralidade da atenção à saúde, os territórios das Redes Regionais de Atenção à Saúde serão constituídos por uma ou mais Regiões de Saúde e deverão ter suficiência na atenção básica, média complexidade e parte da alta complexidade. Para que se possibilite a efetivação da integralidade do cuidado de uma determinada rede temática, seus pontos de atenção poderão se localizar no território de uma ou mais Redes Regionais de Atenção à Saúde.

A construção das Redes Regionais de Atenção à Saúde no Estado de São Paulo terá como referência a utilização de critérios e diretrizes para o seu desenho, bem como a definição de mecanismos de gestão regional e o co-financiamento tripartite das redes.

Esta iniciativa tem como objetivo garantir a universalidade e a integralidade da assistência a toda a população do Estado de São Paulo independente de onde reside.

A gestão do Sistema Único de Saúde é construída de forma solidária e cooperada, com apoio mútuo através de compromissos assumidos nos Colegiados de Gestão Regionais (GGR), que o Decreto nº 7508 denomina de Comissão Intergestores Regional (CIR), Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT).

A proposta de implementação de Redes Regionais de Atenção à Saúde não implicará em nenhuma alteração nesses pressupostos nem quanto à pactuação existente com relação à gestão e gerência das unidades assistenciais, nem provocará nenhuma mudança das competências da gestão municipal e estadual.

De acordo com o disposto na Portaria GM nº 399/06, as responsabilidades na regionalização propostas para os gestores são:

Gestão Municipal:

- Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;
- Participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;
- Participar dos colegiados de gestão regionais, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras.
- Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano municipal de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento;

Gestão Estadual

- Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;
- Coordenar a regionalização em seu território, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIB;
- Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o plano diretor de regionalização;



- Participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;
- Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a equidade inter-regional;
- Participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras;
- Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano estadual de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento.

Segundo o Pacto, para qualificar o processo de regionalização, buscando a garantia e o aprimoramento dos princípios do SUS, os gestores de saúde da Região devem constituir um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa através de um Colegiado de Gestão Regional. O Decreto nº 7508 reitera este princípio e altera o nome dos CGR para Comissão Intergestores Regional (CIR)

O CGR/CIR se constitui num espaço de decisão através da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutive.

Considerando que o território de abrangência da Rede Regional de Atenção à Saúde pode ser composto por uma ou mais regiões de saúde, torna-se necessária a criação de um espaço bipartite para exercer a gestão regional desta Rede. Assim, foram constituídos os Comitês Gestores das Redes Regionais de Atenção à Saúde (CG-Rede).

O CG-Rede é uma instância de pactuação composta por no mínimo um representante municipal titular dos CGR/CIR, e representantes da gestão estadual, sendo no mínimo um de cada Departamento Regional de Saúde e um representante do(s) Grupo(s) de Vigilância Epidemiológica que integram a Rede Regional de Atenção à Saúde do respectivo território, conforme distribuição abaixo:

Número de habitantes	Número de representantes titulares municipais no Comitê	Número de representantes titulares estaduais no Comitê
Acima de 2,5 milhões	Até 12	Entre 7 e 12
Entre 2 e 2,5 milhões	Até 10	Entre 6 e 10
Abaixo de 2 milhões	Até 8	Entre 5 e 8

As decisões se dão por consenso. Quando não há consenso e depois de esgotadas as possibilidades de negociação nos CGR/CIR e CG-Rede, a instância de recurso é a Comissão Intergestores Bipartite. Assim como ocorre com o CGR/CIR, a coordenação do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção à Saúde (CG-Rede) será exercida pelo representante da gestão estadual, que assegurará o suporte técnico e operacional para o seu funcionamento. Este representante será designado em ato específico pelo Secretário Estadual de Saúde.

Em virtude da densidade demográfica e da complexidade de serviços da Região Metropolitana de São Paulo, o território de suas redes muitas vezes poderá coincidir com os territórios das regiões de saúde. Assim sendo a Del. CIB 36/11 no seu Art. 4º determina instituir “a Comissão de Articulação das Redes da Região Metropolitana de São Paulo cujo principal objetivo será a pactuação das referências dos municípios da Região Metropolitana de São Paulo nos serviços localizados no município de São Paulo”.



Ficam extintas as Comissões Intergestores de abrangência macro-regional, previstas da Deliberação CIB nº 153/2007, responsáveis pela articulação e integração inter-regional entre os territórios dos DRS. Caberá ao CG-Rede a articulação entre as Regiões de Saúde dos territórios das Redes.

Cabe destacar que nas situações onde o território das Regiões de Saúde coincidir com o da RRAS, o CGR/CIR exercerá as atribuições do CG-Rede.

Com o objetivo de tornar mais produtivo o processo de implantação dessas Redes foi instituído o Grupo Técnico Bipartite de Gestão Regional, atualmente com nove representantes da SES SP e nove do COSEMS SP (Deliberação CIB – 17, de 4-5-2011).

Este Grupo Técnico realizou varias reuniões e estudos sobre a capacidade instalada existente no Estado de São Paulo e os principais fluxos de pacientes. A partir desse processo, produziu uma proposta preliminar de desenho das Redes Regionais de Atenção à Saúde.

Até o momento já foram constituídos os grupos condutores das Redes de Urgência e Emergência, Cegonha, Atenção Psico Social e Atenção à Pessoa com Deficiência, assim como foram também aprovados os respectivos Termos de Referência que orientam a estruturação dos mesmos. A partir daí as RRAS vem se organizando no sentido de implantar suas Redes Temáticas, algumas inclusive com o plano de ação já aprovado na CIB.

Cada Região empenha-se no momento na finalização de seu Mapa da Saúde, que podemos definir como uma descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada na região, e que será analisado e utilizado na identificação das necessidades de saúde locais, orientando o planejamento ascendente e integrado dos entes federativos e contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.

Estas informações serão fundamentais para a elaboração da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde da Região, na qual serão definidas as possibilidades e necessidades de investimento e posteriormente para a assinatura do COAP – Contrato Organizativo de Ações Públicas em Saúde, previsto no Decreto nº 7508/11 e que assegurará os compromissos assumidos pelos entes envolvidos.

Este Contrato explicitará a pactuação de metas quantitativas e qualitativas e a definição de responsabilidades, critérios e instrumentos de acompanhamento e avaliação de resultados, mediante contratualização entre os gestores e ajustes nos contratos com prestadores que expressem as responsabilidades assumidas com os CGR/CIR que compõem a rede.

RRRAS E REDES TEMÁTICAS - Aprovados na CIB:

RRAS – Redes Regionais de Atenção à Saúde

- Del. CIB 36/11 – Proposta de RRAS, desenho e instituição dos CGRedes.
- Del. CIB 37/11 – Constitui GC Redes e Regulação

RC – Rede “Cegonha”

- Del. CIB 34/11 – Constitui GC Rede Cegonha
- Del. CIB 53/11 – Aprova recursos MS para RRAS 15 (regiões metropolitanas)
- Del. CIB 56/11 – Recomenda organização das Redes Cegonhas dentro das RRAS
- Del. CIB 59/11 – Aprova PAR RC RRAS 1 e RRAS 15
- Del. CIB 13/12 – Aprova PAR RC RRAS 16
- Del. CIB 18/12 – Aprova PAR RC RRAS 4
- Del. CIB 28/12 – Aprova PAR RC RRAS 2
- Del. CIB 29/12 – Aprova PAR RC RRAS 7
- Del. CIB 39/12 – Aprova PAR RC RRAS 5



RUE – Rede de Urgência e Emergência

- Del. CIB 66/11 – Constitui GC da RUE
- Del. CIB 78/11 - Aprova PAR RUE RRAS 7
- Del. CIB 06/12 – Aprova Diretrizes para Regulação Médica no Estado
- Del. CIB 07/12 - Aprova Termo de Referência da RUE
- Del. CIB 11/12 - Aprova PAR RUE RRAS 15
- Del. CIB 38/12 - Aprova PAR RUE RRAS 1

RAPS – Rede de Atenção Psico Social

- Del. CIB 35/12 – Constitui GC da RAPS
- Del. CIB 87/12 – Aprova Termo de Referência da RAPS
- Del. CIB 89/12 – Aprova PAR RAPS das RRAS 2, 4 e 5

RAPCD – Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência

- Del. CIB 37/12 – Constitui GC da RAPCD
- Del. CIB 61/12 – Aprova Termo de Referência da RAPCD



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde, COSEMS. Termo de Referência para Estruturação das Redes Regionais de Atenção à Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Brasília.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Brasília.

Brasil. Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Brasília.



CAPÍTULO X

RECENTES PROPOSIÇÕES PARA O FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA NO ESTADO E FEDERAÇÃO

De maneira geral, os três níveis de gestão (Federal, Estadual e Municipal) têm cada vez mais apresentado proposições e investimentos para melhoria da qualidade da Atenção Básica. Isso se deve ao reconhecimento de que a qualidade da Atenção Básica produz resultados bastante positivos nas condições de saúde da população.

No ano de 2011, foi aprovada, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) coordenada pelo Departamento de Atenção Básica – DAB-MS. Nela foram estabelecidos os princípios, diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS):

... “A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde... É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária... observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos... Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social...” (PNAB).

Propõe ainda, investimentos para melhoria do desempenho das Equipes de Saúde da Família e reconhece a necessidade de se investir em outras formas de organização, desde que garantidos suas diretrizes e princípios fundamentais.

Nessa indução, o Ministério da Saúde lançou mão de diferentes dispositivos para fortalecer a Atenção Básica, como a Academia da Saúde, o TELESSAÚDE e com especial destaque, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). O PMAQ tem entre seus objetivos a inovação na gestão da AB, valorizando os processos de auto-avaliação, monitoramento e avaliação, apoio institucional e educação permanente. Busca a institucionalização de uma cultura de avaliação da AB no SUS “... estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e



a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários...” (PMAQ).

Com o mesmo empenho, ou seja, o de cada vez mais buscar a incorporação da avaliação como componente importante da gestão da Atenção Básica, o Estado de São Paulo implantou em 2010 um sistema de auto-avaliação para as UBS, o Quali AB, que para muitos municípios se constituiu em etapa importante do próprio PMAQ.

Outra ação importante para a qualificação da Atenção Básica foi a melhoria na estrutura física das Unidades Básicas de Saúde (UBS), com financiamento federal para reforma e ampliação de área física – Programa de Requalificação de UBS – Componente Reforma, tendo como principal objetivo ampliar o acesso e qualidade da atenção em saúde para toda a população, através do investimento na infra-estrutura das UBS com impacto imediato no atendimento das equipes de Atenção Básica.

Nesta mesma trilha, a Secretaria Estadual da Saúde instituiu o QUALIS UBS, financiamento estadual para compra de equipamentos e mobiliários para as Unidades de Saúde. O município ao aderir ao Programa assume o compromisso de aumentar o acesso, ampliando o número de agentes de saúde comunitários no seu território.

Por fim, vale ainda mencionar o recurso Compensação de Especificidades regionais – CER. Foi introduzido pelo Pacto pela Saúde para a Atenção Básica, financiamento do PAB – Variável. O propósito é reconhecer as peculiaridades de cada região, tendo como norte o princípio da equidade. Os recursos são co-financiados pela instância federal e estadual e distribuídos para municípios, segundo critérios de equidade pactuados na CIB.

Na perspectiva de apoio técnico aos municípios, a gestão Estadual criou em 2009 o Programa de Articuladores da Atenção Básica, no qual através de 90 profissionais se organizou apoio técnico, principalmente, a municípios com menos de 100 mil habitantes, onde a dificuldade de incorporação de profissionais apresenta mais dificuldade.

Essa proposta potencializou o Projeto Apoiadores do COSEMS, criado em 2007 com a finalidade de apoiar o processo de consolidação das Regiões de Saúde. Em 2012 o Ministério da Saúde passa a incorporar profissionais de sua pasta nessa jornada de Apoio.

No Estado de São Paulo, a Política de Atenção Básica vem sendo discutida e construída num processo intenso de pactuação que resultou na elaboração e aprovação na Comissão Intergestores Bipartite do Documento “Diretrizes e Estratégias para a Estruturação da Política Estadual da Atenção Básica no Estado de São Paulo, CIB 34-2012 de 25-05-2012, que estabelece compromissos entre Estado e Municípios de São Paulo para a melhoria da Atenção Básica no Estado, no que tange a Regionalização e Construção de Redes; Modelo e Organização da Atenção Básica, Financiamento, Gestão de Pessoa, Trabalho e Educação em Saúde; Indicadores e Monitoramento.

A consolidação da Atenção Básica traz ainda desafios importantes a serem superados. O envolvimento de todos os gestores de saúde e sua discussão nas Regiões de Saúde é fator decisivo e imprescindível para que tenhamos, de fato, ampliação do acesso com qualidade na Atenção Básica no Estado de São Paulo.

No documento, transcrito abaixo na íntegra, destacamos a constituição da forma de repasse financeiro direto do Fundo Estadual para os Fundos Municipais sem a necessidade de firmar Termos de Adesão e a perspectiva do apoio do Estado aos Municípios, a partir da criação do PAB- FIXO Estadual – reivindicação dos municípios.



DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS PARA ESTRUTURAÇÃO DA POLÍTICA ESTADUAL DE ATENÇÃO BÁSICA DO ESTADO DE SÃO PAULO

O fortalecimento da Atenção Básica é uma estratégia fundamental para a mudança do modelo assistencial em todos os níveis de complexidade, bem como a construção de redes de atenção que garantam a integralidade, o acesso às ações e serviços de saúde e que a Atenção Básica seja, efetivamente, a coordenadora da rede e orientadora das linhas de cuidado. Necessitamos da construção de uma rede básica resolutiva e humanizada, que trabalhe com instrumentos capazes de coordenar o processo de atenção à saúde. Para isso, é fundamental que haja uma Política Estadual de Atenção Básica, que reconheça as especificidades de cada território, a realidade histórica das formas de organização e garanta a melhoria da atenção à saúde e qualidade de vida da população.

1. REGIONALIZAÇÃO E CONSTRUÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO

A regionalização é uma diretriz do SUS e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde. A conformação de regiões de saúde se constitui em estratégia necessária para construção de um sistema que deve ter como característica relações intermunicipais solidárias; a existência de um sistema de transporte e de comunicação entre os municípios; a identificação de fluxos assistenciais e um perfil da disponibilidade de recursos, insumos, equipamentos em escala adequada à qualidade de acesso (CONASS, 2009), além de identidades sócio-culturais e do perfil epidemiológico.

Desde 2007, no processo de construção do PACTO PELA SAÚDE do Estado de São Paulo, foram constituídas 63 Regiões de Saúde e seus respectivos Colegiados de Gestão Regional (CGR).¹

Recentemente, foi pactuada na CIB a proposta de estruturação de 17 Redes Regionais de Atenção à Saúde, ordenadas a partir da Atenção Básica, com o objetivo de organizar as ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, garantindo a integralidade do cuidado (Pacto pela Saúde).

➤ **PRINCÍPIOS**

- a) A Atenção Básica (AB) deve ser responsável pela gestão do cuidado, garantindo a integralidade, por meio de processos regulatórios instituídos a partir da Unidade Básica de Saúde (UBS).
- b) A responsabilidade pela oferta de atenção integral à saúde da população é das três esferas de Governo: federal, estadual e municipal.
- c) Os municípios têm como responsabilidade a garantia da oferta da AB no seu território. A idéia de resolver “todas” as necessidades e/ou demandas de saúde no município pode resultar em altos custos e respostas pouco eficazes. Reconhecer outros pontos de atenção na Região de Saúde que possam responder a essas necessidades potencializa a capacidade de resposta dos municípios e racionaliza os gastos com o setor. Nesse sentido, a pactuação regional, orientada por necessidades da população e pelo perfil epidemiológico local, é imprescindível para a garantia da integralidade na atenção à saúde.

¹ Embora o decreto 7.508 de 28/06/2011 tenha adotado a denominação CIR em substituição de CGR, neste documento manteremos a expressão CGR.



- d) O Colegiado de Gestão Regional (CGR), previsto no Pacto pela Saúde, constitui-se em um espaço de decisão e definição de prioridades entre os gestores, contribuindo com a redução de desigualdades, para a promoção da equidade e fortalecimento dos municípios para que exerçam seus papéis de gestores.

O apoio matricial² é uma potente estratégia de gestão e cuidado na rede básica de saúde, pois auxilia as equipes a pensar sua atuação, conhecer sua rede e ampliar seus conhecimentos e possibilidades de ação. Permite o compartilhamento de saberes no encontro de múltiplos profissionais. Nos municípios de pequeno porte, onde não há base populacional ou mesmo estrutura organizacional suficiente para contratação de “equipes matriciais”, faz-se necessário pensar em dispositivos e estratégias para a realização de um matriciamento regional.

➤ **ESTRATÉGIAS DE AÇÃO**

- a) A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, por meio do Departamento Regional de Saúde (DRS), deve coordenar o processo de reconhecimento das necessidades regionais de saúde no âmbito do CGR, de forma compartilhada e dinâmica com os gestores municipais, articulando ações coletivas e individuais para definição de prioridades e estratégias de intervenção; fortalecendo e qualificando os processos de planejamento e seus instrumentos de gestão. Para tanto, faz-se necessário o fortalecimento e reorganização dos DRS, imprescindíveis para que possam cumprir de fato suas responsabilidades e atribuições, ampliando e qualificando o apoio técnico aos municípios da sua área de abrangência, principalmente os de pequeno porte.
- b) Priorizar a Atenção Básica numa agenda permanente de discussão nos CGR, destacando a importância do seu fortalecimento como ordenadora da rede e orientadora do cuidado com melhoria da relação custo/efetividade e resolubilidade da atenção à saúde em nível regional.
- c) Organizar um movimento de articulação de projetos de apoio institucional da SES-SP, dos apoiadores do COSEMS, dos Articuladores da ABS da SES-SP e do apoio do Ministério da Saúde, buscando integrar e unir esforços para garantir que todos os municípios tenham apoio técnico para Atenção Básica, independente do porte populacional.
- d) Implantar estratégias que visem garantir a integralidade do cuidado à saúde, com prioridade para o transporte sanitário, visto que a maior parte do absenteísmo nas consultas médicas gerais ou de especialidades está relacionada à falta de transporte adequado.
- e) Reestruturar as redes de atenção à saúde nos municípios a partir da organização das Linhas de Cuidado, ampliando as ações das redes temáticas para implantação de processos regulatórios a partir da atenção básica e dos usuários.
- f) Definir projetos de matriciamento como uma importante estratégia de ação para apoio às equipes de referência da Atenção Básica. Tais projetos devem incluir articulação entre as equipes de referência da rede básica e as equipes de matriciamento com diretrizes clínicas e sanitárias pactuadas.
- g) Investir na informatização da rede básica e na *estruturação do Sistema de Informação Integrado*, tendo especial atenção à identificação do usuário através do Cartão Nacional de Saúde.

² Entende-se por apoio matricial um arranjo na organização dos serviços que visa dar apoio às equipes de referência. Atua de forma integrada à rede de serviços a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes de referência que são responsáveis pela construção do vínculo com o usuário.



2. MODELOS DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

A organização da Atenção Básica no Estado de São Paulo é heterogênea. A cobertura da população com equipes de saúde da família, atualmente, está em torno de 30% da população; o Estado conta com um número expressivo de unidades básicas *tradicionais* e unidades básicas que utilizam os *princípios norteadores da Estratégia da Saúde da Família (ESF)*, mas que se estruturam a partir de outros arranjos organizacionais.

A Saúde da Família é uma estratégia prioritária para o Estado de São Paulo. Entretanto, é importante reconhecer a existência e dar legitimidade aos diferentes formatos de organização da Atenção Básica desenvolvidos em distintas realidades loco - regionais, desde que tomem como referência os mesmos princípios e diretrizes da Estratégia da Saúde da Família. Os arranjos pactuados na Atenção Básica no Estado de São Paulo são:

- i. UBS composta exclusivamente pela Estratégia Saúde da Família com equipe completa.
- ii. UBS organizada a partir da oferta de especialidades médicas básicas (clínico geral, pediatra e ginecologista-obstetra) na qual são agregados os Agentes Comunitários de Saúde.
- iii. UBS estruturada por meio da Estratégia Saúde da Família, composta pelo médico generalista, mas que conta também com o suporte de médicos de clínicas básicas.

A publicação da Portaria nº 2027 de 25/08/2011 – GM/MS, que disciplina o financiamento de equipes com diferentes conformações e cargas horárias dos profissionais médicos que compõem as equipes de Saúde da Família é um avanço, entretanto é necessário ampliar as discussões que visem à elaboração de novas propostas que incluam outros arranjos organizativos para a Atenção Básica, como as já existentes no Estado de São Paulo.

➤ PRINCÍPIOS

Os princípios norteadores são: *acessibilidade, longitudinalidade do cuidado, integralidade, coordenação do cuidado, adscrição de clientela, territorialização, vínculo, responsabilização sanitária, ações comunitárias, educação permanente, matriciamento e intersectorialidade* e devem nortear o modelo de Atenção Básica a ser adotado de acordo com as diversidades loco regionais. As realidades são muito específicas para que se possa definir para todos os municípios paulistas um único arranjo tecno-assistencial. Cumpre destacar que a territorialização deve ser estruturante para a organização da Atenção Básica, com adscrição de clientela, presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS) em todas as unidades básicas e definição de estratégias que ampliem a responsabilização das equipes de saúde pelo seu território. A Incorporação do ACS potencializa a resposta e o vínculo da unidade com a população.

➤ ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

- a) Garantir aos municípios do Estado de São Paulo o direito de computar, no cálculo de cobertura populacional, para fins de planejamento, avaliação e recebimento de recursos, as outras modalidades de organização da AB, desde que incorporem os princípios contidos na política estadual aqui expressa.



- b) Propor a redefinição da proporção prevista pela Política Nacional de Atenção Básica- ESF, de uma Equipe de Saúde da Família para 3.000 a 4.000 habitantes, considerando os diferentes arranjos organizativos propostos neste documento.
- c) Garantir a participação da rede básica no sistema estadual de urgências, com atendimento às urgências de pequena complexidade, intercorrências clínicas e queixas agudas, de forma que haja integração dessa dimensão da assistência com a longitudinalidade do cuidado. A adequada integração do atendimento da demanda espontânea e demanda agendada é fundamental para o funcionamento e credibilidade do SUS por parte da população usuária.
- d) Instituir o acolhimento com classificação de vulnerabilidade e risco ao usuário, que deve ser realizado por toda equipe e ocorrer durante todo o horário de funcionamento da Unidade, respeitando as diretrizes da Política Nacional de Humanização/PNH.
- e) Definir que o acesso à atenção ambulatorial especializada seja realizado a partir da Atenção Básica, evitando duplicidade de atenção, medicalização excessiva da população e aumento de procedimentos desnecessários.
- f) Hospitais de pequeno porte podem e devem incorporar novas tecnologias e processos de trabalho para suplementação e qualificação do cuidado em saúde, integrando-se ao esforço de construção de uma rede básica resolutiva, em particular nos pequenos municípios.
- g) Trabalhar com a ideia do “território sanitário vivo e dinâmico”, através das ações de vigilância em saúde e identificação do risco sanitário nas UBS. A articulação destas ações com ações individuais no atendimento ao usuário deve ser incrementada, isto é: diagnóstico, notificação e tratamento de doenças, captação de grupos populacionais expostos a agravos específicos, acompanhamento e controle de epidemias, bem como a organização de ações intersetoriais de promoção em saúde.
- h) Incentivar o trabalho em equipe, com reuniões dos profissionais nas UBS e qualificar esses espaços para reorganização dos processos de trabalho;
- i) Ampliar as equipes de saúde bucal integradas na ESF;
- j) Incorporação do ACS nas UBS que não contam com a Estratégia de Saúde da Família. Ampliar progressivamente a oferta de serviços para outras áreas da saúde de nível universitário;
- k) Incorporação dos Agentes de Controle de Endemias nas equipes de AB de acordo com a portaria 1007/10;
- l) Incentivar e garantir a participação social por meio do Conselho Municipal de Saúde e dos Conselhos Gestores de Saúde nas UBS;
- m) Garantir um padrão de ambiência para as UBS, com estrutura física e equipamentos médico-hospitalares adequados ao processo de trabalho das equipes de saúde e necessidades da população.

3. FINANCIAMENTO

➤ PRINCÍPIOS

- a) Responsabilidade das três esferas de gestão – União, Estados e Municípios.
- b) A transferência de recursos fundo a fundo deve ser a modalidade preferencial de repasse de recursos entre os gestores.
- c) A alocação de recursos deve ter sempre como parâmetro a diminuição das iniquidades regionais e municipais, reconhecendo e considerando as diversidades locais e sazonais, com vistas à superação das desigualdades de acesso e à garantia da integralidade da atenção à saúde.



➤ ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

- a) Repasse de recursos financeiros transferidos fundo a fundo, do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais, de acordo com pactuações deliberadas em Comissão Intergestores Bipartite, que agregue estratégias destinadas ao custeio de ações de Atenção Básica. Durante o período em que a legislação estadual regulariza a modalidade fundo a fundo, os repasses poderão ser efetivados por meio de Termos Aditivos (T.A).
- b) Participação permanente da SES no custeio das ações de Atenção Básica para TODOS os municípios, com valores diferenciados a partir de critérios pactuados na CIB, respeitando o princípio de equidade.
- c) Os recursos de investimento devem ser priorizados a partir de uma política de financiamento de curto, médio e longo prazo, em consonância com as diretrizes nacionais, potencializando políticas das três esferas de gestão, buscando fortalecer os processos de regionalização.
- d) Priorizar em curto prazo, investimento para recuperação, readequação e expansão da rede física, bem como mobiliário, equipamentos de saúde e informática, ampliando acesso e melhorando a qualidade de atendimento.
- e) Elaboração de propostas de padronização da estrutura física, equipamentos e informatização das UBS, que orientem uma Política de Investimentos em médio prazo.
- f) Implantação da Política de transporte sanitário, com financiamento a ser pactuado na CIB.

➤ DETALHAMENTO DAS PROPOSTAS DE FINANCIAMENTO

- a) Regularizar no Estado de São Paulo a modalidade fundo a fundo para os repasses de recursos do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, conforme lei federal complementar nº 141/12.
- b) Instituir PAB Fixo Estadual: **recurso destinado ao custeio da atenção básica**, para **todos** os municípios do Estado, na modalidade fundo a fundo, a serem transferidos mensalmente, em valores que deverão ser revistos anualmente, respeitando critérios de equidade pactuados na CIB, a partir de 2012.
- c) Os recursos previstos, a partir de 2013 serão pactuados no âmbito da CIB em proposição crescente.
- d) Manutenção do Estado no financiamento do PAB variável (Qualis Mais), contemplando prioritariamente municípios com índices de maior pobreza, dentro dos princípios de equidade, previstos no papel do Estado e no apoio a projetos específicos regionais, com revisão dos critérios e repactuação em CIB prevista para o próximo ano.
- e) Potencialização da participação do Estado, a médio e longo prazo, no financiamento do PAB variável, contemplando os novos arranjos tecno-assistenciais com correção periódica.
- f) Instituir linha estadual de **investimento** específica para Atenção Básica, contemplando reformas, ampliações, construções, mobiliário, equipamentos e informatização, especificando valor a curto (2012), médio e longo prazo.
- g) Valor mínimo proposto para investimento de R\$ 200 milhões para o período de 2012 a 2014, com revisão dos valores a partir dos anos seguintes. Os critérios para as próximas etapas serão pactuados de forma equânime e para todos os municípios do Estado no decorrer de 2012.



3. GESTÃO DE PESSOAS, TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Há algum tempo a gestão de pessoas vem sendo apontada como um dos problemas centrais para o desenvolvimento adequado da Atenção Básica.

Na ESF, em particular, essa situação vem se tornando cada vez mais crítica. No campo da gestão do trabalho, os principais problemas identificados referem-se principalmente às dificuldades de contratação e de fixação dos profissionais, em especial do médico.

A dificuldade no estabelecimento de estratégias de gestão do trabalho adequadas gera uma competição descontrolada entre as Prefeituras de determinadas regiões, onde o principal mecanismo de atração dos profissionais limita-se a incremento no valor da remuneração ou redução informal nas horas efetivamente trabalhadas frente às horas contratadas. Também a falta de preparo técnico e perfil profissional para a realização do trabalho proposto é bastante frequente, mais ainda quando se trata do médico da ESF. Para esse profissional é necessário que haja uma prática e uma formação geral, para atuar junto a todos os grupos populacionais envolvidos na atenção, considerando as especificidades e necessidades da população. É fundamental também que se tenha uma abordagem integrada da dinâmica familiar, do planejamento e do desenvolvimento de ações no plano individual, coletivo e intersetorial que venham ao encontro das necessidades da população.

Destaca-se ainda, que o fato da formação desses profissionais ser fortemente direcionada para a especialidade tem causado maior dificuldade na sua contratação para atuação na AB.

➤ **PRINCÍPIOS**

- a) Integração ensino-serviço com universidades públicas ou privadas da área da saúde para o Estado, no âmbito municipal e regional, com atuação nas áreas de assistência, ensino e pesquisa.
- b) O reconhecimento que boas práticas devem fazer parte da Política Estadual de Atenção e a Educação Permanente como estratégia prioritária para a educação em saúde.

➤ **ESTRATÉGIAS DE AÇÃO**

- a) Incentivar a formalização de estratégias de gestão (contratos de gestão, consórcios públicos ou fundação estatal) entre os gestores e as gerências das unidades de saúde permitindo o gerenciamento dos profissionais mediante regras consensuais, estabelecimento de contrato de metas para a implementação de processo de desenvolvimento individualizado dos profissionais contratados, direcionado às necessidades específicas, bem como aos projetos regionais prioritários.
- b) Buscar apoio técnico, administrativo, jurídico e financeiro aos municípios em projetos para melhoria e adequação dos processos e modalidades de contratação, fixação, evolução e movimentação de profissionais, de acordo com o perfil e as necessidades de cada região, bem como os processos de Educação Permanente.
- c) Elaborar a Política Estadual de Educação em Saúde do SUS, de forma bipartite, entre o COSEMS e a SES, que possibilite contemplar, integrar e articular todas as iniciativas relacionadas ao Ensino em nível da graduação, residência médica e multiprofissional, Educação Permanente, Telessaúde, entre outras, que hoje se apresentam fragmentadas.
- d) Apoio técnico e logístico da SES para o programa Telessaúde-Redes, tendo como meta a implantação em 100% das unidades de saúde de SP.



- e) Estabelecer mecanismos para discussão com as universidades buscando garantir o desenvolvimento efetivo das diretrizes curriculares de profissionais, incorporando conceitos, conhecimento das políticas desenvolvidas no SUS e para o SUS.
- f) Desenvolver estratégias de integração formal em parceria com as instituições de ensino para que a rede de serviços de saúde se constitua numa Rede-Escola e seja utilizada como campo de ensino-aprendizagem, pesquisa e extensão universitária, privilegiado para a formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde, incluindo municípios que não são sede dessas instituições de ensino.
- g) Estabelecer critérios para os programas de residência médica, financiados pela SES/SP com pontuação diferenciada para os graduados que atuarem na Atenção Básica na ocasião do processo seletivo da residência médica.
- h) Construir política de estímulo, certificação e qualificação para as Unidades de Saúde e seus trabalhadores, com destaque para os gerentes das UBS.
- i) Implementar e fortalecer a Política de Educação Permanente com definição das necessidades regionais, acompanhamento e avaliação sistemática.
- j) Discutir e apoiar a política de Educação Permanente, tendo como estratégia a ordenação da Atenção Básica nas redes de atenção.
- k) Manter a articulação das estratégias estaduais com a Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.

4. INDICADORES E MONITORAMENTO

As ações de avaliação e monitoramento da Atenção Básica são fundamentais para os Municípios e para o Estado, porque trazem informações norteadoras para construção e consolidação desta Política. O instrumento utilizado deve ser dinâmico e sistemático. Estas ações devem ser pactuadas e oferecerem perfis de qualidade da atenção básica.

➤ **ESTRATÉGIAS DE AÇÃO**

- a) Organizar o registro e manejo dos sistemas de informação em saúde com vistas ao planejamento e monitoramento de ações desenvolvidas pelas equipes de saúde local.
- b) Avaliar a AB de maneira ampla: equipes, UBS e a rede básica como um todo.
- c) Instituir formas de reconhecimento de boas práticas, que não exclusivamente financeira.
- c) Compatibilizar os sistemas de informação da Atenção Básica (SIAB), considerando os diferentes arranjos da organização da AB no Estado de São Paulo.
- d) Integrar os processos de avaliação federal, estadual e municipal, num único instrumento.
- e) Incorporar na Política Estadual de Atenção Básica as diretrizes instituídas pela Portaria Nº 1.654 de 19 de julho de 2011, que institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB.
- f) Definir de forma bipartite os indicadores e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica no Estado.
- g) Estabelecer critérios de certificação de qualidade das Unidades Básicas de Saúde mediante cumprimento de metas pactuadas como também da qualificação das equipes de saúde, de acordo com os princípios da Política Nacional da Atenção Básica.
- h) Contratualizar os serviços da Atenção Básica considerando os critérios de especificidades regionais, construídos de forma bipartite.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 – Política Nacional da Atenção Básica.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.206 de 14 de setembro de 2011 – Programa de Requalificação de Unidade Básica de Saúde – componente Reforma.
3. Instrutivo de Orientação para Liberação de Incentivo Financeiro – Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Componente Reforma.
4. Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, disciplinado pela Portaria nº 2.546/GM/MS, de 27 de outubro de 2011.
5. Portaria nº 2.554, de 28 de outubro de 2011 – Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes.
6. Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011 – Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – implantação de pólos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividades físicas e de lazer e modos de vida saudáveis.
7. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011.
8. Portaria nº 915, de 9 de maio de 2012 – Regulamenta, para o ano de 2012, a transferência dos incentivos financeiros referentes à Compensação de Especificidades Regionais (CER), que compõe o Piso da Atenção Básica.
9. Estado de São Paulo. Secretaria de Saúde. Deliberação CIB nº 34 de 22 de março de 2012.



CAPÍTULO XI

VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO BÁSICA – PROCESSO EM BUSCA DO DESENVOLVIMENTO SAUDÁVEL

CONCEITOS E MARCOS LEGAIS

Várias são as definições encontradas para conceituar Vigilância em Saúde – VS, porém destacamos aqui a que sintetiza as recomendações da Organização Mundial de Saúde – OMS e do *Center for Disease Control and Prevention* – CDC / Atlanta – EUA em que a vigilância de doenças transmissíveis é somente um dos componentes da vigilância em saúde pública.

A Lei Orgânica (1990) explicita como fatores determinantes e condicionantes da saúde, entre outros: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, enfim todas as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. A Portaria GM/MS nº 3252 (2009) potencializa o processo de descentralização das ações de VS no país e, atualizando os atos normativos, estabelece diretrizes para execução e financiamento de suas ações. Define a VS como a análise permanente da situação de saúde e a sua constituição com as ações de promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde. As ações de VS são então ampliadas abrangendo:

Vigilância Epidemiológica – vigilância e controle das doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos, como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos.

Vigilância Sanitária – conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo, e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Vigilância em Saúde Ambiental – conjunto de ações que propiciam o conhecimento e detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde.

Vigilância da Saúde do Trabalhador – visa a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos.

Vigilância da Situação de Saúde – desenvolve ações de monitoramento contínuo, através de estudos e análises que identifiquem e expliquem problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores, contribuindo para um planejamento mais abrangente.

Promoção da Saúde – conjunto de intervenções individuais, coletivas e ambientais responsáveis pela atuação sobre os determinantes sociais de saúde.



-aos municípios compete a gestão do sistema nacional de vigilância em saúde no âmbito do seu território

Reflexão: *Que condições são necessárias para a manutenção ou implantação da Vigilância em Saúde-VS – no nível municipal?*

- Governabilidade da atuação
- Empoderamento das informações para tomada de decisão
- Integração intra e intersectorial e intermunicipal (consórcios e/ou organização de Redes Regionais de Atenção)
- Recursos Humanos capacitados
- Sistemas de informações municipais (estrutura e processo)
- Controle Social
- Sistema organizado em base territorial
- Avaliação permanente do impacto das ações do setor sobre a saúde e a qualidade de Vida.

As ações e serviços de saúde que o SUS dispõe estão publicados na Portaria GM/MS nº 841 (2012) – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES.

Reflexão: *No que consiste e porque esta Portaria é importante?*

Neste documento, o artigo 1º esclarece que a publicação compreende todas as ações e serviços que o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece ao usuário, para atendimento da integralidade da assistência à saúde, em atendimento ao disposto no Decreto nº 7.508/2011 e na Lei nº 8.080/90. O artigo 2º trata do financiamento das ações e serviços da RENASES, que será tripartite conforme pactuação pelos entes federados e deverá considerar as especificidades regionais, os padrões de acessibilidade, o referenciamento de usuários entre municípios e regiões, e a escala econômica adequada.

A RENASES está estruturada de forma que sejam expressos a organização dos serviços e o atendimento da integralidade do cuidado, tendo como componentes: I – ações e serviços da atenção básica – AB (primária); II – ações e serviços da urgência e emergência; III – ações e serviços da atenção psicossocial; IV – ações e serviços da atenção ambulatorial especializada e hospitalar; V – ações e serviços da vigilância em saúde. Importante destacar que a RENASES se fundamenta em normas, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do SUS com previsão de atualizações periódicas e elaboração de listas complementares

Reflexão: *Quais as ações e serviços constantes da RENASES que dizem respeito à AB e VS?*

As ações e serviços da AB e VS são descritas com identificação de acesso e critérios de referenciamento nas Redes de Atenção: procura direta, referenciada, com necessidade de habilitação específica, autorização prévia, dispositivo de regulação, autorização prevista em protocolo clínico, intervenções individuais ou em grupo etc.

Pode-se identificar como exemplos de ações comuns e/ou integradas de AB e VS – promoção à saúde; prevenção de agravos; tratamento, acompanhamento, redução de danos e reabilitação de doenças com ênfase nas necessidades e problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território/contexto, observando critérios de riscos e vulnerabilidades; notificação de surtos e agravos; atividades de atenção individual e coletiva (ex.: Familiar, Comunitária); atenção a todos os cidadãos sob sua responsabilidade, independente dos ciclos de vida, gênero ou problema de saúde apresentados; ações de Atenção Domiciliar, aqui inseridas as ações educativas quanto ao controle de vetores; vacinações etc.



A expansão da Atenção Básica – AB e do acesso da população brasileira ao Sistema Único de Saúde – SUS, um dos principais objetivos do Ministério brasileiro, exige a mudança na organização das práticas de saúde e a busca de um modelo de atenção integral aos indivíduos. Neste sentido está a **Vigilância em Saúde** cujo foco fundamental é oferecer ampla visão do processo de trabalho, buscando estabelecer resolução dos problemas e de prioridades para atender efetivamente as necessidades de saúde da comunidade, integrando e organizando as atividades de promoção prevenção e reabilitação individual ou coletiva da população. A integração entre AB e VS é iniciativa urgente e importante para o alcance do novo modelo de atenção. Superar as tradicionais lógicas político-jurídicas (Vigilância Sanitária), técnico-sanitária das doenças transmissíveis (Vigilância Epidemiológica) e de causa/efeito (Vigilância Ambiental) no interior da organização dos sistemas de saúde é desejável. Mesmo tratando-se de áreas específicas, é preciso que se favoreça a criação de um cenário que não fragmente o campo prático das ações de saúde, mas promova a articulação das estratégias e das ações, propondo respostas à complexidade dos problemas que ocorrem em um dado território.

A integração entre AB e VS subsidia a construção de **linhas de cuidados** de agravos e doenças, contribui para a análise da situação de saúde dos territórios locais/ regionais, apoia a identificação de determinantes e situações de vulnerabilidade, fortalecendo a constituição das **redes de atenção**. A complexa operacionalidade das redes de atenção estará vinculada à execução das linhas de cuidado. Estas não devem ser entendidas como simples cumprimento de protocolos clínicos ou execução de procedimentos de referência e contra-referência, apesar de incluí-los, e sim adotadas como estratégias que propiciam a produção do cuidado integral, desde a assistência primária até os níveis mais complexos do sistema.

As mudanças na maneira do mundo se organizar nos variados componentes: geográfico, econômico, político, social etc. geram impactos diretos e indiretos na saúde humana e, nos últimos anos, os determinantes sociais da saúde constituem foco de atenção de variados grupos e governos. Compreende-se, aqui, como determinantes sociais as condições nas quais as pessoas vivem e trabalham. Nesse contexto, ganham maior ênfase as abordagens temáticas para o enfrentamento das questões da saúde.

Várias das atividades desenvolvidas na unidade básica são intimamente ligadas às ações de vigilância, como um atestado importante da indissociabilidade entre AB e VS. Citamos, dentre outros:

- vacinação e controle do cumprimento do esquema de vacinação em crianças, adultos e idosos;
- busca ativa, tratamento e acompanhamento de doenças de notificação compulsória;
- visitas domiciliares;
- execução de protocolos diagnósticos e assistenciais do pré-natal;
- acompanhamento nutricional, especialmente em crianças;
- obtenção e acompanhamento de dados referentes a nascimentos e óbitos (investigação);
- ações educativas para promoção da saúde;
- apoio ao controle de vetores, roedores, solo, água e resíduos;

Há ainda que se reconhecer que, se quisermos entender e intervir no processo de saúde e doença das populações, **o trabalho e as condições de trabalho** constituem-se em elementos de referência centrais. Apesar de o trabalho representar dimensão fundamental na estruturação do homem, individual ou coletivamente, no que se refere ao desenvolvimento de suas capacidades, tem, por outro lado, sido provocador de sofrimentos, adoecimentos e mortes. Reconhecimento das situações de risco, relacionados às condições e aos processos de trabalho, permitirá a identificação de acidentes ou de doenças ocupacionais já na unidade básica.



AOS MUNICÍPIOS COMPETE PRODUZIR REGULARMENTE AS ESTATÍSTICAS VITAIS

Reflexão: *Quais as condições e estrutura para alimentar o SIM e SINASC?*

O documento básico que alimenta o Sistema de Informação de Nascido Vivo – SINASC é a Declaração de Nascido Vivo – DN, bem como, a Declaração de Óbito – DO para o Sistema de Informação de Mortalidade – SIM. A emissão da DO é de responsabilidade médica, conforme Artigo 1ª da Resolução nº 1779/2005 do Conselho Federal de Medicina.

Os impressos das declarações, com confecção de responsabilidade do Ministério da Saúde, têm a distribuição e controle realizados pelos estados e municípios. Dada a importância desta tarefa a Coordenadoria de Controle de Doenças – CCD, através do Centro de Informações em Vigilância à Saúde – CIVS (Portaria CCD nº 17/2010), realiza o cadastro, fiscalização e controle dos usuários do sistema no território estadual, através do “Termo de Sigilo e Confidencialidade”, destacando que ao gestor municipal de saúde cabe a indicação dos responsáveis em seu território. Mediante o retorno das declarações de nascimentos e óbitos devidamente preenchidas pelos estabelecimentos de saúde ou profissionais credenciados se torna possível a alimentação dos sistemas informatizados, evidenciando a necessidade do município dispor de equipamentos, estabelecer fluxos e mecanismos de captação das declarações.

A Secretaria Estadual de Saúde realiza um trabalho para a melhoria da qualidade dos dados, através de atividades em conjunto com os Grupos Regionais de Vigilância Epidemiológica – GVE e os 645 municípios, de forma descentralizada no âmbito dos Colegiados de Gestão Regional.

A Portaria 201/2009 determina os Parâmetros para Monitoramento da Regularidade na Alimentação do SIM, para fins de manutenção do repasse de recursos do Bloco de Vigilância em Saúde, baseado no volume de óbitos esperados para Municípios e Estados mensalmente, a saber:

- I - Município com população inferior a 30.000 habitantes: considerada situação irregular quando não houver o envio de notificação positiva ou negativa, por mês de ocorrência, por 2 (dois) meses consecutivos, no período avaliado;
- II - Município com população de 30.000 habitantes ou mais: considerada situação irregular quando não houver a transferência de pelo menos 80% (oitenta por cento) do volume esperado de registros de óbitos por mês de ocorrência, por 2 (dois) meses consecutivos, no período avaliado.

A GESTÃO MUNICIPAL E A VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Dentre as responsabilidades gerais da gestão do SUS, encontram-se definidas na Portaria GM/MS nº 399 (2006), referendadas pela Resolução da Comissão Intergestora Tripartite – CIT nº 4 (2012), aquelas que envolvem de forma direta a VS relacionada aos municípios:

- › Garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho, englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos, e ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências;
- › Assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;
- › Assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito local, compreendendo as ações de vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e em saúde do trabalhador, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- › Elaborar, pactuar e implantar a Política de Promoção da Saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional.

Também há que se considerar a recente instituição da Política Nacional de Saúde do trabalhador e trabalhadora (Portaria GM/MS nº 1823 – 2012) que enfatiza a vigilância em saúde para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador e define competências aos gestores municipais na execução das ações e serviços.

Destaque-se que diretrizes e metas de VS, monitoradas através de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais, devem estar inseridas no **Plano de Saúde** e nas **Programações Anuais de Saúde** de todas as esferas de governo.

As responsabilidades municipais no Planejamento e Programação contemplam a operação e alimentação de **sistemas de informação nacionais** existentes (Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação – SINAN, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações – SI-PNI, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC, Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, Sistema de Informação Hospitalar – SIH, Sistema de Informação Ambulatorial – SIA e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde – CNES) bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos. Neste sentido, destacam-se o SIM e o SINASC como ferramentas de gestão importantíssimas, uma vez que propiciam a formulação de indicadores epidemiológicos estratégicos para suporte ao planejamento das ações, subsídio à tomada de decisão em diversas áreas da assistência à saúde e contribuição para ações de melhoria do Sistema e da Gestão em Saúde. A descentralização dos procedimentos de coleta, processamento e consolidação de dados quantitativos e qualitativos, associados às responsabilidades da VS em investigar óbitos infantis e maternos (portarias GM/MS nº 1119 – 2008 e nº 72 – 2010) têm avançado na qualificação das informações referentes a óbitos e nascimentos em todo território nacional.



NAS ÚLTIMAS DÉCADAS, A POPULAÇÃO BRASILEIRA EXPERIMENTOU IMPORTANTES MUDANÇAS EM SEU PADRÃO DEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO COM GRANDE INCREMENTO DA EXPECTATIVA DE VIDA.

Reflexão: *Quais os pontos positivos e negativos da transição epidemiológica da atualidade e como a AB pode desempenhar papel importante nas ações de vigilância para a manutenção da saúde?*

Nas últimas décadas vivenciamos períodos de transição epidemiológica, que culminaram em pontos positivos e negativos. Positivamente destacam-se o aumento da longevidade, a redução da mortalidade precoce, como a infantil e da criança menor de cinco anos, e a queda da fecundidade, que inegavelmente apontam para o desenvolvimento de uma transformação na pirâmide etária da população. O lado negativo aponta para a carga das doenças não transmissíveis afetando precocemente os indivíduos e a morbimortalidade decorrentes das diferentes causas de violências urbanas, como os homicídios e os acidentes de trânsito.

Os principais fatores que contribuem para essa alteração decorrem da mudança da estrutura etária com aumento da representatividade da população idosa, persistência e/ou adesão aos modos de vida pouco saudáveis (sedentarismo crescente, baixa ingestão de frutas e verduras, tabagismo ainda prevalente, proporções crescentes de população obesa ou com sobrepeso, consumo excessivo de bebidas alcoólicas e o estresse) e as desigualdades sociais.

A AB, como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde do SUS (Portaria GM/MS Nº 4.279/2010) e incorporando os conceitos e práticas da VS, exerce o papel fundamental de instrumentalizar a comunidade para ser partícipe das ações de prevenção de agravos e promoção à saúde. Destaque-se que parte dos determinantes das doenças crônicas é relacionada ao modo de vida das populações, passível de ser modificado por ações de promoção da saúde. A proximidade com a comunidade possibilita um canal de comunicação privilegiado para a difusão de informações relativas às doenças, suas formas de prevenção e controle e a respeito dos fatores condicionantes, favorecendo a participação da população local na definição de prioridades. Inclui-se aqui a questão da saúde ambiental, pois o êxito na manutenção de atividades voltadas ao meio ambiente está diretamente relacionado ao envolvimento da comunidade.

Não se pode deixar de mencionar a expressiva mudança no perfil epidemiológico das doenças imunopreveníveis. Ações de imunização são pertinentes, na sua essência, à AB e a adesão da população é fator ímpar para o êxito alcançado. Não basta o alcance de elevadas coberturas, mas a homogeneidade, ou seja, altos índices em todas as localidades para a eliminação e/ou controle das doenças. Neste sentido a empatia entre os profissionais do serviço e os usuários promoverá a completitude de calendários vacinais oportunamente.



INSTITUIÇÕES ESTADUAIS RELACIONADAS ÀS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO

No estado de São Paulo, a VS é formada por instituições com grande credibilidade no cenário nacional e internacional. Algumas delas seculares, como o Instituto Adolfo Lutz, Instituto Pasteur e outras do início do século passado, como o Instituto Clemente Ferreira, a Superintendência de Controle de Endemias e o Instituto Lauro de Souza Lima. Outras jovens, como o Sistema Único de Saúde, conquistado por meio de luta de sanitaristas históricos, muitos deles paulistas. São elas: Centro de Vigilância Epidemiológica, Centro de Vigilância Sanitária, Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids, Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador e Centro de Distribuição e Logística. No atual desenho da Secretaria de Estado da Saúde, todas estão integradas na Coordenadoria de Controle de Doenças – CCD, estrutura responsável pela definição de políticas para a área no âmbito estadual.

A CCD coordena, através de suas instituições, a resposta estadual às doenças, agravos e riscos existentes ou potenciais, no âmbito da saúde coletiva, com ênfase no planejamento, monitoramento, avaliação, produção e divulgação de conhecimento, para a promoção, prevenção e controle das condições de saúde da população, em consonância com as características regionais e os princípios e diretrizes do SUS.

IAL – Instituto Adolfo Lutz – www.ial.sp.gov.br

As origens do Laboratório de Saúde Pública no Estado de São Paulo remontam a 1892, quando foram criados o Instituto Bacteriológico e o Laboratório Bromatológico. Estas instituições foram reunidas em 1942 para formar o Instituto Adolfo Lutz (IAL) que, como laboratório central de saúde pública do Estado, realiza pesquisas e presta serviços aos órgãos oficiais municipais, estaduais, federais e entidades privadas.

Tem como missão: executar atividades laboratoriais especializadas e diferenciadas; realizar pesquisa científica e de inovação tecnológica de interesse em Saúde Pública e promover a divulgação; formar recursos humanos especializados de interesse à saúde Pública; participar das ações de Vigilância Ambiental, Epidemiológica e Sanitária para prevenção, controle e eliminação de riscos, doenças e agravos de interesse em saúde pública.

A atuação do IAL conta com a participação importante dos seus Laboratórios Regionais, localizados nas cidades de Araçatuba, Bauru, Campinas, Marília, Presidente Prudente, Ribeirão Preto, Rio Claro, Santo André, Santos, São José do Rio Preto, Sorocaba e Taubaté, possibilitando atendimento descentralizado para o diagnóstico em saúde pública.

Em 2010 o IAL passou por uma reestruturação visando modernizar sua organização e criar novos canais para respostas às necessidades da Sociedade. Foram mantidas unidades tradicionais, como as de análises de alimentos e de medicamentos que, reformuladas e acrescidas de novas atribuições de interesse para a saúde pública, tiveram seu papel enriquecido. Esta reestruturação criou também o Centro de Respostas Rápidas, com as atribuições de planejar e organizar ações relacionadas à sua área de atuação em articulação com o CIEVS/CVE.



COBERTURAS VACINAIS ELEVADAS E HOMOGÊNEAS PROPICIAM
CONTROLE DAS DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS

Reflexão – *Quais as atividades desenvolvidas na AB que contribuem para o controle e eliminação das doenças prevenidas por vacinação.*

A vacinação constitui ferramenta inquestionável para o controle de doenças transmissíveis. O Programa Nacional de Imunizações brasileiro figura exemplarmente como ação governamental exitosa decorrente da atuação de inúmeros atores, com destaque para as equipes de profissionais da AB. Manter a sala de vacina aberta durante todo o horário de funcionamento da unidade de saúde; utilizar a sala de espera como local para abordagem de crianças, adolescentes, gestantes e adultos que sejam candidatos à vacinação; buscar ativamente os faltosos de agendamento para vacinas; verificar o cartão de vacinas em todas as visitas do usuário constituem estratégias simples que minimizam oportunidades perdidas de vacinação.

Os calendários de vacinação estabelecidos – criança, adolescente, adulto, gestante, idoso – quando executados rigorosamente em dia induzem proteção individual no menor tempo possível. Além disto, a vacinação de grande proporção de pessoas acarreta imunidade coletiva ou de rebanho contribuindo para a redução da circulação de agentes infecciosos na comunidade. Desta forma, manter os índices de cobertura vacinal elevados (acima de 95% da população alvo) em todas as localidades é meta municipal fundamental para a manutenção do controle das doenças imunopreveníveis.

A SAÚDE DO TRABALHADOR TEM IMPORTANTE PAPEL NO CONTROLE ESPECÍFICO
SOBRE O AMBIENTE E PROCESSO DE TRABALHO, ESTABELECIDO AÇÕES
ARTICULADAS COM AS INSTÂNCIAS DE REPRESENTAÇÃO DOS TRABALHADORES
E DE OUTRAS INSTÂNCIAS DA SOCIEDADE

Reflexão: *Como o impacto do trabalho na morbimortalidade pode ser identificado na Atenção Básica?*

Adoecimentos e mortes por causas relacionadas ao trabalho devem estar na pauta diária das rotinas de atendimento dos diversos níveis de atenção à saúde. É preciso sensível atenção às atividades profissionais que os trabalhadores exercem ou exerceram, ou mesmo pelas condições adversas em que seu trabalho é ou foi realizado, pois podem impactar o perfil de morbimortalidade de forma direta (acidentes de trabalho e doenças profissionais) ou indireta (doenças relacionadas ao trabalho).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende uma atuação contínua e sistemática, que necessita considerar e valorizar qualquer circunstância e queixa dos usuários no sentido de identificar:

- Quadros patológicos no qual o trabalho é causa necessária e/ou essencial para o seu surgimento como: as doenças exógenas agudas ocupacionais e as doenças profissionais;
- Doenças em que o trabalho é um fator de risco contributivo que propicia a maior prevalência ou surgimento mais precoce de doenças comuns em determinados grupos de trabalhadores como a hipertensão arterial, a tenossinovite, os cânceres, cujo nexo é eminentemente epidemiológico;
- Doenças em que o trabalho é provocador de um distúrbio latente, ou agravador da doença já estabelecida ou preexistente, ou seja, o trabalho atua como “concausa” (causa concomitante) como as doenças alérgicas da pele e do aparelho respiratório e os distúrbios mentais



Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) – www.cve.saude.sp.gov.br

Criado em 1985, o Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” – CVE tem como missão coordenar e normatizar o Sistema de Vigilância Epidemiológica (SVE-SP) no Estado de São Paulo. Planejar, executar, gerenciar e monitorar as ações de prevenção e controle de doenças e agravos no nível estadual, desenvolver capacitação e pesquisa de interesse para a Saúde Pública são atribuições do Centro. A Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis constitui importante instrumento de planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde, bem como a normatização das atividades técnicas correlatas, permitindo o conhecimento do comportamento da doença ou agravo selecionado como alvo das ações, de forma que as medidas possam ser desencadeadas com oportunidade e eficácia. A Notificação Compulsória tem sido a principal fonte da Vigilância Epidemiológica e desencadeia o processo de informação para a decisão e ação. A atual listagem das doenças de Notificação Nacional encontra-se na Portaria GM/MS nº 104 (2011), consonante com o Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), com definições de fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. As Secretarias estaduais e municipais podem adicionar à lista outras patologias de interesse regional ou local, justificando a sua necessidade. Dentre as diferentes áreas técnicas que compõem o CVE encontra-se uma Central Médica, com atendimento 24 horas, atuando como **Centro de Informações Estratégicas e Resposta de Vigilância em Saúde (CIEVS)**. Dispõe de telefone para recebimento de ligações gratuitas (0800-555466) provenientes de profissionais de saúde e população ampliando, desta forma, a captação da notificação de agravos. Articula e amplia a capacidade de resposta das ações de VS no estado de São Paulo.

Centro de Vigilância Sanitária (CVS) – www.cvs.saude.sp.gov.br

O Centro de Vigilância Sanitária, criado em 1986, tem o objetivo de planejar, coordenar, supervisionar, realizar estudos e propor normas e programas, abrangendo quatro sub-sistemas fundamentais: controle de bens de consumo que direta ou indiretamente se relacionam à saúde, envolvendo todas as etapas e processos de produção até o consumo final; controle dirigido a prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde; controle dirigido às ações de saneamento do meio (formas de intervenções sobre os efeitos advindos do uso e parcelamento do solo, das edificações, do sistema de produção em geral, e dos sistemas de saneamento básico – coletivos e individuais) e o controle específico sobre o ambiente e processo de trabalho, estabelecendo ações, articuladas com outras instâncias da sociedade, para a proteção da saúde do trabalhador.

Através do Decreto Estadual nº 44.954 (2000) dispõe-se sobre o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária – SEVISA do estado de São Paulo sob coordenação do CVS e composto pelas equipes municipais (645) e regionais estaduais (28). O campo de atuação e procedimentos administrativos estão padronizados e regulamentados pela Portaria CVS nº 4 (2011). O referido decreto define ainda a necessidade de integração intergovernamental das informações referentes ao Cadastro Estadual de Vigilância Sanitária – CEVS. Nesse sentido foi editada a Resolução SS nº 72 (2002) que institui e regulamenta o uso do Sistema de Informação em Vigilância Sanitária – SIVISA, pioneiro no país, enquanto ferramenta de trabalho e de gerência para o exercício das atribuições comuns das esferas do poder estadual e municipal.

Vigilância Sanitária é uma contínua luta, individual e coletiva, pela harmoniosa adaptação do homem à natureza, pelo racional aproveitamento dos recursos naturais, pela proteção contra os riscos decorrentes do processo de produção e pela segurança no consumo de bens e serviços, ou seja, pela qualidade de vida.



À DENGUE É UMA DAS DOENÇAS QUE MAIS PREOCUPA AS AUTORIDADES
SANITÁRIAS, SEJA PELO ELEVADO NÚMERO DE CASOS, SEJA PELA CRESCENTE
MORTALIDADE VERIFICADA

Reflexão: Qual a importância da manutenção das ações preventivas de combate à dengue?

O mosquito *Aedes aegypti*, transmissor da dengue, está perfeitamente adaptado ao ambiente urbano, servindo-se de qualquer tipo de recipiente que acumule água para procriar. As visitas domiciliares, realizadas pelo pessoal do controle de vetores municipal, têm como um de seus principais objetivos conscientizar e informar a população sobre a importância da eliminação desses recipientes e a forma adequada para manter seu ambiente livre de focos do mosquito. Além disso, nessas visitas são destruídos ou modificados os criadouros encontrados, e tratados aqueles onde a eliminação não é possível.

Além das moradias, alguns imóveis, públicos ou comerciais, exercem papel fundamental na manutenção da população de mosquitos pela natureza de suas atividades possibilitando a criação em larga escala do vetor e a circulação viral. Esses imóveis são selecionados pela oferta e rotatividade de recipientes (Pontos Estratégicos como borracharias, ferros-velhos, cemitérios etc.) ou pela circulação e permanência de pessoas (Imóveis Especiais como escolas, hospitais, quartéis, shopping-centers e outros) para monitoramento a intervalos regulares e adoção de medidas educativas e de caráter legal, de modo a manter a infestação sob controle.

Essas medidas reduzem os níveis de infestação predial, diminuindo assim a probabilidade de generalizar a transmissão da dengue no município. A elevada transmissão acarreta inúmeros prejuízos tanto à população acometida pela doença, como aos cofres públicos, visto que parte desses doentes necessita cuidados especiais e fica impossibilitada de exercer suas atividades.

O fato de não haver vacina ou tratamento específico, faz do controle do vetor a principal forma de combate à doença. A manutenção de equipes capacitadas e com conhecimento tanto do programa quanto da realidade local, ao longo de todo ano, pode ser a diferença entre o sucesso e o fracasso do programa municipal de controle da dengue.

Superintendência do Controle de Endemias – (SUCEN) www.sucen.sp.gov.br

Criada em 1933 tem a missão de promover o controle de vetores e hospedeiros intermediários invertebrados de doenças no Estado de São Paulo realizando pesquisas e atividades necessárias ao avanço dos conhecimentos científicos e tecnológicos. Cooperar com os governos municipais como executores das ações de controle de vetores, além de prestar assessoria para o controle de artrópodes peçonhentos e incômodos. Em sua trajetória histórica, a instituição conviveu com vitórias como a interrupção da transmissão vetorial da doença de Chagas no Estado de São Paulo, pioneiro no país, e continua lutando ferrenhamente para controlar a transmissão da dengue e da leishmaniose visceral; venceu algumas batalhas, mas existem outras a enfrentar ao lado das vigilâncias epidemiológica e sanitária da Secretaria de Estado da Saúde e dos municípios.

Centro de Distribuição e Logística “Prof Edmundo Juarez” – CDL

Criado em 1987 e batizado Centro de Armazenamento de Imunobiológicos, ficou conhecido como Suprimento II e já nasceu como modelo mais moderno de rede de frio para o sistema público de saúde. Em 2004, o CDL foi totalmente reconstruído e reinaugurado, alcançando nível técnico-operacional semelhante ao dos países mais desenvolvidos. Hoje tem a responsabilidade de gerenciar, armazenar e distribuir, na maior e mais complexa operação logística de imunobiológicos do país. Faz também o armazenamento de materiais e insumos voltados para a vigilância epidemiológica, campanhas de saúde pública e para a rotina administrativa dos órgãos vinculados à CCD.

Instituto Clemente Ferreira – (ICF)

No estado de São Paulo, em 1899, Clemente Ferreira cria a Liga Paulista contra a Tuberculose, uma das primeiras a ser estabelecida no país. As atividades assistenciais iniciaram-se e o Dispensário da Consolação, foi dotado do que havia de mais moderno no diagnóstico, terapêutica, profilaxia e biossegurança relacionadas à tuberculose. No final da década de 1970, já com o nome fantasia de Instituto Clemente Ferreira (ICF), promove a adequação da instituição à rede de atendimento à saúde que posteriormente também se transforma na principal referência como centro de ensino e treinamento de profissionais. A incorporação do ICF ao SUS é facilitada pela ampliação de sua atenção, além da tuberculose, também às doenças respiratórias. Esta participação consolida-se com o aumento de serviços ofertados à rede básica de saúde. Progressivamente, ampliam-se os setores de enfermagem, serviço social, farmácia e epidemiologia objetivando o atendimento mais abrangente aos pacientes. Modernizam-se os recursos diagnósticos do laboratório de microbiologia, citologia, micologia e outros.

Instituto Lauro de Souza Lima – (ILS) www.ilsl.br

O Instituto Lauro de Souza Lima foi criado em 1933 como Asilo-Colônia Aymorés onde eram internados os portadores de hanseníase do estado de São Paulo e região. A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, endêmica em vários países do mundo e o Brasil só perde em número de casos para a Índia. É uma doença com alto potencial incapacitante devido, principalmente, à predileção de seu agente etiológico (*Mycobacterium leprae*) pelos nervos periféricos, causando deformidades e incapacidades que prejudicam o trabalho de milhares de pessoas, onerando as famílias, a sociedade e o Estado. Hoje, o Instituto Lauro de Souza Lima é centro de referência na área de Dermatologia Geral e, em particular, da Hanseníase para a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde – OMS. Além dos serviços na área de dermatologia, o Instituto Lauro de Souza Lima também realiza atividades voltadas à pesquisa, ensino, reabilitação física, terapia ocupacional, fisioterapia e cirurgias plásticas corretivas.



UM GRANDE DESAFIO: REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO DAS DST E HIV, E MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV/Aids

Reflexão: *Quais atividades referentes ao programa de DST/Aids são desenvolvidas pela atenção básica dos municípios?*

Atualmente a epidemia de Aids no Brasil, em especial em São Paulo, atinge de forma mais intensa populações em situação de maior vulnerabilidade (homens que fazem sexo com homens, travestis, transexuais, profissionais do sexo, usuário de drogas). Com isso, faz-se necessário reforçar ações de prevenção junto a estes grupos, porém sem perder de vista a população geral.

Sabe-se que a infecção pelo HIV torna-se facilitada na presença de uma doença sexualmente transmissível (DST); além disso algumas DST podem trazer sérias consequências à saúde da mulher (esterilidade no caso de clamídia) e também para o bebê (sífilis congênita). Portanto, é preciso prevenir e tratar as infecções pelo HIV e também as DST.

Várias ações voltadas para prevenção e controle das DST/Aids são de responsabilidade dos municípios e desenvolvidas pela atenção básica como:

- Diminuição da Transmissão Vertical da Sífilis e do HIV - Atenção ao Pré Natal com aconselhamento e oferta de teste para HIV e sífilis; Pré Natal do Homem; Aplicação da penicilina benzatina;
- Captação precoce dos casos de HIV +, através da oferta de testes para HIV com aconselhamento, garantia de sigilo e confidencialidade, aliada à estratégia de abordagem consentida;
- Tratamento das DST de forma rápida e eficiente, utilizando-se a abordagem sindrômica, que consiste no tratamento de conjunto de sinais e sintomas sem obrigatoriedade de exames laboratoriais prévios associada, quando necessário, à avaliação etiológica;
- Estabelecimento de fluxo laboratorial dentro dos municípios e entre os serviços;
- Definição de fluxo de Medicamentos para DST, adequado à realidade de cada Município;
- Livre acesso da população aos insumos de prevenção (preservativos, gel lubrificante e kit de redução de danos);
- Acolhimento facilitado para populações mais vulneráveis em situação de exclusão social e adoção do nome social para travestis e transexuais em seus respectivos prontuários;
- Ações de Prevenção para População identificada como vulnerável às DST/Aids;
- Desenvolvimento de ações conjuntas entre a atenção básica e os Centros de Testagem e Aconselhamento e Serviços de Assistência Especializada existentes no estado.

Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP – www.crt.saude.sp.gov.br

O Programa Estadual de DST/Aids (PE-DST/Aids) foi criado em 1983, com quatro objetivos básicos: vigilância epidemiológica, esclarecimento à população para evitar o pânico e discriminação dos grupos considerados vulneráveis na época, garantia de atendimento aos casos verificados e orientação aos profissionais de saúde. No primeiro momento, a Divisão de Hanseníase e Dermatologia Sanitária, órgão do Instituto de Saúde da SES/SP, sediou o Programa e a organização inicial do que seria posteriormente o serviço de referência.

Em 1988, foi criado o Centro de Referência e Treinamento em Aids (CRT-A), vinculado ao gabinete do Secretário da Saúde. Tinha como metas prioritárias, além da referência técnica, atuar como capacitador e gerador de normas técnicas, com vistas a um processo de descentralização das atividades de prevenção, vigilância e assistência no Estado de São Paulo. Além de capacitação e monitoramento técnico, o CRT-A teve, neste período, um importante papel na implementação de alternativas assistenciais, como hospital-dia e assistência domiciliar terapêutica. Adota como referências éticas e políticas a luta pelos direitos de cidadania dos afetados e contra o estigma e a discriminação, a garantia do acesso universal à assistência gratuita, incluindo medicamentos específicos, e o direito de acesso aos meios adequados de prevenção. O PE-DST/Aids atua de forma coordenada com outros setores governamentais, como Justiça, Educação e Promoção Social, e em estreita colaboração com as ONGs que atuam nesta área, além de dispor de interlocutores nas regionais de saúde estaduais. Este modelo organizacional é único no Brasil e na América Latina e tem sido um dos fatores para os êxitos obtidos pelo Programa Estadual DST/Aids, nos últimos anos.

Instituto Pasteur – www.pasteur.saude.sp.gov.br

O Instituto Pasteur de São Paulo foi criado em 1903 como uma instituição privada, de fins científicos e humanitários, por um grupo de médicos e beneméritos, como os “Barões do Café” e industriais, com o objetivo principal de proceder ao tratamento anti-rábico humano.

Incorpora a Coordenação do Programa de Controle da Raiva, traçando recomendações técnicas no que diz respeito à atuação dos municípios junto à variada gama de espécies de mamíferos, obtendo reconhecimento por parte dos níveis regionais e locais. Estes se respaldam em documentos da instituição ou diretamente nos profissionais para dirimir dúvidas em várias áreas que envolvem atividades voltadas à raiva ou no controle de outras zoonoses ou nos aspectos legais do bom convívio entre homens e animais.

Há muito o Laboratório do Instituto Pasteur vem se dedicando, também, ao diagnóstico diferencial das encefalites em animais. Integra a Rede de Laboratórios de Referência para as Encefalites Equinas e Febre do Nilo Ocidental e atua como colaborador na vigilância epidemiológica da Encefalopatia Espongiforme dos Bovinos, processando e/ou encaminhando à instituição da agricultura amostras de sistema nervoso central de bovinos que foram negativas para raiva.

O estado de São Paulo, por intermédio do Instituto Pasteur, foi pioneiro em estabelecer normas no manejo de morcegos não hematófagos em áreas urbanas, atualmente seguidas em todo país.



TODOS TÊM DIREITO AO MEIO AMBIENTE ECOLÓGICAMENTE EQUILIBRADO, BEM DE USO COMUM DO POVO E ESSENCIAL À MELHOR QUALIDADE DE VIDA

Reflexão: *Porque a preocupação crescente com Vigilância em Saúde Ambiental, e o que temos com isso?*

Fenômenos ambientais ainda são o maior determinante da saúde em nosso Planeta. Uma significativa fração da população humana ainda padece dos mesmos agravos – malária, cólera, tuberculose, diarreia – como se, para estes humanos, o mundo estivesse estacionado na Idade Média. Diferentemente das situações apontadas acima, nas quais a intensidade do dano à saúde era de tal monta, nas quais o tempo entre a exposição ao agente ambiental e o adoecimento era curto a ponto de se estabelecer facilmente a relação entre causa e efeito, novos hábitos e cenários ambientais promovem uma agressão silenciosa ao nosso organismo, fazendo com que os impactos sejam percebidos após longo tempo, dificultando o estabelecimento de umnexo de causalidade. Por exemplo, a caracterização do tabagismo passivo como causador de câncer e doenças cardiorrespiratórias, demandou décadas de observação, período este ampliado por uma política empresarial nefasta da parte dos produtores de cigarro. O reconhecimento do papel das dietas ricas em gorduras como agente causal de risco à saúde demandou um largo espaço de tempo.

A poluição veicular, responsável por cerca de um milhão de mortes por ano em nosso planeta, foi somente caracterizada como um fator de risco à saúde a partir do início do século XXI. Nesta mesma situação encontram-se os pesticidas, os derivados de resíduos industriais, os conservantes alimentares, as radiações de baixa frequência, fatores que invadiram nossas vidas de forma intensa sem o conhecimento prévio dos seus riscos, como se estivéssemos participando de um enorme experimento natural planetário.

A ação do homem no território, como desmatamento e urbanização desorganizada, tem corroborado para as alterações climáticas. Enchentes e escorregamentos são eventos frequentes e de grande importância em nosso estado, expondo as pessoas atingidas à contaminação alimentar e de ambiente, doenças de veiculação hídrica e zoonoses.

Realizar ações que proporcionam o conhecimento e detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana se torna então necessário, com vistas a melhorar a qualidade de vida de maneira sustentável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Estado de São Paulo, o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde – SUS, a partir de 1988, com a ampliação do acesso da população aos serviços, tanto na AB (Unidades Básicas de Saúde, equipes de saúde da família) como nos atendimentos especializados, incluindo a expansão da rede de referência hospitalar, certamente teve impacto no controle de doenças. Citamos como exemplo a queda da mortalidade infantil, o aumento da longevidade, a redução de doenças infectocontagiosas, melhoras significativas nas coberturas vacinais, dentre outras inúmeras ações desenvolvidas.

Muito ainda se tem por fazer no sentido de aprimorar o sistema, objetivando a adoção de medidas setoriais alinhadas com as necessidades regionais específicas. Evidências científicas asseguram que os co-benefícios, utilizados como elementos motivadores de mudanças sustentáveis, compensam os custos utilizados pelos ganhos em saúde. Melhores condições de vida e de saúde humana são concomitantemente desafio e garantia de sucesso das políticas de governança e sustentabilidade local e global, respeitando as especificidades de cada esfera de atuação sobre as doenças, produtos e serviços ou o ambiente.

É fundamental que a equipe de saúde local reconheça-se também como agente de vigilância, a fim de distinguir no território os riscos aos quais a população encontra-se exposta e possa discutir com ela os encaminhamentos necessários para contorná-los, propondo, por exemplo, projetos transversais voltados para intervir de forma ampliada sobre os grupos mais vulneráveis. A integração das atividades das vigilâncias pode servir de experiência para a equipe de uma atuação intra e intersetorial, cuja importância, ainda que reconhecida no nível discursivo, tem se concretizado muito pouco no âmbito das práticas.

Reportamo-nos ao título, finalizando com mais um momento de reflexão: *“Poderá haver desenvolvimento sustentável sem população saudável?”*



PRODUZIR SAÚDE NÃO É ATRIBUIÇÃO EXCLUSIVA DO SETOR SAÚDE

Reflexão: Qual o papel da gestão municipal na melhoria da qualidade da água distribuída para consumo humano?

A gestão das águas é assunto que interessa a toda a sociedade. A Vigilância da qualidade da água para consumo humano se baseia na atuação interinstitucional e integrada para que se obtenha resultados efetivos. O município tem papel fundamental, pois é responsável por fiscalizar e monitorar os Sistemas Públicos de Abastecimento de Água e Soluções Alternativas Coletivas de Abastecimento avaliando riscos relacionados à água consumida pela população. No estado de São Paulo, desde 1992, o Programa de Vigilância da qualidade da água – PRO-ÁGUA experimentou grandes avanços com redução significativa dos resultados em desacordo com os valores permitidos ou recomendados pela legislação e incremento nos índices de fluoretação sistemática. A recente portaria publicada pelo ministério da Saúde (Portaria GM/MS nº 2914/2011) impõe maiores desafios na manutenção dos padrões atingidos.

Reflexão: Que outros desafios da atualidade merecem preocupação dos gestores e dependem da integração com outras Secretarias, outros setores públicos e privados e a sociedade?

A Organização Mundial da Saúde revela que cerca de 25% da carga de doenças relaciona-se aos fatores ambientais, com variações diferenciadas de acordo com o perfil de cada país. Uma das preocupações crescente está relacionada aos problemas de saúde decorrentes da poluição do ar e se traduzem no aumento dos índices de morbimortalidade respiratória e cardiovascular, motivando a criação de programas de vigilância em saúde em vários países.

No Brasil, através da Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental – CGVAM, a vigilância relacionada à qualidade do Ar (VIGIAR) integra o Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVSA) e vem sendo estruturada pela Secretaria de Vigilância em Saúde/ Ministério da Saúde desde 2001.

No estado de São Paulo, em 5 de junho de 2012 através do Decreto nº 58.107, instituiu-se a Estratégia para o Desenvolvimento Sustentável do Estado de São Paulo 2020, que estabelece agenda para o desenvolvimento sustentável e propõe metas setoriais que pautarão a ação governamental até 2020. Iniciativas para a conservação ambiental, proteção dos recursos naturais, sustentabilidade da matriz energética, aumento de competitividade da economia em um contexto de economia verde, melhoria na gestão pública e financeira, além de erradicação da extrema pobreza e do aumento da qualidade de vida da população foram elencadas.

Além da demanda habitual enfrentada nos serviços, novos desafios se apresentam na forma de doenças desconhecidas, emergentes ou reemergentes. A pressão demográfica e conseqüente ocupação desordenada do solo, as mudanças no comportamento social e as alterações ambientais contribuem para a ocorrência destes agravos. Aquelas transmitidas entre animais e seres humanos, definidas como **zoonoses**, têm integrado as prioridades de saúde pública constituindo importante fator de morbidade e pobreza, tanto pelas infecções agudas e crônicas em seres humanos, quanto pelas perdas econômicas ocasionadas na produção animal. Preocupação adicional para os gestores, especialmente para as municipalidades, a prevenção e a eliminação desse tipo de doença em seres humanos depende, em grande parte, de medidas adotadas contra estas enfermidades em animais. Este condicionante, polêmico nas suas discussões e financiamento, tem exigido do setor saúde a execução de atividades programáticas direcionadas à saúde animal. Por conhecer a realidade local, as equipes de AB terão maiores subsídios para realização de diagnóstico e investigação destes casos.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em Saúde- Parte 1/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília: CONASS, 2011. 320p. (Coleção Para entender a gestão do SUS 2011 5, I).
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em Saúde- Parte II/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília: CONASS, 2011. 197p. (Coleção Para entender a gestão do SUS 2011 6, II).
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília: CONASS, 2011. 197p. (Coleção Para entender a gestão do SUS 2011 3).
- São Paulo. Governo do Estado de São Paulo. Estratégia para o Desenvolvimento Sustentável do Estado de São Paulo. São Paulo, 52p. 2012. <http://www.ambiente.sp.gov.br/pdf/riomaisvinte.pdf>.
- São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Ação e Prevenção: A Trajetória da Saúde Ambiental em São Paulo. São Paulo. 84p-. 2012 http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/noticias/rio20/saude_em_foco_ambiental_01.pdf.
- São Paulo. Secretaria de estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças: Vigilância em Saúde – 20 anos SUS-SP. 161p. 2008.
- Carta de Recomendações em Saúde – São Paulo, C40 2011; São Paulo C40 Large Cities Climate Summit. <http://www.saude.sp.gov.br/coordenadoria-de-controle-de-doencas/vigilancia-ambiental/carta-de-recomendacoes-em-saude>.
- Castellanos P.L. Epidemiologia, Saúde Pública, Situação de Saúde, Condições de Vida. Considerações conceituais. In: Barata RB, organizador. Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 1997.
- Paim J.S, Teixeira CF. Política, Planejamento e Gestão em Saúde: balanço do estado da arte. Rev. Saúde Pública; 2006.
- Paim J.S. Vigilância da Saúde: tendência de reorientação dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da Saúde – conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
- Deliberação CIB nº 34/ 2012 – Aprova diretrizes e estratégias par a estruturação da política estadual de atenção básica no estado de São Paulo.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em saúde: zoonoses / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 224 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 22)
- Gomes L.H., Menezes R.M., Vieira P.A. Serviços municipais de controle de zoonoses no Estado de São Paulo: diagnóstico situacional e índice de potencial de risco para Leishmaniose Visceral Americana. São Paulo: SES/CCD; 2011.



CAPÍTULO XII

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS

A Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde – SUS, definida pela Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004, que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, compreende um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo o medicamento como insumo essencial, visando o acesso e seu uso racional¹.

As ações de Assistência Farmacêutica são destinadas à complementação e apoio das ações de atenção à saúde, sendo parte integrante e essencial em todos os níveis de complexidade. Tais ações compreendem atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe da saúde^{1,2}.

O conjunto de atividades relacionadas ao acesso e ao uso racional de medicamentos (URM), compreendido pela Assistência Farmacêutica, engloba atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle da qualidade e utilização dos medicamentos (Figura 1)^{1,3}.

De acordo com a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, um dos objetivos do SUS é a prestação de assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas, estando incluída neste campo de atuação do SUS a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica⁵.

Com intuito de “superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência”, foram estruturadas as Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS^{6,7}.

A estrutura operacional da RAS é constituída por diferentes pontos de atenção à saúde (onde são ofertados serviços de saúde), integrados por intermédio de ligações que os comunicam. A Assistência Farmacêutica atua de forma transversal às RAS, prestando serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde^{6,8}.

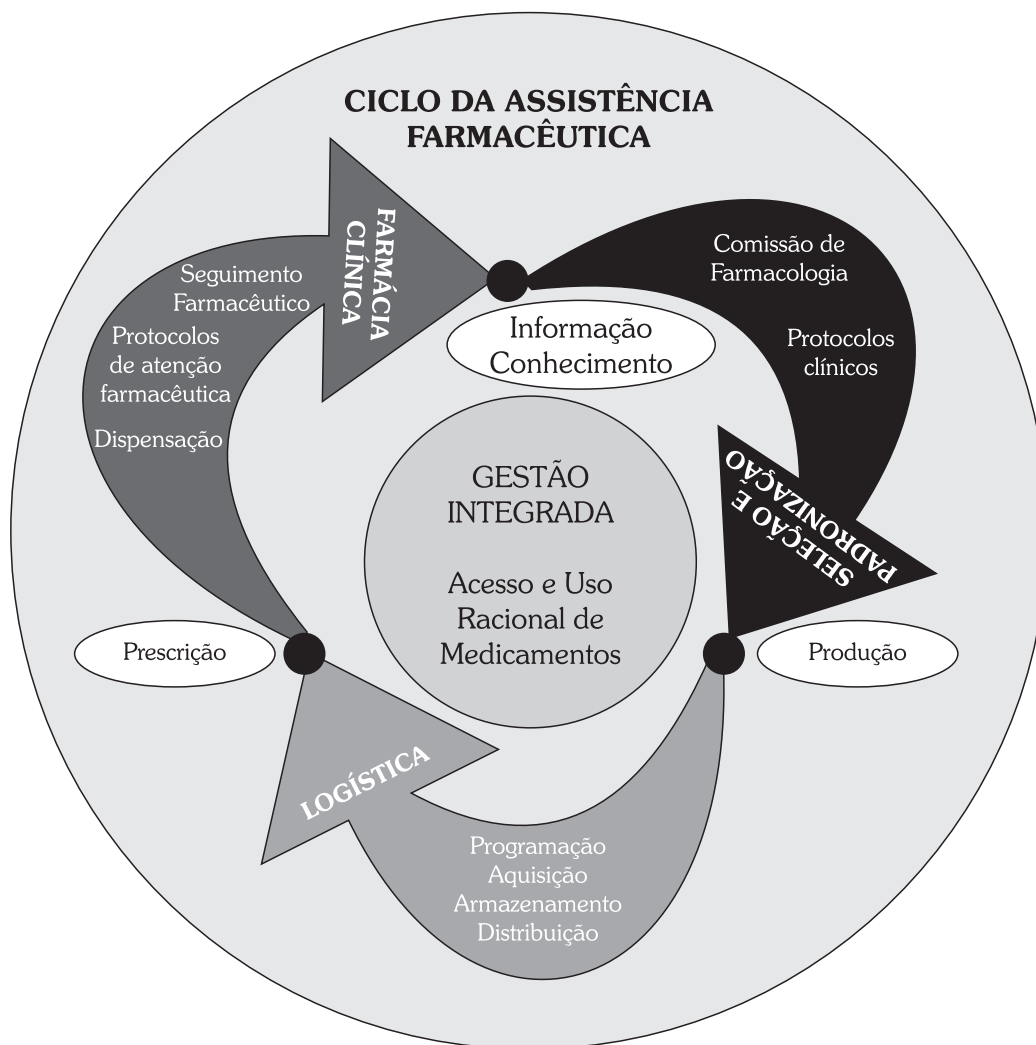
Tendo por base uma nova lógica de atuação do SUS, e considerando-se o alto impacto financeiro representado pelos medicamentos no orçamento público, a estruturação da Assistência Farmacêutica é um dos grandes desafios que se apresentam aos gestores e profissionais^{3,9,10}. Sua reorientação propõe uma mudança no modelo de organização e na forma de gerenciamento³.

A construção de uma gestão estratégica da Assistência Farmacêutica no SUS implica no desenvolvimento de ações estruturantes para os três níveis de governo (Federal, Estadual e Municipal), assumindo a Secretaria Municipal da Saúde (SMS), com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde (SES), o papel de coordenador desse processo em seu âmbito^{3,9}.

São descritas na literatura, estratégias para estruturação da Assistência Farmacêutica nas Secretarias de Saúde, que incluem:



FIGURA 1. CICLO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DAS ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.



(Adaptado de: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), Núcleo Técnico de Assistência Farmacêutica. Gestão da Assistência Farmacêutica – Relatório Anual 2011: Diagnósticos, realizações e propostas de estruturação. São Paulo: SES/SP, 2012 e Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 31 dez 2010; Seção 1:89).

- Definição da estrutura organizacional responsável pela Assistência Farmacêutica, formalizada no organograma;
- Definição de uma Política de Assistência Farmacêutica;
- Inclusão das ações de Assistência Farmacêutica no planejamento da instituição, com definição de metas;
- Modernização da gestão, com estruturação física e sistematização dos processos;
- Gestão físico-financeira da Assistência Farmacêutica;
- Gestão de pessoas com desenvolvimento de programas de capacitação;
- Estabelecimento de um conjunto de indicadores de desempenho para o monitoramento e avaliação continuada das ações de Assistência Farmacêutica, de forma compartilhada pelas esferas Federal, Estadual e Municipal^{2,10,11}.



RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

Uma das diretrizes estabelecidas na PNM, reforçada no Decreto Federal nº 7.508/2011, é a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). “A RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou agravos no âmbito do SUS”^{7,12,13}.

De acordo com a Portaria nº 533 de 28 de março de 2012, o elenco de medicamentos e insumos da RENAME é estruturado da seguinte forma¹³⁻¹⁶:

I. Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica
• Medicamentos utilizados na Atenção Básica.
II. Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos utilizados para o tratamento de um grupo de agravos específicos, contemplados em programas do Ministério da Saúde, com protocolos e normas estabelecidas. Por exemplo: Tuberculose, hanseníase, Aids; <ul style="list-style-type: none"> • Vacinas e soros; • Sangue e hemoderivados; • Medicamentos para combate ao tabagismo, itens de alimentação e nutrição.
III. Relação Nacional do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
• Medicamentos para uso ambulatorial no tratamento de doenças cujas linhas de cuidado estão definidas em PCDTs.
IV. Relação Nacional de Insumos
• Antissépticos, desinfetantes, contraceptivos intra-uterinos ou de barreira, agentes diagnósticos, soluções intravenosas (eletrolíticas e nutrição parenteral), e produtos não terapêuticos.
V. Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar
• <i>A priori</i> medicamentos específicos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais do SUS, cujo financiamento ocorre por meio de procedimento hospitalar.

Dadas as dimensões do Brasil e o fato da gestão do SUS ser partilhada entre três esferas de governo, os Estados e Municípios podem definir relações específicas e complementares à RENAME (Relação Estadual de Medicamentos Essenciais – REME e Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME, respectivamente), respeitando as responsabilidades dos entes pelo financiamento dos medicamentos, e a pactuação entre os gestores^{5,12,13}.

Visto que as necessidades de saúde são infinitas e os recursos orçamentários para custeá-las são limitados, na elaboração das listas complementares, deve ser considerado o perfil epidemiológico, as necessidades específicas loco-regionais, e as melhores evidências científicas disponíveis (medicina baseada em evidências), conforme recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC)^{7,13,14}.

A RENAME encontra-se disponível no sítio eletrônico do Ministério da Saúde, no endereço www.saude.gov.br/medicamentos¹⁴.



COMPONENTES DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

No âmbito do SUS, de acordo com a Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007, as ações e os serviços de saúde estão alocados na forma de blocos de financiamento específicos, de acordo com seus objetivos e características. O bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica é constituído por três componentes:

- I. Componente Básico da Assistência Farmacêutica;
- II. Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica;
- III. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica¹⁷.

O sistema de distribuição e dispensação de medicamentos no Estado de São Paulo está organizado por Componentes da Assistência Farmacêutica. Reconhece-se a necessidade de seu aperfeiçoamento, com abordagem e visão sistêmica, viabilizando a prestação da Assistência Farmacêutica integral e integrada às Redes Regionais de Atenção à Saúde do Estado de São Paulo (RRAS)⁴.

I- Componente Básico da Assistência Farmacêutica:

O que é?

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica está relacionado aos medicamentos e insumos da Assistência Farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde, e aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, compreendendo, no Estado de São Paulo:

- Medicamentos adquiridos pelos Municípios;
- Medicamentos do Programa Dose Certa;
- Insulinas regular e NPH e insumos para pacientes diabéticos insulino-dependentes;
- Contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher ^{17,18}.

A regulamentação deste Componente é dada pela Portaria GM/MS n. 4.217, de 28 de dezembro de 2010, que também aprova suas normas de financiamento e execução¹⁹.

A Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica está disponível no Anexo I da RENAME 2012¹⁴.

O que é o Programa Dose Certa?

É um programa do Estado de São Paulo criado para promover à população o acesso a medicamentos para o tratamento de agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica, como verminoses, febre, dor, infecções, inflamações, hipertensão e diabetes. Além destes, o Programa Dose Certa abrange o tratamento de linhas de cuidado específicas:

- Programa de Saúde Mental;
- Programa de Saúde da Mulher:
 - Métodos contraceptivos;
 - Linha de Cuidado à Gestante e Puérperas ⁴.

Quanto à aquisição destes medicamentos, o Programa Dose Certa está organizado em função do financiamento do Componente. No entanto, parte dos medicamentos deste Programa é produzida pela Fundação para o Remédio Popular – FURP ⁴.

A finalidade do Programa Dose Certa é aperfeiçoar o acesso da população aos medicamentos no âmbito da atenção básica, por meio da manutenção do fornecimento de medicamentos,



QUADRO 01. PACTUAÇÃO DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ESTADO DE SÃO PAULO.

População	Nº Municípios	Pactuação
Mais de 250 mil habitantes	26 municípios (Barueri, Bauru, Campinas, Carapicuíba, Diadema, Franca, Guarujá, Guarulhos, Itaquaquetuba, Jundiaí, Limeira, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Piracicaba, Ribeirão Preto, Santo André, Santos, São Bernardo do Campo, São José do Rio Preto, São José dos Campos, São Paulo, São Vicente, Sorocaba, Suzano e Taubaté)	Receberão em financeiro o total da contrapartida do: - MS: R\$ 5,10 hab/ano; -SES/SP: R\$ 1,86 hab/ano, para aquisição de medicamentos do Anexo I da RENAME 2012.
Menos de 250 mil habitantes	21 municípios (Americana, Araraquara, Catanduva, Cerqueira César, Coronel Macedo, Embu Guaçu, Guapiara, Ilhabela, Itapeva, Jacareí, Lençóis Paulistas, Macatuba, Marília, Nova Odessa, Pederneiras, Pindamonhangaba, Piratininga, Presidente Prudente, Várzea Paulista e Votorantim)	Optaram por não receber o “Programa Dose Certa” Desta forma, receberão em financeiro o total da contrapartida do: - MS: R\$ 5,10 hab/ano; -SES/SP: R\$ 1,86 hab/ano para aquisição de medicamentos do Anexo I da RENAME 2012.
	598 municípios	Optaram por receber o “Programa Dose Certa” Desta forma, receberão em financeiro, parte da contrapartida do MS: R\$ 3,05 hab/ano, do total de R\$ 5,10 hab/ano, para aquisição de medicamentos do Anexo I da RENAME 2012, e em medicamentos pelo Programa Dose Certa.

Fonte: Adaptado de Brasil. Deliberação CIB nº 30, de 07 de maio de 2012. Aprova a pactuação do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 08 maio 2012; Seção 1:48.

para Municípios com população menor que 250 mil habitantes, que podem apresentar maiores dificuldades na aquisição de medicamentos^{18,20}.

Ressalta-se, que os Municípios com população menor que 250 mil habitantes têm autonomia de decisão quanto à participação no Programa Dose Certa, sendo necessária a pactuação na Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo (CIB/SP)^{18,20}.

A Relação de medicamentos do Programa Dose Certa se encontra disponível no sítio eletrônico da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), no endereço <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/assistencia-farmaceutica/medicamentos-dos-componentes-da-assistencia-farmaceutica/>.

Como é realizado o financiamento deste Componente?



O financiamento dos medicamentos para atenção básica em saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão, devendo ser aplicados os seguintes valores mínimos para aquisição de medicamentos do Anexo I da RENAME 2012:

- União: R\$ 5,10 por habitante/ano;
- Estados e Distrito Federal: R\$ 1,86 por habitante/ano; e
- Municípios: R\$ 1,86 por habitante/ano¹⁹.

Os valores das contrapartidas Estadual e Municipais foram pactuados pela CIB/SP¹⁸⁻²⁰.

A pactuação do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo está publicada na Deliberação CIB nº 30, de 07 de maio de 2012, que mantém a decisão da Deliberação CIB nº 04, de 23 de fevereiro de 2011 (Quadro 01)^{18,20}.

O Ministério da Saúde financia, com recursos distintos dos apresentados acima, a aquisição e distribuição de:

- Insulina Humana NPH 100 UI/mL e Insulina Humana Regular 100 UI/mL;
- Contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher¹⁹.

Em situações extraordinárias, pode ocorrer cofinanciamento estadual dos contraceptivos.

O Estado e Municípios, por sua vez, financiam (Estado: R\$ 0,50 hab/ano, Municípios: R\$ 0,50 hab/ano) as tiras reagentes, lancetas e seringas com agulha acoplada²¹.

Os recursos financeiros do Ministério da Saúde são transferidos do Fundo de Desenvolvimento Econômico e Social (FUNDES) para os Fundos Municipais de Saúde (FMS), em parcelas mensais, correspondentes a 1/12 (um doze avos)¹⁹.

O repasse dos recursos financeiros do Estado de São Paulo aos municípios é realizado pela transferência fundo (Fundo Estadual de Saúde) a fundo (FMS), com periodicidade trimestral, prevista para o mês subsequente a cada trimestre^{18,20,22}.

As SMS, anualmente, podem utilizar um percentual de até 15% da soma dos valores dos recursos financeiros do Estado e do Município para adequação de espaço físico das farmácias do SUS nos municípios; aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de Assistência Farmacêutica; e realização de atividades vinculadas à educação continuada voltada à qualificação de recursos humanos na Assistência Farmacêutica na atenção básica. É vetada a utilização dos recursos federais para estas finalidades^{19,23}.

O acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da aplicação dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo, bem como os montantes aplicados pela SES/SP e pelas SMS são realizados por meio do Relatório Anual de Gestão. Com a finalidade de auxiliar o acompanhamento da utilização dos recursos financeiros para Assistência Farmacêutica na atenção básica, foi pactuado na CIB/SP o sistema informatizado RECFARMA¹⁸⁻²⁰.

Onde são dispensados os medicamentos à população?

A dispensação dos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é realizada nas farmácias ambulatoriais designadas pelos municípios, localizadas nas Unidades Básicas de Saúde e ambulatórios médicos.

No Município de São Paulo, existem as Farmácias Dose Certa, onde são dispensados os medicamentos do Programa Dose Certa. Estas farmácias estão subordinadas à gestão estadual.

Qual a lógica de organização deste Componente no Estado de São Paulo?

Uma vez que o financiamento do Componente Básico de Assistência Farmacêutica está diretamente relacionado à população de cada município, sua organização também tem estreita relação com estes fatores (Quadro 02)¹⁹.



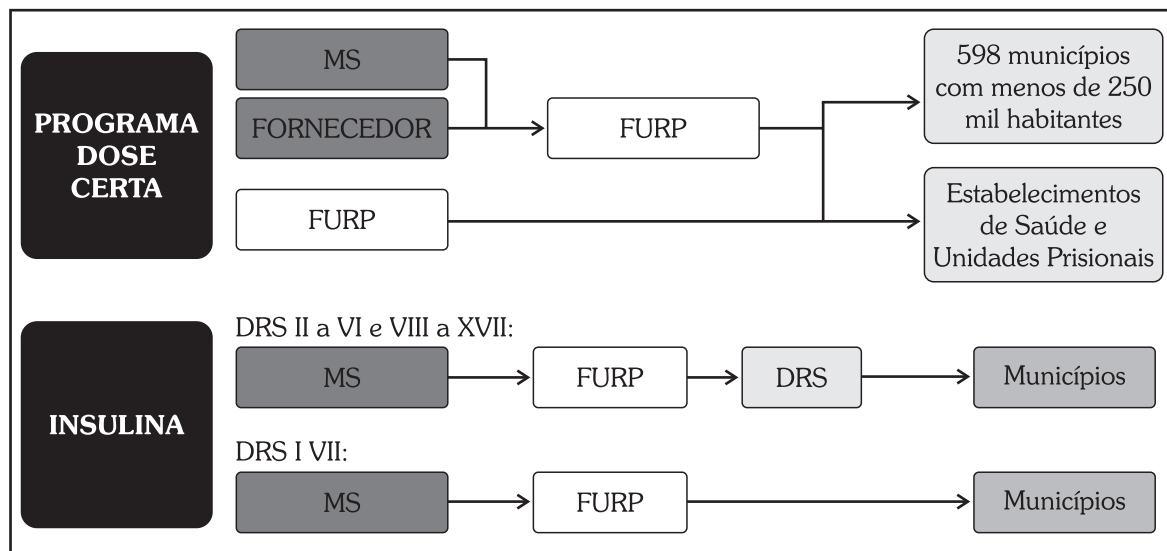
QUADRO 02. ORGANIZAÇÃO DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ESTADO DE SÃO PAULO.

	Programação	Aquisição	Armazenamento	Distribuição
Programa Saúde da Mulher	Município e SES-SP realizam a programação segundo consumo, respeitando os parâmetros para quantidade máxima, estabelecidos pelo Ministério da Saúde.	Ministério da Saúde realiza a aquisição junto aos fornecedores.	Municípios com população igual ou acima de 500 mil habitantes recebem diretamente do Ministério da Saúde, para dispensação.	A FURP realiza a distribuição para os municípios de acordo com a programação.
			Municípios com população abaixo de 500 mil habitantes, o Ministério da Saúde realiza aquisição e os fornecedores entregam os medicamentos na FURP, que realiza o armazenamento.	
Programa Saúde Mental	Municípios realizam a programação de acordo com o consumo, respeitando o limite financeiro.	A SES realiza a aquisição junto aos fornecedores.	Os fornecedores realizam a entrega na FURP, que realizam o armazenamento.	A FURP realiza a distribuição para os municípios de acordo com a programação e solicitação trimestral de reposição.
Medicamentos para o tratamento de agravos prevalentes e prioritários na Atenção Básica	Municípios realizam a programação de acordo com o consumo, respeitando o limite financeiro.	A FURP realiza produção destes medicamentos.	A FURP realiza o armazenamento destes medicamentos.	A FURP realiza a distribuição para os municípios de acordo com a programação e solicitação trimestral de reposição.
Insulinas	Município e SES-SP realizam a programação segundo consumo, respeitando os parâmetros para quantidade máxima estabelecidos pelo Ministério da Saúde.	Ministério da Saúde realiza a aquisição junto aos fornecedores.	Os fornecedores realizam a entrega na FURP, que realizam o armazenamento.	A FURP distribui a insulinas às DRS, exceto DRS I - Grande São Paulo e DRSVII - Campinas, que, nestes casos, os municípios recebem diretamente da FURP.

Fonte: Adaptado de Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), Núcleo Técnico de Assistência Farmacêutica. Gestão da Assistência Farmacêutica – Relatório Anual 2011: Diagnósticos, realizações e propostas de estruturação. São Paulo: SES/SP 2012 e Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS n. 4.217, de 28 de dezembro de 2010. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União. 29 dez 2010. Seção 1: 72.



FIGURA 1. REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA LÓGICA DE ORGANIZAÇÃO DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ESTADO DE SÃO PAULO.



(Adaptado de: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), Núcleo Técnico de Assistência Farmacêutica. Gestão da Assistência Farmacêutica – Relatório Anual 2011: Diagnósticos, realizações e propostas de estruturação. São Paulo: SES/SP, 2012).

II. Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica

O que é?

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica trata de medicamentos utilizados para o tratamento de um grupo de agravos específicos, com perfil endêmico e impacto socioeconômico, contemplados em programas do Ministério da Saúde, com protocolos e normas estabelecidas^{14,16,17}:

- Aids
- Coagulopatias
 - Cólera
 - Dengue
- Esquistossomose
 - Filariose
 - Hanseníase
 - Influenza
- Leishmaniose
 - Malária
- Micosses Sistêmicas
 - Lupus
 - Mieloma Múltiplo
- Enxerto X Hospedeiro
 - Meningite
 - Tabagismo

Ainda contempla vacinas e soros, sangue, hemoderivados e itens de alimentação e nutrição¹⁴.

A Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica está disponível no Anexo II da RENAME 2012^{14,17}.

Como é realizado o financiamento deste Componente?

Os programas são de abrangência nacional, com responsabilidade de financiamento federal, não eliminando o cofinanciamento estadual e/ou municipal, em situações extraordinárias¹⁷.



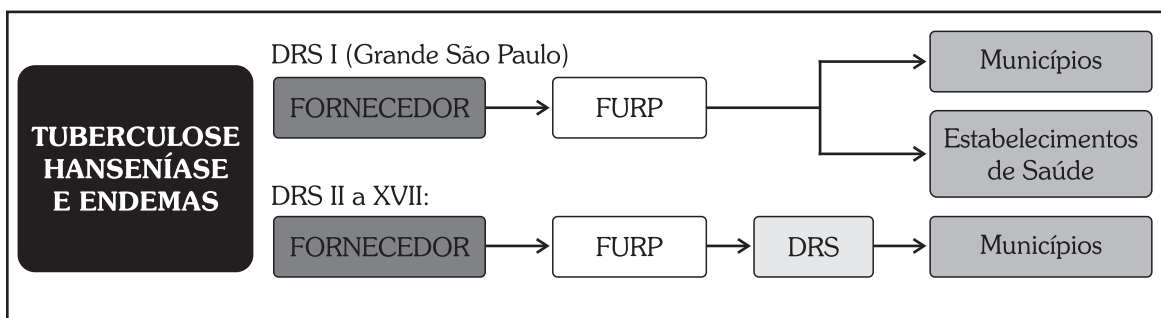
Onde são dispensados os medicamentos à população?

A dispensação dos medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica é realizada nas farmácias designadas pelos municípios, localizadas nas Unidades Básicas de Saúde, ambulatórios médicos e hospitais.

Qual a lógica de organização deste Componente no Estado de São Paulo?

- a) Medicamentos para tuberculose, hanseníase e endemias:
- MS, SES/SP, DRS's e hospitais elaboram programação anual de consumo;
 - MS compra os medicamentos, de forma centralizada;
 - MS distribui os medicamentos ao Estado de São Paulo, de acordo com grade de distribuição. A entrega dos medicamentos ocorre no Almoxarifado SES/FURP;
 - FURP distribui os medicamentos para os DRS's (exceto DRS I) e hospitais;
 - Municípios retiram os medicamentos nos DRS's;
 - FURP distribui os medicamentos para os municípios e hospitais da DRS I;
 - A dispensação dos medicamentos é realizada nas farmácias dos municípios e hospitais ⁴.
- b) Medicamentos para Aids
- Segue o modelo das DRS's II a XVII.

FIGURA 2. REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA LÓGICA DE ORGANIZAÇÃO DO COMPONENTE ESTRATÉGICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ESTADO DE SÃO PAULO.



(Adaptado de: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), Núcleo Técnico de Assistência Farmacêutica. Gestão da Assistência Farmacêutica – Relatório Anual 2011: Diagnósticos, realizações e propostas de estruturação. São Paulo: SES/SP, 2012).

III. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

O que é?

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica engloba medicamentos para uso ambulatorial no tratamento de doenças cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, publicados pelo Ministério da Saúde ^{15,24}.

Os medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas neste Componente estão divididos em três grupos, com características, responsabilidades e formas de organização distintas:

- Grupo 1 – Medicamentos sob responsabilidade da União;

- Grupo 2 – Medicamentos sob responsabilidade dos Estados e Distrito Federal;
- Grupo 3 – Medicamentos sob responsabilidade dos Municípios e Distrito Federal¹⁵.

A regulamentação deste Componente é dada pelas Portarias GM/MS n° 2.981, de 26 de novembro de 2009 e Portaria GM/MS n° 3.439, de 11 de novembro de 2010^{15,24}.

A Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica está disponível no Anexo III da RENAME 2012¹⁴.

Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas encontram-se disponíveis no sítio eletrônico do Ministério da Saúde, no endereço www.saude.gov.br/medicamentos.

Como é realizado o financiamento deste Componente?

O financiamento para aquisição dos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade do Ministério da Saúde, Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme pactuação na Comissão Intergestores Tripartite ^{15,17}.

Este financiamento está diretamente relacionado ao grupo em que os medicamentos estão alocados:

- Grupo 1 – Medicamentos sob responsabilidade da União:
 - > 1A – medicamentos financiados e adquiridos de forma centralizada pelo MS;
 - > 1B – medicamentos financiados com transferência de recursos financeiros do MS para a SES/SP;
- Grupo 2 – Medicamentos sob responsabilidade do Estado de São Paulo, financiados integralmente pela SES/SP;
- Grupo 3 – Medicamentos sob responsabilidade dos Municípios, financiados integralmente pelas SMS¹⁵.

Os recursos do Ministério da Saúde, aplicados neste financiamento, tem como base a emissão e aprovação das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), emitidas pelos gestores estaduais, vinculadas à efetiva dispensação do medicamento e de acordo com os critérios técnicos definidos pela Portaria que o regulamenta^{15,17}.

Onde são dispensados os medicamentos à população?

A dispensação dos medicamentos do Grupo 1 e 2 ocorre em farmácias públicas designadas pelo gestor estadual¹⁵.

No Estado de São Paulo existem 40 pontos de dispensação de medicamentos especializados, distribuídos pelos 17 DRS's. A lista de Farmácias de Medicamentos Especializados (FME), com endereços e telefones, está disponível no sítio eletrônico da SES/SP, no endereço <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/assistencia-farmaceutica/medicamentos-dos-componentes-da-assistencia-farmaceutica>.

Nas FME é realizado o atendimento presencial de pacientes e a distribuição dos medicamentos a municípios, centros de aplicação assistida de medicamentos e clínicas de hemodiálise, que por sua vez dispensam ao paciente⁴.

A dispensação dos medicamentos do Grupo 3 é realizada nas farmácias ambulatoriais designadas pelos municípios¹⁵.

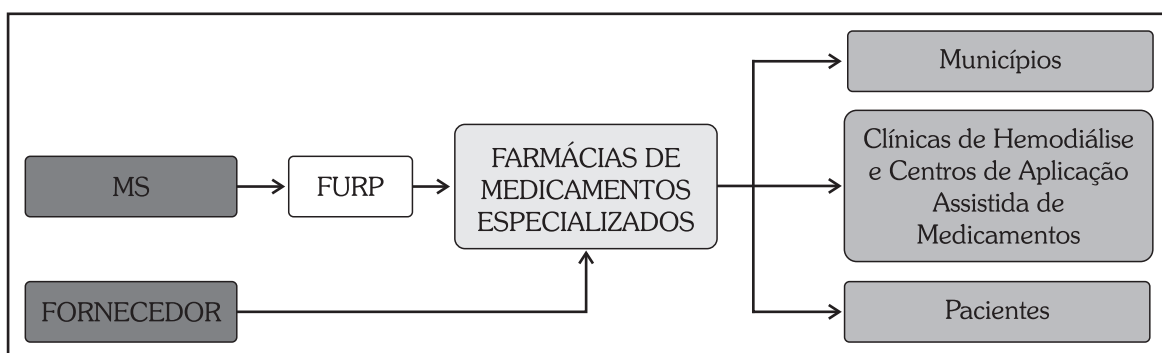
Qual a lógica de organização deste Componente no Estado de São Paulo?

- a) Medicamento dos Grupos 1 e 2.
 - MS e SES/SP elaboram programação anual de consumo;
 - MS compra e distribui os medicamentos do Grupo 1A ao Estado. A entrega destes medicamentos ocorre no Almoxarifado SES/FURP;



- SES/SP solicita a compra dos medicamentos dos Grupos 1B e 2, junto aos fornecedores. A entrega dos medicamentos ocorre nas FME;
- FURP distribui os medicamentos do Grupo 1A para as FME;
- FME avalia a documentação dos pacientes;
- FME dispensa os medicamentos aos pacientes;
- Municípios/centros de aplicação assistida de medicamentos/clínicas de hemodiálise retiram medicamentos nas FME e dispensam aos pacientes ⁴.

FIGURA 3. REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA LÓGICA DE ORGANIZAÇÃO DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ESTADO DE SÃO PAULO.



(Adaptado de: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), Núcleo Técnico de Assistência Farmacêutica. Gestão da Assistência Farmacêutica – Relatório Anual 2011: Diagnósticos, realizações e propostas de estruturação. São Paulo: SES/SP, 2012).

IV. Aspectos da prescrição médica

O acesso universal e igualitário à Assistência Farmacêutica pressupõe estar a prescrição médica em conformidade com a RENAME e Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação complementar estadual ou municipal de medicamentos⁷.

Para que a prescrição médica seja adequada, deve ser elaborada de maneira clara, sem rasuras, emendas ou códigos^{25,26}, seguindo os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a prescrição racional²⁸, e as legislações específicas.

Quais são os elementos essenciais da prescrição médica?

- Nome e endereço do profissional, ou da instituição onde trabalha;
- Número de inscrição no respectivo Conselho profissional;
- Nome e endereço residencial completo do paciente;
- Nome genérico do medicamento, sem códigos ou abreviaturas, adotando a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI);
- Via de administração;
- Dosagem;
- Forma Farmacêutica;
- Apresentação do medicamento;
- Posologia;
- Duração total do tratamento;

- Data de expedição;
- Assinatura do profissional;
- Carimbo constando o n° de inscrição no Conselho Regional de Medicina / Odontologia^{25,26,28,29}.

Qual a validade das prescrições médicas:

- a) Antimicrobianos:
 - 10 dias;
 - Em situações específicas - 90 dias³⁰.
- b) Medicamentos sujeitos a Controle Especial, conforme Portaria n° 344, de 12 de maio de 1998:
 - Listas A1, A2, A3, B1, B2, C1, C4, C5 – 30 dias³¹⁻³³;
 - Lista C3 – 20 dias³⁴;
 - Isotretinoína – 7 dias³⁵.
- c) Medicamentos de Uso Contínuo: no Município de São Paulo, as prescrições de medicamentos não sujeitos a controle especial, destinadas ao tratamento de doenças crônicas, podem ser feitas para até no máximo um ano de tratamento³⁶.
 - Programa Farmácia Popular do Brasil;
 - Contraceptivos – 1 ano;
 - Outros medicamentos – 120 dias³⁷.

Legislações pertinentes:

Sistema Único de Saúde

- Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- Lei n° 12.401, de 28 de abril de 2011 – Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.
- Decreto n° 7.508, de 28 de junho de 2011 – Regulamenta a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.
- Portaria GM/MS n° 2.928 de 12 de dezembro de 2011 – Dispõe sobre os §§ 1° e 2° do art. 28 do Decreto n° 7.508, de 28 de junho de 2011.

Assistência Farmacêutica no SUS

- Portaria GM/MS n° 3.916, de 30 de outubro de 1998 – Aprova a Política Nacional de Medicamentos.
- Resolução CNS n° 338, 06 de maio de 2004 – Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Financiamento da Assistência Farmacêutica no SUS

- Portaria GM/MS n° 204, de 29 de janeiro de 2007 – Regulamenta o financiamento dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.
- Portaria GM/MS n° 2.583, de 10 de outubro de 2007 – Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei n° 11.347/2006, aos usuários portadores de Diabetes Mellitus.



- Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009 – Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
- Portaria GM/MS nº 3.439, de 11 de novembro de 2010 - Altera os arts. 3º, 15, 16 e 63 e os Anexos I, II, III, IV e V à Portaria nº 2.981/GM/MS, de 26 de novembro de 2009, republicada em 1º de dezembro de 2009.
- Portaria nº 4.217, de 28 de dezembro de 2010 – Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.
- Portaria nº 2.025, de 24 de agosto de 2011 – Altera a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, na parte que trata da aplicação de recursos no âmbito do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica.

Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

- Resolução nº 03, de 29 de setembro de 2011 – Estabelece as diretrizes nacionais da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Resolução nº 01, de 17 de janeiro de 2012 – Estabelece as diretrizes nacionais da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Portaria nº 533, de 28 de março de 2012 – Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da RENAME no âmbito do SUS.

Pactuação do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Estado de São Paulo

- Deliberação CIB nº 04, de 23 de fevereiro de 2011 – Aprova a pactuação do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Estado de São Paulo.
- Deliberação CIB nº 30, de 07 de maio de 2012 – Aprova a pactuação do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Estado de São Paulo.
- Comunicado GS - s/n, de 09 de maio de 2012 – Divulga os valores a serem destinados aos municípios, correspondentes à contrapartida do Estado no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

Assistência Farmacêutica no âmbito da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional

- Portaria nº 3.270, de 26 de outubro de 2010 – Estabelece o elenco de medicamentos para o atendimento das pessoas presas vinculadas às equipes de Saúde do Sistema Penitenciário Brasileiro cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES Serviço/Classificação 100, dos Estados qualificados para o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário.
- Portaria nº 1.617, de 26 de julho de 2012 – Institui o Grupo de Trabalho com o objetivo de apresentar estratégias para a Assistência Farmacêutica no âmbito da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional.
- Deliberação CIB nº 62, de 06 de setembro de 2012 – Aprova as Diretrizes para a Atenção à Saúde da População Privada de Liberdade.

Manutenção da Assistência Farmacêutica em ocasião de desastres naturais

- Portaria nº 2365, de 18 de outubro de 2012 – Define a composição do kit de medicamentos e insumos estratégicos a ser encaminhado pelo Ministério da Saúde para a assistência farmacêutica às Unidades da Federação atingidas por desastres de origem natural associados a chuvas, ventos e granizo e define os respectivos fluxos de solicitação e envio.



Incorporação de Tecnologias no SUS

- a) Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde.
- Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011 - Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências.
 - Portaria nº 2.009, de 13 de setembro de 2012 - Aprova o Regimento Interno da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC).
- b) Comissão de Farmacologia SES/SP.
- Resolução nº 54, de 11 de maio de 2012 – Aprova, no âmbito da Pasta, estrutura e funcionamento da Comissão de Farmacologia da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e dá outras providências.

Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS)

- Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012 – Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde.
- Portaria nº 1.215, de 13 de junho de 2012 – Regulamente a transferência de recursos destinados ao Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Portaria nº 22, de 15 de agosto de 2012. Habilita os municípios a receber recursos destinados ao Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS), Eixo Estrutura.



LITERATURA SUGERIDA:

Marin N, Luiza VL, Osorio-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S. (org.). Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. 334 p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Assistencia_Farmacutica_para_Gerentes_Municipais.pdf.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Instruções técnicas para sua organização. 2 ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006. 98p. (A, Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/283.pdf>.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à Assistência Farmacêutica. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006. 73p. (B, Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06_1143_M.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Diretrizes para estruturação das farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009. 43p. (A, Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes_para_estruturaacao_farmacias_ambito_sus.pdf.

Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo (CRF/SP). Comissões Assessoras de Saúde Pública do CRF-SP. Assistência Farmacêutica Municipal. Diretrizes para estruturação e processos de organização. São Paulo: CRF/SP, 2010. 67p. Disponível em: www.crfsp.org.br.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS. Brasília (DF): CONASS, 2011. 186p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.7.pdf.

Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba (CRM/PB). Manual de orientações básicas para prescrição médica. 2 ed. Brasília (DF): CFM e CRM/PB, 2011. 64p. Disponível em: <http://www.aa.med.br/upload/biblioteca/cartilha%20prescricao%20medica%202012.pdf>.

SITES DE INTERESSE

Portal do Ministério da Saúde:

Conteúdo do ícone “Medicamentos” (aba “Profissional e Gestor”): http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1000

Conteúdo do ícone “CONITEC” (Página principal): http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1611

Portal “Saúde Baseada em Evidências” (Página principal): <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarArea&codArea=392> ou <http://aplicacao.periodicos.saude.gov.br/>

Portal da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo:

Conteúdo do ícone “Medicamentos” (Página principal): <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/cidadao/homepage/aceso-rapido/medicamentos>

Conteúdo do ícone “Comissão de Farmacologia da SES/SP” (Página principal): <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/comissao-de-farmacologia/>



Informe Eletrônico de Legislação em Saúde (aba “Legislação”): <http://www.saude.sp.gov.br/ses/legislacao/informe-eletronico-de-legislacao-em-saude/>

Outros sites de interesse:

Agência Nacional de Vigilância Sanitária: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/home>

Centro de Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/>

Fundação para o Remédio Popular: <http://www.furp.sp.gov.br/>

Instituto de Saúde: <http://www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/>

Conselho Federal de Farmácia: <http://www.cff.org.br/>

Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo: <http://www.crfsp.org.br/>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, estabelecida com base nos princípios constantes no anexo desta Portaria. Diário Oficial da União. 20 maio 2001; Seção 1:52.
2. Cipriano SL. Desenvolvimento de um modelo de construção e aplicação de um conjunto de Indicadores de Desempenho na Farmácia Hospitalar com foco na comparabilidade. São Paulo. Tese [Doutorado em Saúde Pública] – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2009.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos, cuja íntegra consta no anexo desta Portaria. Diário Oficial da União. 10 nov 1998; Seção 1: 18.
4. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), Núcleo Técnico de Assistência Farmacêutica. Gestão da Assistência Farmacêutica – Relatório Anual 2011: Diagnósticos, realizações e propostas de estruturação. São Paulo: SES/SP, 2012.
5. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990; Seção 1:018055.
6. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 31 dez 2010; Seção 1:89.
7. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 29 jun 2011. Seção 1:1.
8. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, 2011. p.86.
9. SAVI LA. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: aspectos históricos, gerenciais e organizacionais. Inst. Salus 2011 jun; maio-jun: 1-5.
10. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. A assistência farmacêutica no SUS. Brasília: CONASS; 2011. p. 15-25. (CONASS; Para entender a gestão do SUS 2011)
11. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Assistência farma-



cêutica na atenção básica: instruções para sua organização. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p.81-86. (MS; A, Normas e Manuais Técnicos).

12. Organización Mundial de la Salud (OMS). Selección de Medicamentos Esenciales. Perspectivas Políticas sobre Medicamentos de La OMS. 2002; 4: 1-6.

13. Ministério da Saúde (Brasil). Resolução nº 1, de 17 de janeiro de 2012. Estabelece as diretrizes nacionais da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 18 jan 2012; Seção 1:37.

14. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 533 de 28 de março de 2012. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 29 mar 2012; Seção 1:96.

15. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009. Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União. 30 nov 2009; Seção 1: 725-771.

16. Ministério da Saúde [homepage na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 1996c [atualizada em 29 jul 2012; acesso em 03 ago 2012]. Medicamentos; [aproximadamente 2 telas] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1347.

17. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial da União. 31 jan 2007. Seção 1: 45.

18. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Brasil). Deliberação CIB nº 04, de 23 de fevereiro de 2011. Aprova a pactuação do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 24 fev 2011; Seção 1:33.

19. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS n. 4.217, de 28 de dezembro de 2010. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União. 29 dez 2010. Seção 1: 72.

20. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Brasil). Deliberação CIB nº 30, de 07 de maio de 2012. Aprova a pactuação do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 08 maio 2012; Seção 1:48.

21. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS nº 2.583, de 10 de outubro de 2007. Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347/2006, aos usuários portadores de Diabetes Mellitus. Diário Oficial da União. 15 out 2007.

22. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Brasil). Comunicado GS - s/n, de 9-5-2012. Divulga os valores a serem destinados aos municípios, correspondentes à contrapartida do Estado no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 10 maio 2012; Seção 1: 74.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.025, de 24 de agosto de 2011. Altera a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, na parte que trata da aplicação de recursos no âmbito do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União; 25 ago 2011. Seção 1:87.

24. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS nº 3.439, de 11 de novembro de 2010. Altera os arts. 3º, 15, 16 e 63 e os Anexos I, II, III, IV e V à Portaria nº 2.981/GM/MS, de 26 de novembro de 2009, republicada em 1º de dezembro de 2009. Diário Oficial da União. 17 nov 2010; Seção 1:31.



25. Brasil. Lei nº 5.991/1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 19 dez 1973.
26. Conselho Federal de Farmácia (Brasil). Resolução CFF nº 357, de 20 de abril de 2001. Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia. Diário Oficial da União. 27 out 2001.
27. Organização Mundial de Saúde (OMS). Guia do instrutor em práticas da boa prescrição médica. Genebra (Suíça): OMS, 2001. 103 p.
28. Brasil. Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Diário Oficial da União. 11 fev 1999; Seção 1:1.
29. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Brasil). Resolução SS nº 54, de 11 maio 2012. Aprova, no âmbito da Pasta, estrutura e funcionamento da Comissão de Farmacologia da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 12 maio 2012; Seção 1:37.
30. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução RDC nº 20, de 05 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação. Diário Oficial da União. 9 maio 2011; Seção 1:39.
31. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Diário Oficial da União. 19 maio 1998.
32. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução RDC nº 58, de 05 setembro de 2007. Dispõe sobre o aperfeiçoamento do controle e fiscalização de substâncias psicotrópicas anorexígenas e dá outras providências. Diário Oficial da União. 06 set 2007; Seção 1:156.
33. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Portaria n.º 6 de 29 de janeiro de 1999. Aprova a Instrução Normativa da Portaria SVS/MS n.º 344 de 12 de maio de 1998 que instituiu o Regulamento Técnico das substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Diário Oficial da União. 1999.
34. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução RDC nº 11, de 22 de março de 2011. Dispõe sobre o controle da substância Talidomida e do medicamento que a contenha. Diário Oficial da União. 24 mar 2011; Seção 1:79.
35. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Brasil). Portaria CVS nº 23, de 29 de novembro de 2003. Dispõe sobre a comercialização e controle do medicamento à base de substância retinóide - Isotretinoína e dá providências correlatas. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 29 nov 2003; Seção 1:50.
36. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Brasil). Portaria SMS nº 2.693, de 12 de dezembro de 2003. Normatiza a prescrição e dispensação de medicamentos no âmbito das unidades pertencentes ao Sistema Único de Saúde sob gestão municipal. Diário Oficial do Estado de São Paulo.
37. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 184, 3 de fevereiro de 2011. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 04 fev 2011; Seção 1:35.



CAPÍTULO XIII

EDUCAÇÃO NA SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) – SP

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem, desde sua criação, superando desafios técnicos e políticos muito importantes. Enquanto política pública de saúde brasileira pode-se afirmar que o SUS está em permanente transformação e que seu fortalecimento depende de estratégias de superação que se constroem a partir das dificuldades identificadas nas práticas cotidianas da gestão e da atenção.

Dentre estes desafios estão a mobilização de esforços e recursos relacionados à operacionalidade de práticas, diretrizes e conceitos intrínsecos ao SUS, como por exemplo, o da integralidade. Esta é uma diretriz que está assentada em concepções contra-hegemônicas e sua efetivação depende da superação das práticas predominantes no campo da saúde, tais como a precária interação entre as equipes, as dificuldades dos profissionais em lidar com a dimensão subjetiva nas práticas do cuidado, a fragmentação dos processos de trabalho e a desarticulação entre a gestão e a atenção.

O sucesso na produção de novos modelos de gestão e atenção está intrinsecamente ligado à questão da qualificação de seus trabalhadores. Enfrentar a tarefa de mudar práticas em saúde requer dos gestores ações educativas estratégicas e inovadoras que superem o modo predominante de agir em saúde, criando novas possibilidades para relações coletivas na operacionalização das diretrizes do SUS.

O campo da gestão do trabalho e da educação no SUS, embora reconhecido como vital para a sua efetivação, ainda é uma área que recebe pouca atenção por parte dos gestores do sistema. Portanto, o objetivo deste texto é apresentar o conceito de Educação Permanente em Saúde e sua relação com o trabalho e com as práticas de formação e desenvolvimento profissional, resgatando, a partir das diretrizes e regulamentação do Pacto de Gestão pela Saúde, o processo de estruturação da Política de Educação Permanente no Estado de São Paulo, atualizando as principais informações que podem contribuir com a apropriação de valores e significados no cotidiano da gestão do trabalho em saúde.

O CONCEITO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A Educação Permanente em Saúde (EPS) busca instituir uma nova estratégia educativa a fim de superar a fórmula pedagógica das capacitações tradicionais. Isso porque se comprovou que as capacitações tradicionais, de modo geral, não propiciam os resultados esperados e seus conteúdos não produzem impacto nas práticas do cotidiano dos serviços, na medida em que são organizadas



com base na transmissão de conhecimentos e descontextualizadas da realidade, vivências e saberes prévios dos sujeitos envolvidos na ação educativa. (Ramos, Gonçalves e Seixas, 2011)

Apostar na superação do modo tradicional de qualificação dos trabalhadores também pressupõe, mais do que organizar e ofertar cursos, principalmente, a criação de espaços para que o conjunto dos trabalhadores, as equipes da atenção e da gestão problematizem e reflitam sobre o seu cotidiano de trabalho. Espaços para pensar criticamente sobre o que, como, por que, para quem e, com quem fazem e, coletivamente, identificar, construir novos conceitos e conhecimentos que podem dar novos sentidos ao trabalho em saúde.

A EPS permite revelar a complexidade das explicações dos diferentes problemas e torna evidente a necessidade de estratégias múltiplas que, para serem propostas e implementadas, necessitam de articulação com a gestão do sistema. Nesse sentido, apresenta-se também como uma estratégia de gestão, pois os recursos de poder precisam ser mobilizados para enfrentamento dos problemas de natureza diversa. Um pressuposto importante da EPS é o da aprendizagem significativa, um componente da aprendizagem de adultos, que parte da inquietação sentida pelo indivíduo ou pela organização ao perceber que sua forma de atuar ou pensar é insuficiente para a resolução de determinado problema. Se esse problema tem significado para o indivíduo e é capaz de dialogar com a experiência acumulada por ele, então se torna possível desenvolver um aprendizado significativo. É importante ressaltar que estas inquietações, despertadas pelos problemas, não se produzem a partir de um discurso externo, mas precisam ser intensamente vivenciadas, para gerar disposição e busca de novas alternativas nas práticas e nos conceitos que conduzam a transformações. (Ramos, Gonçalves e Seixas, 2011).

Colocar este tema na agenda da gestão do SUS significa olhar para o mundo do trabalho em saúde como lugar para atuações críticas, reflexivas, propositivas, compromissadas e tecnicamente competentes e também aponta a necessidade de favorecer novos modos de fazer a gestão da educação, convocando à responsabilidade e participação outros atores importantes como formadores, serviços, trabalhadores e usuários. Portanto, pode-se dizer que a EPS é a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, configurando-se numa importante ferramenta para a gestão do SUS. (Ministério da Saúde, 2009).

A ORGANIZAÇÃO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO

A Constituição Federal de 1988 aponta como competência do SUS, além de outras atribuições, a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde. (Brasil, 1988) A Lei Federal nº 8.080/1990 define, em seu artigo 27, que a política de recursos humanos para a área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, a fim de atender os seguintes objetivos: organizar um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino e elaborar programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal. (Brasil, 1990).

O gestor do SUS não consegue conhecer de forma integral e profunda todos os problemas de saúde que afligem o sistema e nem sempre detém todas as competências e capacidades específicas para o desenvolvimento adequado das propostas de intervenção. Entretanto, outros atores podem encontrar-se mais próximos de situações específicas ou ainda apresentar outros pontos de vista sobre uma mesma situação. Dessa forma, este mandato constitucional de intervir no processo de formação dos trabalhadores é compartilhado tanto por outras esferas de governo dentro do próprio setor saúde (gestores federais, estaduais e municipais), quanto fora do setor



saúde, principalmente, por meio do Ministério da Educação, o principal agente regulador do processo de qualificação profissional no país. Portanto é um mandato que não se desenvolve isoladamente, mas sempre de forma compartilhada. (Ramos, Gonçalves e Seixas, 2011).

No Brasil, em 2003, o Ministério da Saúde toma a EPS como ideia central da Política de Gestão da Educação no Trabalho em Saúde, passando a desenvolver ações indutoras significativas no interior do SUS. A partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, o governo federal estabelece a Política de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, centrada na lógica da EPS, utilizando como instrumento norteador a Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para o SUS como estratégia para a formação e desenvolvimento de trabalhadores do setor saúde.

Em função da publicação do Pacto pela Saúde (2006), o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) rediscutem a Portaria nº 198 para adequá-la às novas diretrizes de organização do SUS. Em 2007 é então publicada a Portaria GM/MS nº 1.996 que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, cujo objetivo é fornecer a base normativa para os processos de gestão da educação em saúde nas diferentes esferas de gestão (Brasil, 2009).

A proposta da EPS que vem sendo implantada no Brasil destaca a importância do potencial educativo do processo de trabalho para a sua própria transformação. Busca a melhoria da qualidade do cuidado, a capacidade de comunicação e o compromisso social entre as equipes de saúde, os gestores do sistema de saúde, as instituições formadoras e o controle social. Estimula a produção de saberes e uma postura crítica reflexiva a partir da valorização da experiência e da cultura do sujeito das práticas do trabalho em saúde numa dada situação. No segundo semestre de 2003, desde sua pactuação na Comissão Intergestores Tripartite e sua aprovação no Conselho Nacional de Saúde, a Política de Educação Permanente em Saúde transformou-se em uma política pública do SUS. O Ministério da Saúde propõe a EPS como estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor saúde¹.

Em dezembro de 2006, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) passou por uma importante reestruturação, a fim de adequar-se às novas exigências de seu papel no processo de regionalização da saúde. Neste processo, a SES-SP reorganizou as diferentes áreas técnicas existentes e, criou, na estrutura dos Departamentos Regionais de saúde (DRS) e por meio do Decreto Nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006, os Centros de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQS). Os CDQS integram as equipes gestoras dos 17 DRS, assumindo a responsabilidade, dentre outras, de coordenar a articulação regional das Políticas de Educação Permanente em Saúde e de Humanização, bem como as demais ações que envolvam a formação dos trabalhadores do SUS.

Concomitante a este processo, seguindo as diretrizes do Pacto pela Saúde, aconteceu também a organização dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), como instâncias deliberativas e condutoras regionais das políticas públicas de saúde, assumindo também as discussões e pactuações da Política de Educação Permanente em âmbito regional com o apoio das Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES). As CIES são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde e devem ser compostas pelos gestores de saúde municipais, estaduais e,

1 Documento norteador sistematizado por representantes da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) e Conselho de Secretários Municipais de Saúde do estado de São Paulo (COSEMS-SP) para a implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no estado de São Paulo 2007.



conforme as especificidades de cada região, por: representantes da gestão do setor educação, trabalhadores, instituições de ensino com cursos na área da saúde, movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS.

Para a estruturação desta articulação colegiada, constituíram-se os Núcleos Regionais de Educação Permanente e Humanização (NEPH), instâncias vinculadas a um ou mais CGRs, compostos por técnicos estaduais e municipais das secretarias da saúde, bem como representantes de instituições formadoras de nível técnico e universitário, gestores da saúde e, em alguns casos, já contam com representantes do controle social.

Dentre as atribuições do NEPH encontram-se o apoio técnico aos CGRs na implementação das políticas de Educação Permanente em Saúde e Humanização, instituindo um processo de planejamento regional para a EPS e construindo coletivamente o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS). O PAREPS é um plano de ações estabelecido a partir das diretrizes nacionais, estaduais e municipais para a educação em saúde, considerando as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde na região de abrangência dos NEPHs. É um instrumento que determina prioridades, seleciona estratégias e reorientando-as quando necessário. A sua construção deve ser coerente com os Planos de Saúde estadual e municipais, da referida região, no que tange à educação na saúde. Após sua construção o PAREPS deverá ser discutido e aprovado no CGR e posteriormente submetidos à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para homologação.

Este trabalho requer articulações inovadoras, buscas por novos modos de apoio e pelo desenvolvimento de tecnologias adequadas às especificidades que esta realidade imprime, pois diferentes estratégias de planejamento das ações educativas devem ser desenvolvidas para responder às demandas que emergem do cotidiano do trabalho em saúde.

Para tanto é indispensável a busca e construção contínua de consensos em relação às responsabilidades, atribuições e competências da rede de apoio necessária para a implementação das diretrizes da Portaria GM/MS nº 1.996 envolvendo: Núcleos de Educação Permanente e Humanização (NEPH), Colegiados de Gestão Regional (CGR), Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES), Departamentos Regionais de Saúde (DRS), Centros de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQS), Escolas Técnicas do SUS (ETSUS), Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-SP), instituições parceiras e Conselho Estadual de Saúde (CES).

A CIB constituiu um Grupo de Trabalho Bipartite para EPS que tem como atribuições a análise técnica, recomendações e orientações quanto ao alinhamento conceitual metodológico dos projetos a serem desenvolvidos nas regiões de saúde, bem como a viabilidade e adequação da execução financeira de acordo com as regras que constam do documento norteador para a implementação da Política de Educação Permanente para o estado de São Paulo.

FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DE NÍVEL TÉCNICO DO SUS – EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Outro público alvo da política de educação em saúde a ser destacado são os trabalhadores do SUS de nível técnico, componente expressivo para a efetivação da política nacional de saúde, capaz de fortalecer e aumentar a qualidade de resposta do setor saúde às demandas da população, tendo em vista o papel dos trabalhadores de nível técnico no desenvolvimento das ações de saúde e serviços de saúde.

A Educação Profissional é uma modalidade de ensino integrada às diferentes formas de educação, ao trabalho, às ciências e às tecnologias. É voltada para o aluno matriculado ou egresso do ensino fundamental, médio ou superior e para os trabalhadores em geral, jovens



ou adultos. Pode ser desenvolvida de forma integrada ou não ao ensino regular, em especial ao ensino médio. Pela legislação vigente, os cursos desse segmento estão distribuídos em três níveis: Formação Inicial e Continuada (capacitação, aperfeiçoamento, especialização e atualização); Educação Profissional Técnica de Nível Médio; e Educação Profissional Tecnológica de Graduação e Pós Graduação. Os focos de atenção da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS) são a formação inicial e continuada e a formação técnica.

As Escolas Técnicas e Centros Formadores do SUS – ETSUS são instituições públicas criadas para atender às demandas locais de formação técnica dos trabalhadores que já atuam nos serviços de saúde, acompanhando o processo de municipalização do SUS no Brasil. Estas atuam no segmento chamado de educação profissional e são, em sua maioria, vinculadas à gestão da Saúde e não da Educação, o que facilita a adoção dos princípios e diretrizes do SUS como norteadores da sua prática formativa, embora funcionem com regulamentação e autorização do Conselho Estadual de Educação.

A principal especificidade dessas instituições é a capacidade de descentralizar os currículos, mantendo os processos administrativos centralizados. Para isso, utilizam as unidades de saúde como espaços de aprendizagem e qualificam pedagogicamente os profissionais de nível superior dos serviços para atuarem como professores. Além disso, adéquam o currículo ao contexto regional e têm como modelo pedagógico a integração ensino-serviço, com sua concepção fundamentada na articulação entre trabalho, ciência e cultura, tendo o trabalho e a pesquisa como princípios educativos.

A SES-SP conta com 06 ETSUS, que são também denominadas Centros Formadores de Pessoal para a Saúde (CEFOR), que constituem um colegiado com regimento escolar único, vinculadas técnica e pedagogicamente à Coordenadoria de Recursos Humanos. Desta forma, as ETSUS atuam respectivamente na ordenação e execução da formação de pessoal na área da saúde. As ETSUS encontram-se instaladas nos municípios de Araraquara, Assis, Franco da Rocha, Osasco, Pariquera-Açu e São Paulo, atendendo aos 645 municípios, organizados nos 64 Colegiados de Gestão Regional e 17 Departamentos Regionais de Saúde.

A criação de cada uma destas escolas no Estado de São Paulo visou responder às necessidades dos serviços em preparar os trabalhadores para o desenvolvimento das ações de saúde, tendo como valores e princípios norteadores: educação como ação transformadora; descentralização da execução curricular; integração ensino, serviço e comunidade; valorização profissional; incentivo à cidadania e compromisso com a melhoria da qualidade de atenção à saúde da população.

Destes princípios resultaram propostas curriculares que permitiram o planejamento e execução de projetos educativos adequados à dinâmica dos serviços de saúde, às características epidemiológicas e de necessidades de recursos humanos loco regionais.

As ações educativas desenvolvidas pelas ETSUS estão embasadas em processos de planejamento ascendente e participativo, nos quais os representantes das esferas municipais, estaduais e federais de gestão do SUS são atores parceiros na proposição dos projetos, na construção coletiva de currículos e no planejamento da execução dos cursos, utilizando como estratégias: articulação, pactuação, negociação e celebração de parcerias com gestores, COSEMS/SP, Órgãos de Classe, Secretarias da Educação e outros.

Também cabe as ETSUS executar políticas indutoras de formação de pessoal de nível técnico promovidas pelos governos estadual e federal. A SES/SP tem participado ativamente nas políticas públicas de profissionalização dos trabalhadores da saúde com os projetos Larga Escala e Classes Descentralizadas, o Programa de Formação para o SUS (FORMASUS), o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da área de Enfermagem (PROFAE) e, atualmente, os Programas de Formação de Profissionais de Nível Técnico para área de Saúde no Estado de São Paulo (TECSAÚDE) e o de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS),



tendo certificado, neste período, mais de 20.000 profissionais em Enfermagem, Saúde Bucal, Citologia, Laboratório, Hemocentro/Hemodinâmica, Radiologia, Registro em Saúde, Agente Comunitário, dentre outras profissões de nível técnico.

EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

A Educação a Distância (EaD) pode ser considerada uma estratégia para operacionalizar os princípios e os fins da educação, de maneira que qualquer pessoa, independente do tempo e do espaço, possa converter-se em sujeito protagonista de sua própria aprendizagem, graças ao uso sistemático de materiais educativos, reforçados por diferentes meios e formas de comunicação. (UFRJ, 2004).

Assim, a EaD vem sendo comprovada como uma modalidade de educação eficaz, possibilitando atendimento e qualidade, acesso à aprendizagem e constituindo uma forma de democratização do saber. Essa modalidade de ensino facilita a aprendizagem do profissional de saúde na própria instituição, sem afastá-lo por muito tempo de suas atividades, oferecendo assim oportunidades de formação integradas ao processo de trabalho.

Para funcionar como estratégia de uma ação de educação permanente em saúde, a EaD tem que estar fundamentada nos princípios das metodologias ativas de ensino aprendizagem. Esse pressuposto assume a perspectiva de que a formação tem como eixo fundamental o processo crítico e produtivo, e partir do conceito de atividades voltadas para resolução de problemas reais. Segundo Carvalho e Dupret (2006) um programa de EaD em saúde configura-se como um espaço que possibilita a participação ativa de todos os seus integrantes, passando, progressivamente, da noção de um curso pontual para a de um programa de formação, estruturado em unidades de aprendizagem que possibilitam ao aluno estabelecer sua trajetória, baseado na realidade de seu processo de trabalho.

Para que a EaD seja uma ferramenta tecnológica eficaz para o processo de educação permanente em saúde, é importante que as ações sejam centradas no aluno, levem em consideração o contexto no qual ele vai aplicar seus conhecimentos, desenvolvam a capacidade deste aluno para identificar e resolver problemas, propiciem a troca de experiências entre alunos e professores e permitam que o tutor seja um facilitador do processo de aprendizagem.

Seguindo os preceitos da educação permanente em saúde, a educação a distância possibilita tirar o aluno da dependência do professor, encorajando-o ao controle de seu aprendizado. Possibilita, ainda, a partir de problemas reais, envolver atividades complexas como comprometimento, reflexão, questionamento crítico, argumentação, resolução de problemas e construção de proposições, estimulando a criatividade do aluno e auxiliando na geração de alternativas e respostas não programadas.

Porém, a EaD não se fundamenta no estudo solitário, em que o aluno conta somente com o material educativo para desenvolver sua aprendizagem. A metodologia à distância permite que a condução do processo educativo conviva com a interatividade. Essa interatividade pode ser conseguida e prevista no planejamento da ação educativa de diferentes formas: entre aluno/professor; aluno/com suas próprias experiências anteriores; aluno/aluno; aluno/conteúdo; e aluno/meio, utilizando os mais diversos recursos tecnológicos e de comunicação.

Na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde há indicações de que a EaD é um caminho possível para expandir o pressuposto da aprendizagem significativa, na medida em que enfatiza que o aprendizado por meio de recursos tecnológicos permite flexibilidade e abertura no acesso ao conhecimento e à informação, facilita a formação de comunidades virtuais em áreas de interesse, supera problemas de distância e de acesso a bibliografias e potencializa a articulação de dados e o desenvolvimento de debates. (Brasil, 2009).



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.
- _____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília – DF, 20 de setembro de 1990.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9. Brasília – DF, 2009.
- Carvalho, AI. e Dupret, LM. Educação à distância como estratégia de implementação de política pública: a experiência da EAD-ENSP/FIOCRUZ. 2006. Disponível em: <http://www.ijj.derecho.ucr.ac.cr/archivos/documentacion/inv%20otras%20entidades/CLAD/CLAD%20XI/documentos/carvalho.pdf>. Acesso em 12.01.11.
- Ramos, DLP., Gonçalves, OSJ. e Seixas, PHD. A política de educação permanente no estado de São Paulo como estratégia de qualificação dos trabalhadores do SUS. In: Ibañez, N, Elias, PEM e Seixas, PHD (Orgs.). Política e Gestão Pública em Saúde. Saúde em Debate 212. Hucitec Editora e Cealag. São Paulo, 2011.
- Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Educação à distância (EaD) – conceituações. EDUCNET, 2004. Disponível em <http://www.cciencia.ufrj.br/educnet/eduead.htm>. Acesso em 10.01.11.



CAPÍTULO XIV

POLÍTICA ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO

A melhoria da qualidade dos serviços na área da saúde é um dos maiores desafios nacionais e deve figurar entre as prioridades dos governos nos diferentes níveis da administração pública. Os princípios básicos que orientam os gestores públicos na busca desse objetivo estão definidos no Sistema Único de Saúde – SUS. Criado em 1988, o SUS nasceu para propiciar acesso integral, universal e gratuito à saúde para toda a população.

Ao lado dos enormes avanços trazidos pelo SUS para o atendimento à saúde, permanecem ainda vários desafios para sua qualificação: a fragilidade dos vínculos entre as unidades de saúde nos diferentes níveis de atenção; a desorganização do acesso aos serviços e ações de saúde; a fragmentação dos processos de trabalho no interior das unidades; a fragilidade do diálogo e da interação entre os profissionais nas equipes de saúde e entre elas e os gestores; o desrespeito aos direitos dos usuários; o despreparo para lidar com dimensões sociais e subjetivas do processo de atendimento dos usuários; a pouca utilização da voz dos usuários e dos profissionais de saúde como ferramentas de gestão; o atendimento aos usuários baseado no modelo “queixa-conduta”, em oposição ao modelo de atendimento integral preconizado pelo SUS; o despreparo das instituições para investir no desenvolvimento dos profissionais de saúde e contemplar um arco mais amplo de necessidades destes profissionais – qualificação, participação, protagonismo.

Sabe-se que a tarefa de enfrentar tais desafios envolve um enorme e permanente esforço para estruturação e articulação de diferentes fatores e recursos: materiais, tecnológicos, humanos, gerenciais e financeiros.

A Humanização – como conceito e prática na saúde - vem revelando grande potencial para promover avanços na organização e funcionamento dos serviços de saúde, contribuindo significativamente para o enfrentamento dos desafios postos pela necessidade de aprimoramento do SUS.

COMO DEFINIMOS O CONCEITO DE HUMANIZAÇÃO?

Humanização é um princípio ético e político orientador da atenção e da gestão em saúde. Baseia-se em diálogo, participação responsável e respeito ao outro – atitudes reguladoras das relações entre os agentes de saúde e os usuários, entre os profissionais entre si e entre a instituição, a rede de saúde e a comunidade. Busca fortalecer os processos de comunicação e potencializar as capacidades técnico-científicas por meio da criação de vínculos de cooperação nas instituições de saúde, considerando aspectos singulares das subjetividades dos usuários e favorecendo uma participação ativa e crítica dos profissionais de saúde.



COMO A HUMANIZAÇÃO PODE CONTRIBUIR PARA O ENFRENTAMENTO DOS DESAFIOS DE APRIMORAMENTO DO SUS E PARA A ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE?

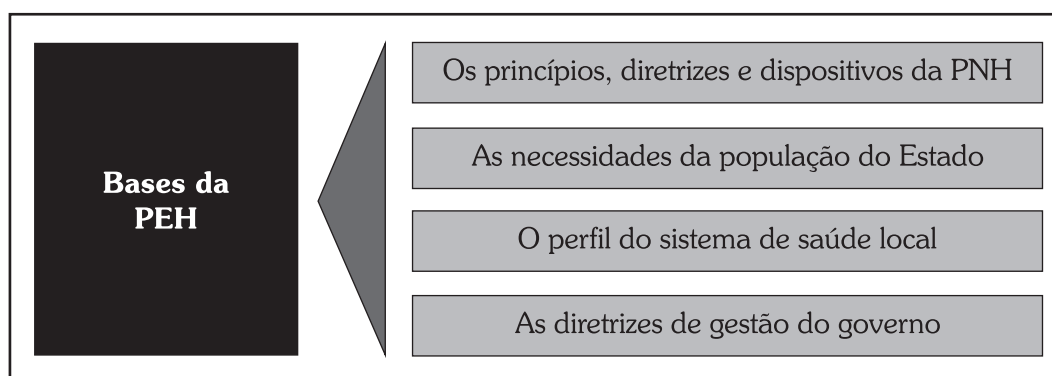
A Humanização como política de funcionamento no sistema de saúde propõe diretrizes, método, dispositivos e linhas de ação que buscam promover uma compreensão renovada e integrada dos conceitos de atenção e de gestão em saúde. O objetivo da Política de Humanização é facilitar uma mudança na cultura das organizações de saúde, para a formação de relações colaborativas e responsáveis, e de um novo padrão de comunicação e integração entre todos os envolvidos: gestores, profissionais e usuários.

NA PRÁTICA, O QUE A SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO PAULO TEM COMO PROPOSTA PARA O EXERCÍCIO DA HUMANIZAÇÃO?

A Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo tem a Humanização como um de seus principais focos de atenção. Alinhada à Política Nacional de Humanização – PNH, a Política Estadual de Humanização – PEH busca enfrentar os desafios de melhoria da qualidade da assistência e da gestão em saúde por meio de um esforço conjunto na construção e implantação de novos métodos de atendimento aos usuários e de apoio à gestão dos serviços de saúde, assim como por meio da integração e do fortalecimento de ações que já contribuem para melhoria da qualidade das relações entre usuários, profissionais, gestores, instituições de saúde e comunidade.

É responsabilidade do Estado, em conjunto com os municípios, formular e implementar políticas que viabilizem e fortaleçam localmente as orientações definidas pelas políticas nacionais prioritárias. A Política Estadual de Humanização tem como tarefa oferecer alternativas para implementação da proposta nacional ajustada à realidade local, integrando e potencializando as ações de humanização já desenvolvidas em todo o Estado.

E QUAIS SÃO AS BASES QUE ORIENTAM A PEH E SUAS LINHAS DE AÇÃO?



As principais **Linhas de Ação da Política Estadual de Humanização** foram definidas considerando as diretrizes da Política Nacional de Humanização, as necessidades da população do Estado, o perfil do sistema de saúde local, as principais diretrizes de gestão do governo e a experiência de implantação de ações e programas de humanização nos Departamentos Regionais de Saúde, nos municípios e nas unidades de saúde do Estado.



Centros Integrados de Humanização

Formação dos **Centros Integrados de Humanização – CIH** nos diferentes níveis de atenção à saúde – unidades de saúde, Departamentos Regionais de Saúde, Colegiados de Gestão Regional, municípios.

A formação de Centros Integrados de Humanização tem por objetivo garantir a disseminação do conceito e da prática de humanização, favorecendo o trabalho em rede e contribuindo para a integração, a cultura do diálogo e da cooperação entre as unidades de saúde, no âmbito regional e nos vários níveis da rede. São responsáveis pela formulação e acompanhamento de Planos de Intervenção em Humanização – PIH nas regiões, nos municípios e nas unidades de saúde. Esses planos são desenvolvidos a partir da realização de diagnósticos locais de necessidades e oportunidades de melhoria dos serviços de saúde com foco nas ações de humanização.

Apoio Técnico e Formação em Humanização

Apoio Técnico e Formação em Humanização para os profissionais que compõem os Centros Integrados de Humanização nos diversos níveis da rede de atenção à saúde e para profissionais responsáveis pela implementação dos Planos de Intervenção em Humanização.

O processo de Apoio Técnico e Formação em Humanização tem por objetivo desenvolver junto às equipes de humanização, a partir da análise das experiências concretas das equipes de saúde, a capacidade de reflexão crítica e permanente de sua realidade. Os principais resultados esperados do processo de formação são: maior integração do trabalho das equipes de saúde nas unidades e entre os serviços, facilitação da articulação de políticas públicas prioritárias e da integração intersetorial, e favorecimento do processo de Regionalização da atenção à saúde por meio do fortalecimento dos vínculos necessários para que os acordos e pactos aconteçam com comprometimento e participação responsável de todos.



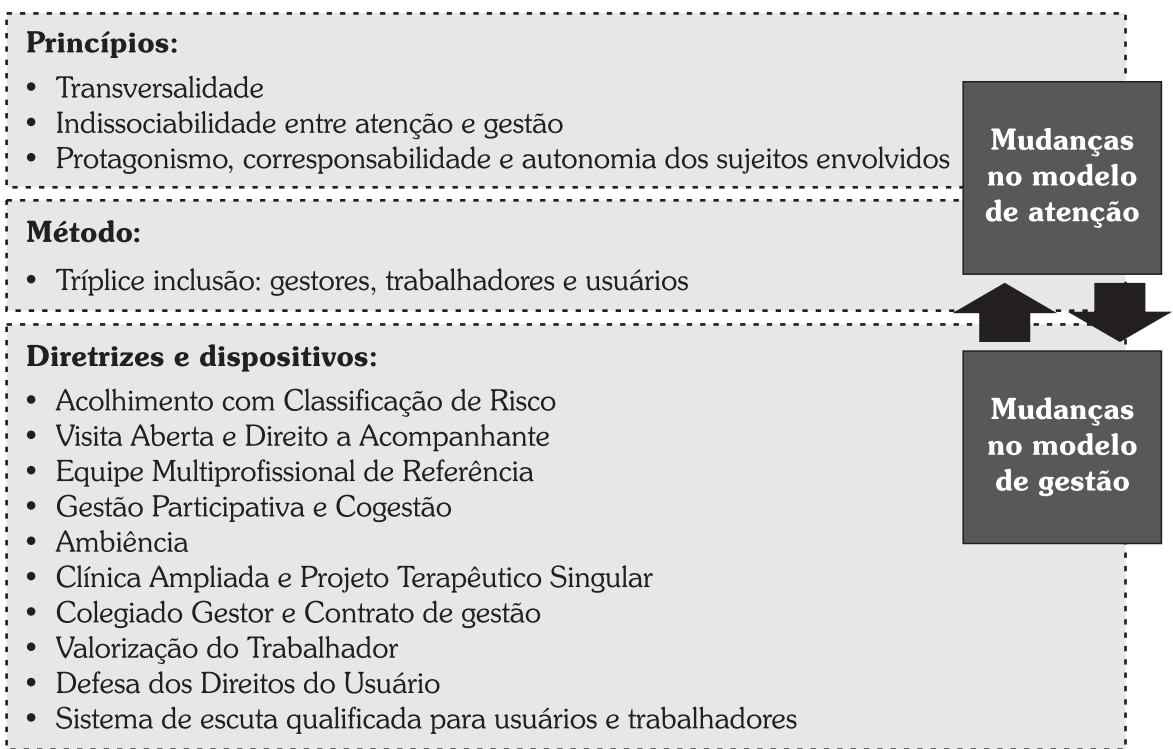
Monitoramento, Avaliação e Disseminação dos Resultados dos Planos de Intervenção em Humanização nos diversos níveis da rede de atenção à saúde.

O sistema de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Resultados tem caráter pedagógico e de estímulo às unidades de saúde para o desenvolvimento e sustentabilidade de programas e ações de humanização, além de permitir o reconhecimento, incentivo e disseminação de práticas inovadoras. Seus objetivos são favorecer o aprimoramento contínuo da atenção e melhorar a qualidade dos vínculos na assistência e na gestão em saúde.

O detalhamento da Política Estadual de Humanização e de suas Linhas de Ação encontra-se disponível no site da SES/SP <<http://www.humanizases.saude.sp.gov.br/>>

QUAIS SÃO AS ORIENTAÇÕES E PERSPECTIVAS PARA A DISSEMINAÇÃO DAS POLÍTICAS NACIONAL E ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO NOS MUNICÍPIOS?

A Política Nacional de Humanização define um conjunto de princípios e diretrizes expressos por meio de ações e modos de agir nos diversos serviços, práticas de saúde e instâncias do sistema. Propõe também uma série de dispositivos - arranjos de processos de trabalho - que visam promover mudanças nas práticas de produção de saúde e nos modelos de atenção e de gestão.



Os dispositivos da PNH encontram-se detalhados em cartilhas, textos, artigos e documentos específicos de referência, disponibilizados nas publicações e site da PNH <<http://www.saude.gov.br/humanizaus>>

PENSANDO NAS POLÍTICAS NACIONAL E ESTADUAL, COM QUAIS DISPOSITIVOS CONTAMOS?



DE QUE FORMA A POLÍTICA ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO PODE CONTRIBUIR PARA O MOVIMENTO DE DISSEMINAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO NOS MUNICÍPIOS?

A Política Estadual de Humanização, por meio de suas Linhas de Ação, oferece oportunidades de tradução local dos princípios, diretrizes e dispositivos propostos pela Política Nacional, favorecendo a implementação dos mesmos, contribuindo com os municípios para a formulação de Políticas Municipais de Humanização e promovendo a integração dos Planos de Intervenção em Humanização em nível regional e local.

A metodologia e as estratégias de implementação da Política Estadual de Humanização seguem a mesma lógica nos diferentes níveis da rede de saúde: integração de profissionais em **Centros Integrados de Humanização**, articulados entre si e responsáveis pela formulação ascendente de **Planos de Intervenção em Humanização** que devem ser discutidos e validados nos espaços colegiados de gestão local e regional.

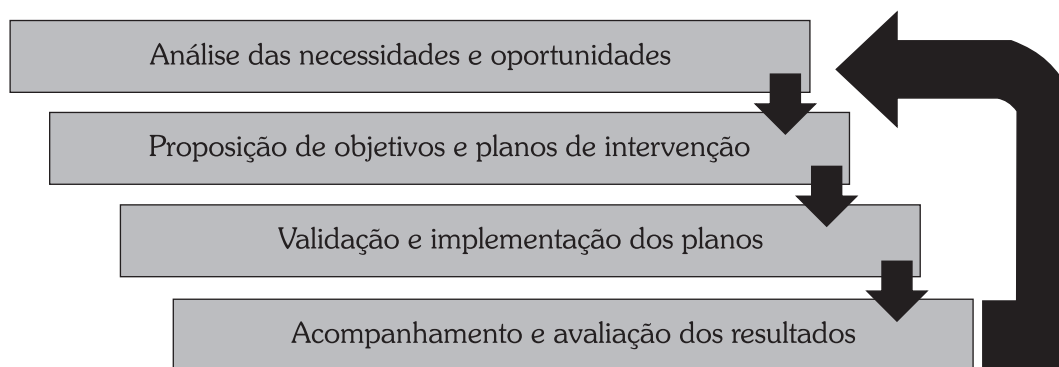


O QUE SÃO OS PLANOS DE INTERVENÇÃO EM HUMANIZAÇÃO?

Os processos de formação dos **Centros Integrados de Humanização** e de formulação dos **Planos de Intervenção em Humanização – PIH** têm movimento ascendente, no qual tanto necessidades locais quanto experiências com resultados significativos possam ser referência para a proposição dos planos regionais e macrorregionais. A gestão dos PIH, da mesma forma que sua proposição e planejamento, são realizados pelos Centros Integrados de Humanização com participação de todos os agentes envolvidos e como parte das tarefas de Apoio e Formação em Humanização.

Os **Planos de Intervenção em Humanização – PIH** são construídos coletivamente, com ampla participação de gestores, trabalhadores e usuários, e a partir das necessidades locais, propondo um conjunto integrado de ações e programas de caráter humanizador. Para serem implementados, devem ser submetidos previamente à discussão e validação nos espaços colegiados locais e devem ter inserção estratégica no planejamento municipal.

A formulação dos Planos de Intervenção em Humanização percorre o movimento de conhecimento e análise da realidade local, definição de objetivos e ações, validação das propostas, e acompanhamento e avaliação dos resultados que, por sua vez, retroalimentam uma nova fase de análise de necessidades e oportunidades a partir das mudanças alcançadas pela avaliação das ações implementadas:



DE QUE FORMA OS PLANOS DE INTERVENÇÃO EM HUMANIZAÇÃO PODEM CONTRIBUIR?

Os Planos de Intervenção em Humanização, em cada nível do sistema e no interior das unidades de saúde, contribuem para: articulação das políticas públicas prioritárias e intersetoriais; integração de equipes intra e interserviços; utilização de dispositivos e estratégias, tais como:

- Envolvimento ativo e efetivo dos gestores, trabalhadores da saúde e usuários dos serviços,
- Diagnóstico local compartilhado e integrado ao planejamento local,
- Criação de espaços de discussão sistemática das equipes de trabalho,
- Apoio e formação dos profissionais no campo da humanização,
- Aprimoramento das formas de constituição das redes de atenção, integrando pactos formais, sistema de informatização e relações pessoais de compromisso entre os agentes envolvidos,
- Acolhimento com seguimento e avaliação de risco,
- Projeto terapêutico com foco em necessidades específicas dos pacientes,
- Criação e/ou fortalecimento de equipes multiprofissionais de referência,



- Valorização do trabalhador da saúde,
- Incorporação da análise das informações provenientes dos serviços de escuta da voz do usuário e do trabalhador,
- Sistema de acompanhamento e avaliação das práticas de humanização integrado aos contratos de prestação de serviços de saúde.

COMO O MUNICÍPIO PODERÁ DESENVOLVER E IMPLEMENTAR SUA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO?

A Política Estadual de Humanização prevê o apoio aos municípios na construção e no fortalecimento das Políticas Municipais de Humanização. Para isso, conta com equipes regionais (Articuladores de Humanização, equipes técnicas nos Departamentos Regionais de Saúde, ouvintes) capacitadas para oferecer apoio às equipes municipais na construção e operacionalização de espaços de reflexão sobre o trabalho cotidiano de atenção à saúde, na criação dos Centros Integrados Municipais de Humanização, assim como na proposição e acompanhamento de seus Planos de Intervenção.

EM QUE CONSISTE O APOIO OFERECIDO PELA EQUIPE TÉCNICA DE HUMANIZAÇÃO DA SES AOS MUNICÍPIOS?

O apoio se dará por meio do exercício de um modo de fazer cooperativo, voltado ao aprimoramento das práticas de atenção e de gestão em saúde. Terá também como base a integração do trabalho de profissionais de diferentes áreas e serviços, potencializando análises coletivas e facilitando a interface entre objetivos gerais da gestão municipal e objetivos das unidades, serviços e equipes de saúde, dos trabalhadores e dos usuários. Tal exercício busca promover participação responsável, difusão de conhecimentos e práticas, e fortalecimento de vínculos de cooperação e respeito. Além disso, favorece o funcionamento em rede: integração dos profissionais entre si e das equipes no interior dos serviços, articulação entre os serviços e destes com outros setores e políticas públicas setoriais e intersetoriais.

O apoio deverá ajudar os municípios a descortinar alternativas de compreensão da realidade, contribuindo assim para que os grupos nas instituições possam alcançar um relativo distanciamento que favoreça a reflexão crítica sobre seu fazer cotidiano, potencializando seu conhecimento e saber.

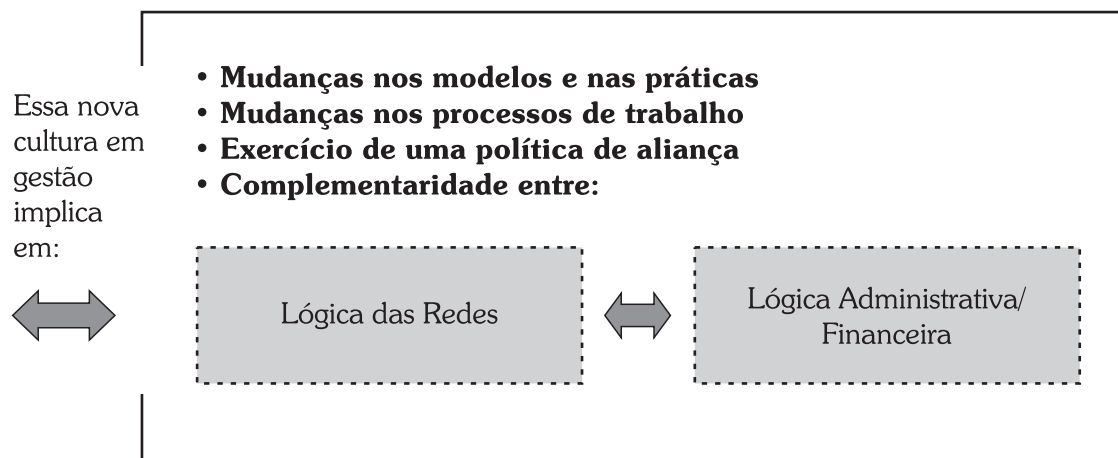
DE QUE MODO A HUMANIZAÇÃO PODE CONTRIBUIR PARA O FORTALECIMENTO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE?

Quando falamos em fortalecimento de Redes estamos falando de relações que se constroem com pessoas e entre equipes. A Humanização contribui para a construção e o fortalecimento das Redes quando favorece o exercício de uma nova cultura de gestão que promove:

- Produção de ações integradas e compartilhadas,
- Produção de acordos de corresponsabilização entre todos os atores envolvidos,
- Utilização de mecanismos de cogestão de políticas,
- Oferta de espaços coletivos para debate, produção de consensos e negociações,
- Disposição para cooperação e diálogo,
- Relações formalizadas em planos e contratos,



- Encontro de sujeitos com necessidades singulares,
- Defesa de direitos de usuários e trabalhadores,
- Articulação de linhas temáticas,
- Corresponsabilização na organização do cuidado integrado,
- Fortalecimento de sistema de acompanhamento e avaliação do processo e dos resultados das ações setoriais e intersetoriais.



E COMO A HUMANIZAÇÃO PODE AJUDAR A ATENÇÃO BÁSICA NA ORGANIZAÇÃO DAS REDES?

A produção de Redes de Atenção à Saúde requer a articulação de diferentes atores, serviços, movimentos e políticas num dado território. Cada um desses elementos, como pontos na rede, tem seu funcionamento em relação aos demais. A Atenção Básica, como elemento organizador das Redes de Atenção à Saúde e como articuladora do cuidado integral, é compreendida como espaço fundamental na produção de mudanças no sistema de saúde. Considerando esse papel, a Política Nacional de Humanização propõe os seguintes parâmetros para o trabalho de humanização na Atenção Básica:

- Organização do Acolhimento de modo a promover a ampliação efetiva do acesso à Atenção Básica e aos demais níveis do sistema, eliminando filas, organizando o atendimento com base em riscos priorizados, e buscando adequação da capacidade de resolutividade,
- Abordagem orientada por projetos terapêuticos de saúde individuais e coletivos, para usuários e comunidade, contemplando ações de diferentes eixos, levando em conta as necessidades e demandas de saúde,
- Promover avanços:
 - No exercício de uma Clínica Ampliada capaz de aumentar a autonomia dos sujeitos, das famílias e da comunidade,
 - No estabelecimento de redes de saúde, incluindo todos os atores e equipamentos sociais da base territorial, firmando laços comunitários e construindo políticas e intervenções intersetoriais,
 - Na organização do trabalho, com base em Equipes Multiprofissionais, incorporando metodologias de planejamento e gestão participativa e colegiada, e avançando na gestão compartilhada dos cuidados.

QUE RESULTADOS DEVEMOS BUSCAR? EM QUE DIREÇÃO SE CAMINHA?

Espera-se que a Política Estadual de Humanização possa alcançar os seguintes resultados:

- Fortalecimento dos vínculos no interior das unidades de saúde e entre as unidades nos diferentes níveis de atenção,
- Melhoria na agilidade e qualidade do acesso aos serviços de saúde,
- Ampliação da resolutividade do atendimento,
- Efetivação dos direitos dos usuários,
- Ampliação do diálogo dos profissionais com o usuário e sua rede familiar e/ou social de apoio,
- Participação ativa do usuário e de sua família no processo de atendimento à saúde,
- Ampliação do trabalho de equipes multiprofissionais de referência,
- Desenvolvimento de uma compreensão integral e compartilhada sobre os usuários e sobre o perfil e a dinâmica de suas famílias,
- Incremento na formação e na participação dos trabalhadores da saúde no aprimoramento dos processos de trabalho,
- Ampliação da articulação intersetorial,
- Melhoria das condições de ambiência nas unidades de saúde (organização e dinâmica de funcionamento dos espaços de trabalho e atendimento),
- Qualificação dos instrumentos de pesquisa de satisfação do usuário (voz do usuário) e consideração desses como ferramentas de gestão.

LEGISLAÇÃO

DECRETO

BRASIL. Decreto n.7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, v. 140, n. 123, 29 jun. 2011. Seção 1, p. 1.

SÃO PAULO (Estado). Decreto nº 44.074, de 01 de Julho de 1999. Dispõe sobre a regulamentação da composição e estabelece competência das Ouvidorias de Serviços Públicos.

SÃO PAULO (Estado). Decreto 51.433 de 28 de dezembro de 2006. Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde e dá providências correlatas. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 116, n. 246, 29 dez. 2006. Seção 1, p. 1.

DELIBERAÇÃO

SÃO PAULO (Estado). Deliberação CIB – 46, de 25 de outubro de 2011. Dispõe sobre a constituição do Grupo Técnico Bipartite da Política Estadual da Humanização. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, n. 203, de 26 de outubro de 2011. Seção 1.



SÃO PAULO (Estado). Deliberação CIB – 98, de 23 de maio de 2012. Dispõe sobre a aprovação da Política Estadual da Humanização. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, n. 203, de 25 de maio de 2012. Seção 1.

LEI

BRASIL. Constituição (1988). Constituição [da] Republica Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 106, de 14 de setembro de 2009. Dispõe sobre acompanhamento familiar em internamento hospitalar. **Diário Oficial da União**, 1ª Série, n. 178 de 14 set. 2009, p. 6254.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, de 20 nov. 1990. Seção 1 p. 18055.

BRASIL. Lei nº 10.689, de 30 de novembro de 2000. Dispõe sobre a permanência de acompanhantes dos pacientes internados nas unidades de saúde do Estado. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, v. 110, n. 230, 1 dez. 2000. Seção 1, p. 6.

BRASIL. Lei n. 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, v. 143, n. 67, de 08 abr. 2005. Seção 1 p. 1.

SÃO PAULO (Estado). Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços de saúde. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 109, n. 51, 18 mar. 1999. Seção 1, p. 1.

SÃO PAULO (Estado). Lei n. 10.294, de 20 de abril de 1999. Dispõe sobre proteção e defesa do usuário do serviço público do Estado de São Paulo. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, v.109, n.74, 21 abr.1999. Seção 1, p. 2.

PORTARIA

BRASIL. Portaria MS/GM n. 41 de 10 de maio de 2001. Estabelece procedimentos, critérios e prioridades para a implementação e execução das ações do Plano Nacional de Políticas para Mulheres por meio do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra Mulheres, no exercício de 2011. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, n. 89, 11 mai. 2011. Seção 1, p. 19.

BRASIL. Portaria MS/SAS de 24 de fevereiro de 1999. Conceder tratamento fora de domicílio à pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem, por falta de condições técnicas. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, v. 137, n. 38E, 26 fev. 1999. Seção 1, p. 116.



BRASIL. Portaria MS/GM n. 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas e a relação de doenças, agravos, eventos em saúde pública, de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Na lista de Notificações Compulsórias – LNC, no item 45, está relacionada “Violência doméstica, sexual e/ou outras violências”. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, n. 18, de 26 jan. 2011. Seção 1, p. 37.

BRASIL. Portaria MS/GM n. 569 em 01 de junho de 2000. Instituição do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, n. 160-E, de 18 ago. 2000. Seção 1, p. 112-4. (Republicada).

BRASIL. Portaria n° MS/GM n. 570 em 01 de junho de 2000. Instituição do Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – Incentivo à Assistência Pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, n. 160-E, de 18 ago. 2000. Seção 1, p. 114-116.

BRASIL. Portaria MS/GM n. 571 em 01 de junho de 2000. Instituição do Componente II do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, n. 110-E, de 8 jun. 2000. Seção 1, p.8.

BRASIL. Portaria MS/GM n° 572 em 01 de junho de 2000. Institui o Componente III do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – Nova Sistemática de Pagamento à Assistência ao Parto. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, n. 230, de 01 dez. 2000. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Portaria MS/GM n. 936, de 18 de maio de 2004. Dispõe sobre a estrutura da rede Nacional de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, v. 141, n. 96, 20 mai. 2004. Seção 1, p. 52.

BRASIL. Portaria MS/GM n. 985, de 05 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal - CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal, definição de suas normas, atribuições, características físicas, equipamentos mínimos e recursos humanos necessários. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, n. 15-E, de 08 ago. 1999. Seção 1, p. 51.

BRASIL. o atendimento ao recém-nascido de baixo peso seja atendido por equipe multiprofissional estabelecida, o cumprimento de normas já padronizadas na Portaria GM/MS n° 3432, de 12 de agosto de 1998 e define que os gestores estaduais e municipais estabeleçam rotinas que garantam a qualidade da assistência aos recém-nascidos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, v. 138, n. 45-E, de 2 mar. 2000. Seção 1, p. 26.

BRASIL. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui a Rede Cegonha no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, n. 121, 27 jun. 2011. Seção 1, p.1.

BRASIL. Portaria MS/GM n. 1508, de 01 de setembro de 2005. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito



do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, n. 170, 2 set. 2005. Seção 1, p. 124.

BRASIL. Portaria MS/GM n. 1.968, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, n. 26 out. 2001. Seção 1, p. 86.

BRASIL. Portaria MS/GM n. 3.441, de 11 de novembro de 2010. Altera o prazo para a execução dos projetos de adequação dos Hospitais Maternidade de Referência do Sistema Único de Saúde aos requisitos de ambiência e humanização para atenção ao parto e ao nascimento definido pela Portaria nº 3.136/GM, de 24 de dezembro de 2008. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, v. 140, n. 217, de 12 nov. 2010. Seção 1 p. 38.

BRASIL. Portaria MS/GM n. 3.136, de 24 de dezembro de 2008. Define o repasse de incentivo financeiro aos Hospitais Maternidade de Referência do Sistema Único de Saúde, para se adequarem aos requisitos de ambiência e humanização para atenção ao parto e ao nascimento. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, v. 145, n. 251, de 26 dez. 2008. Seção 1 p. 138.

BRASIL. Portaria MS/GM n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, v. 147, n. 251, de 31 dez. 2010. Seção 1 p. 28.

PROJETO DE LEI

SÃO PAULO (Estado). Projeto de Lei nº 153. Institui a Rede de Proteção à Mãe Paulistana no Estado de São Paulo. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, n. 39, 23 mar. 2007. Seção 1 Legislativo, p.17.

RESOLUÇÃO

SÃO PAULO (Estado). Resolução SS-3 de 09 de janeiro de 2012. Institui Núcleo Técnico de Humanização no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, n. 6, de 10 jan. 2012. Seção 1. p. 6.

SÃO PAULO (Estado). Resolução SS-7 de 20 de janeiro de 2012. Dispõe sobre o Programa de Apoio Técnico e Formação em Humanização no Estado de São Paulo, acompanhamento das equipes responsáveis pela humanização e monitoramento dos resultados alcançados com a implementação da Política Estadual de Humanização-PEH. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, n. 26, de 08 fev. 2012. Seção 1. p. 36.

SÃO PAULO (Estado). Resolução SS-10 de 02 de fevereiro de 2012. Dispõe sobre a composição do Núcleo Técnico de Humanização – NTH. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, n. 23, de 21 fev. 2012. Seção 1. p. 49.

SÃO PAULO (Estado). Resolução SS, de 17-10-2012. Dispõe sobre a designação dos servidores



para desempenho das atividades de Articulador de Humanização. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, de 18 de out. 2012. Seção II. p. 58.

SÃO PAULO (Estado). Resolução SS-72 de 15 de julho de 2008. Dispõe sobre a adoção de procedimentos nos Hospitais de Referência ao Projeto de Resgate da Medicina Tradicional, quando a realização de partos na população indígena. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 120, n. 130, 16 jul. 2008. Seção 1, p. 26.

DESPACHO

SÃO PAULO (Estado). Despacho do Secretário de 04 de abril de 2012. Dispõe sobre aprovação do Plano de Trabalho do Núcleo Técnico de Humanização. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, n. 67, 10 abr. 2012. Seção 1, p. 26.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ayres, J. R. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.4, n.6, 2000.
- Ayres, J. R. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.14, n.8, 2004.
- Ayres, J. R. Cuidado e humanização das práticas em saúde. In: DESLANDS, S. F. Humanização dos cuidados em saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.
- Backes, D. S.; Lunardi Filho, W. D.; Lunardi, V. L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. *Relato de pesquisa*, 2006. Disponível em <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/242.pdf>>. Acesso em 22 out. 2008.
- Balint, M. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988. 291p.
- Barata, L. R. B. Sintonia na saúde. *Folha de São Paulo*, 18 de fevereiro de 2009. Tendências e debates.
- Benevides, R., Passos, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Revista Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p.561-571, 2005.
- Benoit, P. *Psicanálise e medicina*. Rio de Janeiro: Zahar, 1989. 144p.
- Betts, J. Considerações sobre o que é humanizar. Disponível em <<http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id.>>. Acesso em 15 mar.2003.
- Boff, L. *Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Rio de Janeiro: Vozes, 2001. 200p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Redes de Produção de Saúde*, 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Documento Base. 3ª edição Brasília – DF, 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde. Projeto do curso de formação de apoiadores para a PNH. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001; 60p. il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20).
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 52p. il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (PNH): humanização da atenção e da gestão em saúde no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Cartilha da PNH: acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Cartilha da PNH: clínica ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.



- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Cartilha da PNH: gestão participativa e cogestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Cartilha da PNH: grupo de trabalho de humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Cartilha da PNH: visita aberta e direito à acompanhante. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Cartilha da PNH: trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Cartilha da PNH: ambiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. HumanizaSUS: política nacional de humanização do Ministério da Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4rd. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. HumanizaSUS: política nacional de humanização do Ministério da Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. HumanizaSUS: gestão e formação nos processos de trabalho. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. CONASEMS. O SUS de A a Z garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, CONASEMS, 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situações de violências. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- Campos, A.C.S. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.23, n.4, apr. 2007.
- Campos, G.W.S, Domitti, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.399-407, fev. 2007.
- Deslandes, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ciência e Saúde Coletiva, São Paulo, v. 9, n.1, p.7-14, 2004.
- Deslandes, S. F. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 33-47.
- Gastaldo, D. Humanização como processo conflitivo, coletivo e contextual. Interface- Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v.9, n.17, p.389,406, mar./ago. 2005.
- Hennington, E. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. Revista de Saúde Pública, v.42, n.3, p. 555-561, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000300024&lng=pt&nrm=iso>.
- Martinez, M. C. et al. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 1, n. 38, p. 55-61, 2004.
- Mello, V. C. de, Bottega, C. G. A prática pedagógica no processo de formação da Política Nacional de Humanização (PNH). Interface – Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, v.13, supl. I, p.739-745, 2009.



- Merhy, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: *Agir em saúde: um desafio para a saúde pública*. São Paulo: Hucitec, 1977. p. 113-150.
- Merhy, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas – contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v.4, n.6, fev. 2000.
- Merhy, E. E. As novas aplicações do conhecimento profissional. *Ciência e Profissão – Diálogos Saúde e Psicologia*, n.4, dez. 2006. p. 17.
- Merhy, E. E.; Franco, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional, *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.27, n.65, set/dez. 2003.
- Merhy, E. E.; Franco, T. B. O uso de ferramentas analisadoras para o apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP. Campinas: UNICAMP, 2006.
- Mezzomo, A. A. Humanização hospitalar – fundamentos antropológicos e teológicos. São Paulo: Loyola, 2010.
- Mori, M. E., Oliveira, O. V. M. de. Os coletivos da política Nacional de Humanização. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu*, v.13, supl. I, p.627-640, 2009.
- Nogueira, Martins L. A. Saúde mental dos profissionais de saúde. In: BOTEGA, N. J. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- Pasche, D. F., Passos, E. A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública Santa Catarina, Florianópolis*, v.1, n. 1, jan./jun. 2008.
- Pasche, D. F. *Contribuições da Política de Humanização da Saúde para o Fortalecimento da Atenção Básica – volume 2, Brasília – DF, 2006*.
- Pedroso R. T.; Vieira M. E. M. Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. *Interface – comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v.13, Supl.1, p. 695-700, 2009.
- Pitta, A. *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec, 1990. 200 p.
- Rattner, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v. 13, supl. I, p. 759-768, 2009.
- Ribas, E. R. S. O Trabalho em rede e o processo de humanização, 2002. Disponível em <<http://www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=43>>. Acesso em 20 jan. 2009.
- RIBAS, E. R. S. O cuidado integral na instituição hospitalar, 2004. Disponível em <<http://www.prattein.org.br/ph/texto>>. Acesso em 20 jan. 2009.
- Ribas, E. R. S. 10 anos de atendimento humanizado na saúde. *Folha de São Paulo*, 22 de outubro de 2009. Tendências e debates.
- Rios, I. C. *Caminhos da humanização na saúde – prática e reflexão*. São Paulo, Áurea, 2009.
- São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Núcleo Técnico de Humanização SES/SP. *Política Estadual de Humanização*, 2011.
- Tahka, V. *O relacionamento médico-paciente*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
61. Urbano, A. S. et al. Humanização hospitalar: estudo sobre a percepção profissional quanto à humanização das condições de trabalho e das condições de atendimento aos usuários. *Revista Paulista de Enfermagem*, v. 26, n. 2, p. 94-102, 2007.



