



ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO MUNICIPAL



Gestão da Saúde

Samuel Vinícius Bonato

Ministério da Educação – MEC
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal
de Nível Superior – CAPES
Diretoria de Educação a Distância – DED
Universidade Aberta do Brasil – UAB
Programa Nacional de Formação
em Administração Pública – PNAP
Especialização em Administração Pública

ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO MUNICIPAL

Gestão da Saúde

Samuel Vinícius Bonato

Prof. Dr. Samuel Vinícius Bonato

Doutor em Engenharia de Produção pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2016), possui graduação em Administração de Empresas pela Universidade Federal do Rio Grande (2004) e MBA em Gerenciamento de Projetos pela Fundação Getúlio Vargas (2008). Tem experiência de 15 anos em implantação de Sistemas de Gestão da Qualidade (ISO9001), Ambiental (ISO14001), Automotivo (ISO/TS 16949), atuando como funcionário e consultor de empresas multinacionais dos ramos Químico, Metalúrgico e Portuário. Atualmente é Coordenador e Professor do curso de Administração da FURG, Professor do Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA-FURG), atuando no Ensino e Projetos de Pesquisa com interface entre os seguintes temas: Desenvolvimento de Operações Sustentáveis, Inovação em Saúde Pública, Gestão de Projetos e Metodologias Ativas de Ensino. Também coordena a Opus, Empresa Júnior dos cursos de Administração e Economia da FURG, atuou como orientador do Programa Agente Locais de Inovação (ALI) do SEBRAE-RS, integra o Comitê Técnico do INOVA-RS para a região sul do RS e é Diretor do Branch Extremo Sul do Capítulo do Project Management Institute (PMI-RS).



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

Bonato, Samuel Vinícius
B699g Gestão da saúde / Samuel Vinícius Bonato. – Brasília: PNAP; Recife: UPE / NEAD, 2021.

91 p.: il.

Formato: pdf

Material didático utilizado no Curso de Especialização em Gestão Municipal – UAB – PNAP

ISBN 978-65-89954-29-3

1. Saúde pública – administração. 2. Administração dos serviços de saúde. 3. Política de saúde. I. Universidade Aberta do Brasil. II. Programa Nacional de Formação em Administração Pública. III. Título.

CDD 362.11068

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR | CAPES

DIRETORIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS DIDÁTICOS

Universidade de Pernambuco | UPE

AUTOR DO CONTEÚDO

Samuel Vinícius Bonato

EQUIPE TÉCNICA – UPE | NEAD

COORDENAÇÃO DO NEAD - UPE

Renato Medeiros de Moraes

COORDENAÇÃO DO PROJETO

Roberto Luiz Alves Torres

PROJETO GRÁFICO

José Marcos Leite Barros

EDITORAÇÃO

Anita Maria de Sousa

Aldo Barros e Silva Filho

Enifrance Vieira da Silva

Danilo Catão de Lucena

REVISÃO TEXTUAL

Maria Tereza Lapa Maymone de Barros

Geruza Viana da Silva

CAPA

José Marcos Leite Barros



GESTÃO DA SAÚDE

Prof. Dr. Samuel Vinícius Bonato

Apresentação da Disciplina

Caro estudante,

Seja bem-vindo à disciplina Gestão da Saúde como parte do conteúdo formativo do curso de Gestão Pública Municipal. Após o caminhar da aprendizagem sobre os conteúdos preliminares para compreender o contexto da Gestão Pública neste componente curricular, iremos enfocar aspectos teóricos e práticos da Gestão da Saúde e sua estrutura no setor público.

Para tanto, convido-o a iniciar nossa caminhada, compreendendo como a gestão da saúde pública está estruturada para o atendimento de toda a sociedade. Como é essa estrutura? Como nasceu o Sistema Único de Saúde e quais as premissas que um Gestor Público deve considerar ao organizar e desenvolver as bases para um sistema de excelência tanto no âmbito Federal quanto no Estadual e Municipal? De onde vêm os recursos? A participação e o controle da sociedade é importante para o SUS?

Recordemos assim que, em um primeiro momento, conforme proposto por Tanaka e Tamaki (2012), o objetivo da gestão da saúde é a busca pela melhor combinação dos recursos disponíveis, garantindo um funcionamento de excelência das organizações envolvidas. Assim, o SUS seria um instrumento de atenção integral à saúde da população, garantido pela atuação das três esferas de gestão do sistema público (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

No setor saúde, ainda é importante destacar que o planejamento apresenta-se como o pilar da melhoria do desempenho e, por meio dele, nasce a garantia das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde (SILVA; SANTOS; MENDES, 2012). Nesse sentido, o sistema público de saúde Brasil é construído com base nessa conceituação e composto por uma série de instrumentos de gestão e controle para que este possa garantir uma atenção de excelência à população.

Este livro tem como objetivo propiciar conhecimento básico sobre origem, concepções e possibilidades relacionadas à Gestão da Saúde no ambiente do Sistema Único de Saúde (SUS). Atentamos que esta produção é fruto da aplicação dos Recursos Educacionais Abertos (REA) fomentados pela Capes, financiadora deste material. E o que são REAs?

Segundo Furtado e Amiel (2019), o Fórum da UNESCO, em 2002, conceituou como materiais de ensino, aprendizado e pesquisa que são disponibilizados sob domínio público ou licenciados de maneira aberta, o que possibilita sua utilização ou adaptação por terceiros.

Para tanto, faz-se uso de licenças livres e, para efeito deste trabalho, utilizamos a *Creative Commons* (CC), no caso a Atribuição-Não Comercial-Compartilha Igual (CC-BY-NC-SA), a qual permite remix, adaptação e recombinação para fins não comerciais, condicionada à atribuição de crédito, e às novas criações baseadas nesta devem licenciar nos mesmos termos.

Assim, esta obra tem como base o remix de cartilhas e livros publicados pelo Ministério da Saúde e devidamente citados e referenciados em cada capítulo e que possuem licença de reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte. Essas referências básicas são complementadas por referências de artigos científicos que trazem relatos de implementação de experiências e casos reais.

Prestados os devidos esclarecimentos, informamos que esta obra está organizada em seis Unidades, relatadas a seguir.

No I Capítulo, exploraremos os conceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), perpassando pelos princípios que regem esse sistema até a constituição do pacto federativo pela saúde, estabelecido para a garantia de funcionamento do SUS.

No II Capítulo, versaremos sobre a organização da Atenção à Saúde, incluindo-se aí o Plano Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Já no III Capítulo, a atenção será o planejamento – e instrumentos resultantes de seu processo, como planos e relatórios – que são objetos de grande parte do arcabouço legal do SUS. Também aqui complementaremos a unidade com definições e requisitos relacionados ao financiamento do SUS em todas as esferas de governo no país.

O IV Capítulo será o espaço para apresentarmos e discutirmos o papel dos conselhos de saúde no controle social. Você conhecerá as características fundamentais e as principais competências de um conselho, complementando a unidade com referência a casos práticos relacionados a situações no âmbito do SUS.

Por fim, no Capítulo V, falaremos sobre a regulação, o controle e a avaliação do SUS, sendo estas entendidas como um processo permanente, destinado especialmente a manter sob controle a execução do Plano de Saúde em direção aos objetivos propostos.

É importante também que você busque aprofundar seus conhecimentos, lendo a bibliografia sugerida durante o texto e, em caso de dúvidas, converse com o seu tutor.

Então, estimado estudante, novamente, seja bem-vindo ao conteúdo do componente Gestão da Saúde. Sigamos na nossa evolução, no aprendizado e na sua aplicação no mundo real. Bons estudos!

Professor Doutor Samuel Vinícius Bonato

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO DA DISCIPLINA_____	5
CAPÍTULO 1 - O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)_____	11
1.1 Compreendendo o SUS	11
1.2 Funcionamento do SUS	13
1.3 Princípios do SUS	14
1.3.1 Princípio da Universalidade	14
1.3.2 Integralidade	14
1.3.3 Equidade	15
1.3.4 A regionalização e a hierarquização da rede, das ações e dos serviços de saúde	16
1.3.5 A Participação e o Controle Social	16
1.4 Pacto Federativo	17
1.4.1 O Pacto pela Vida	18
1.4.2 O Pacto em Defesa do SUS	22
1.4.3 Pacto de Gestão	23
Referências	25
CAPÍTULO 2 - ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE_____	27
2.1 Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)	28
2.2 Princípios e Diretrizes da Atenção Básica	29
2.3 Infraestrutura e Funcionamento	31
2.4 Estratégia de Saúde da Família (ESF)	32
2.5 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	36
Referências	40
CAPÍTULO 3 - PLANEJAMENTO E FINANCIAMENTO MUNICIPAL EM SAÚDE_____	41
3.1 Plano de Saúde	45
3.2 Programação Anual de Saúde	47
3.3 Relatório Anual de Gestão	49
3.4 Financiamento Municipal em Saúde	52
3.5 Aplicação dos Recursos Mínimos	55
3.6 Repasse dos Recursos	57
3.7 Investimentos na Rede de Serviços de Saúde	58
Referências	59
CAPÍTULO 4 - CONTROLE SOCIAL: CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE E GESTÃO PARTICIPATIVA_____	61
4.1 Os Conselhos de Saúde	61
4.2 Gestão Participativa	65
4.3 A Gestão Participativa e o Controle Social no SUS	65
4.4 Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS	68
4.5 Estratégias Operacionais e Metodológicas para o Controle Social	70
Referências	73

CAPÍTULO 5 - REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO_____	75
5.1 Regulação	75
5.2 Política Nacional de Regulação	77
5.3 Mecanismos e Instrumentos de Regulação	78
5.4 Controle e Avaliação	80
Referências	86
 CAPÍTULO 6 - ESTUDOS DE CASOS APLICADOS_____	 87
6.1 O Caso de Ana	87
Referências	91

CAPÍTULO I

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Prof. Dr. Samuel Vinícius Bonato

Caro estudante,

Iniciando nosso percurso no processo de aprendizagem sobre Gestão da Saúde, partiremos da compreensão das origens e bases do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS). Primeiramente, vamos entender como o SUS está estruturado, focando na origem constitucional e na legislação que rege a sua existência. Posteriormente, serão explorados os três princípios fundamentais do SUS e suas diretrizes, aprofundando os conhecimentos sobre a sua Universalidade, Equidade e Integralidade. Por fim, ao término deste Capítulo, faremos o estudo do pacto federativo, descrevendo como este está estruturado para garantir o funcionamento adequado do nosso Sistema de Saúde. Finalmente, cabe destacar que os conceitos para os estudos apresentados, nas seções 1 a 3 deste capítulo, têm por base o material “Princípios do SUS”, publicado pelo Ministério da Saúde no ano 2000. Então, vamos lá?

Boa leitura a todos!

Objetivos Específicos de Aprendizagem

Ao final deste capítulo, você será capaz de:

- Compreender o que é o SUS, sua estrutura e origens;
- Entender quais são os princípios que regem a atuação no âmbito do SUS;
- Conhecer como está definido o pacto federativo.

1.1 Compreendendo o SUS

Segundo estabelecido pelo Ministério da Saúde (2000), o Sistema Único de Saúde (SUS) é composto por todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições da esfera pública federal, estadual

ou municipal, tanto da administração direta quanto indireta, também de fundações mantidas pelo poder público. Além disso, no que tange à iniciativa privada, esta pode participar do SUS de maneira complementar.

O SUS foi criado como uma proposta para que a saúde no Brasil fosse olhada por uma ótica diferente das concepções outrora definidas, evoluindo de uma visão em que se enxergava a saúde apenas como a cura de enfermidades para um sistema que, também, trabalha na prevenção de doenças e promoção da saúde. Assim, a saúde passou, a partir da Constituição de 1988, a estar relacionada com a qualidade de vida da população, envolvendo questões que englobam a alimentação, o trabalho, o nível de renda, a educação, o meio ambiente, o saneamento, a vigilância sanitária e outros, levando à conclusão de que os níveis de saúde da população, medidos por meio de indicadores, refletem diretamente no desenvolvimento do País e no bem-estar da população.

Um ponto a se considerar, para que se entenda a importância e as origens que levaram à criação do SUS, está relacionado a como a estrutura de saúde no Brasil estava antes de 1988. Nesse sentido, havia antes dois Ministérios responsáveis por ações relacionadas à área da saúde: o Ministério da Previdência Social (MPS), que tratava da prestação de serviços médicos curativos, e o Ministério da Saúde (MS) que cuidava do desenvolvimento de ações preventivas. Em relação aos serviços médicos curativos, estes, na época, não eram serviços de acesso universal, mas somente possíveis a quem contribuísse para o sistema de então, ligado ao MPS.

A partir da nova Constituição, promulgada em 1988, houve então uma unificação de comando das ações, passando a responsabilidade de todo o sistema de saúde no âmbito federal para o MS e, no âmbito Estadual e Municipal, a responsabilidade foi transferida na totalidade para as respectivas secretarias de estado e de município. Além disso, o artigo 196 da CF previu ao SUS o princípio da Universalidade, dando a qualquer pessoa o direito de amparo pelo SUS e atendimento nas unidades públicas de saúde.

Essa unificação e esses avanços, dentro do novo modelo, permitiram também que a gestão, antes extremamente centralizada, evoluísse para um modelo mais descentralizado, visando garantir uma maior participação na definição e implementação de serviços e ações de saúde relacionadas. Isso significou que os municípios mais próximos da população passaram a receber recursos adequados, para direcionar ações que representem uma política de saúde mais adequada à realidade local, fator extremamente justificável quando se consideram as realidades e disparidades existentes entre as regiões de um País de dimensões continentais.

Por outro lado, além da descentralização do sistema, outra condição passa a se tornar essencial para que a engrenagem não perca a sua função: a participação social mediante a existência de conselhos de saúde em todas as esferas de governo. Nesse sentido, o controle e a participação

social vêm aumentando suas dimensões e aperfeiçoando seus métodos, assim como o próprio SUS, que tem de se adequar constantemente às transformações pelas quais passa a sociedade brasileira, buscando novas tecnologias e implementando ações para a promoção da saúde.

Com base nesses aspectos básicos que estruturam o SUS, o grande desafio ainda é a capacitação dos municípios a assumir as suas responsabilidades e alcançar a consolidação dos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade nos serviços e nas ações de saúde, bem como nos princípios operacionais de descentralização, regionalização e hierarquização da rede e participação social.

1.2 Funcionamento do SUS

O SUS funciona em todo o território nacional, abrangendo todos os Estados da Federação, porém cada estado (SUS estadual) e município (SUS Municipal) possui um subsistema a ele relacionado, com ênfase nos municípios. Dessa forma, uma rede regionalizada e hierarquizada, composta por um conjunto de estabelecimentos objetivam o atendimento integral da população local.

Cabe aqui destacar que os estabelecimentos que compõem o SUS Municipal não precisam ser da prefeitura em questão, tampouco terem sede no município, isto é, podem ser desenvolvidas por entidades estatais ou privadas, sendo sempre a prioridade para as instituições filantrópicas. Entretanto, a organização desse sistema deve ser coordenada de modo que o gestor municipal consiga garantir à população local o acesso aos serviços e ao atendimento integral. Essa dinâmica leva a área da saúde a ser uma das mais democráticas áreas da gestão pública, graças à sua descentralização e intensa participação social mediante os conselhos de saúde.

A representação no modelo descentralizado de gestão adotado pelo SUS é composto por duas comissões que trabalham para a pactuação de políticas de saúde:

as Comissões Intergestores Bipartites (CIBs), integradas por:

- representações da Secretaria Estadual de Saúde (SES);
- representações do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) ou órgão equivalente. Um dos representantes dos municípios é o secretário de saúde da capital.

a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que é o fórum nacional, integrada por:

- representação do Ministério da Saúde (MS);
- representações do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS);

- representações do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Complementa-se ainda que os gestores do SUS são os representantes dos três níveis de governo, sendo a responsabilidade para com a gestão do sistema, dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União solidariamente, por meio das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e do Ministério da Saúde.

1.3 Princípios do SUS

Os princípios do SUS que servem como base para sua existência são os princípios da universalidade, equidade e da integralidade nos serviços e nas ações de saúde. Nesse sentido, estudaremos a seguir, detalhadamente, cada um desses princípios, assim como os princípios de operacionalização e organização do sistema, que são a descentralização, a regionalização e hierarquização da rede e a participação social. Com foco nesses princípios, retoma-se a questão de que, diferentemente de como era no passado, a prioridade na realização de ações preventivas como forma de promover a saúde e não somente a busca da cura de doenças. Assim, tem-se, então, a saúde como qualidade de vida, e não o estado de ausência de doença.

1.3.1 Princípio da Universalidade

Segundo esse princípio, a saúde é um direito de todos, é um dever do Poder Público à provisão de serviços e de ações que a garantam. A universalização, todavia, não quer dizer somente a garantia imediata de acesso às ações e aos serviços de saúde. A universalização, diferentemente, coloca o desafio da oferta de tais serviços e ações de saúde a todos que deles necessitem, enfatizando, todavia, as ações preventivas e reduzindo o tratamento de agravos.

Não obstante o acesso universal, eficiente, eficaz e efetivo aos serviços e às ações de saúde ser um processo em construção, em que há muito trabalho a fazer, a cobertura e a oferta desses serviços e dessas ações vêm se ampliando rapidamente. Prova disso são indicadores que dão conta de um considerável aumento na oferta de consultas médicas, cujo número ultrapassa 2 (duas) consultas por habitante/ano; de internações hospitalares, que chegam, em média, de 7 (sete) para cada grupo de 100 (cem) habitantes/ano; dos atendimentos hospitalares para o parto, que já beiram os 100%; da mesma forma são as vacinações, cada vez mais variadas e com maior cobertura.

1.3.2 Integralidade

Esse princípio é um dos mais preciosos, em termos de demonstrar que a atenção à saúde deve considerar as necessidades específicas de pessoas ou grupos de pessoas, ainda que minoritários em relação ao total da população. Ou seja, a cada qual de acordo com suas necessidades, inclusi-

ve no que pertine aos níveis de complexidade diferenciados. Colocá-lo em prática é um desafio permanente e dinâmico.

Vem-se caminhando nesse sentido. Tentativas, projetos e ações nessa direção vêm sendo constantemente testados de modo que um sem número de grupos específicos da sociedade vem recebendo atenção especial. Dessa forma, há projetos e ações direcionadas especificamente a jovens, mulheres, idosos, portadores do HIV e de outras moléstias e enfermidades, gestantes, consumidores de drogas, portadores de distúrbios mentais e, a partir de 1999, saúde de indígenas e tantos outros grupos carentes de atenção específica.

Nesse mesmo sentido, vem se trabalhando na estruturação de redes de maneira hierarquizada, com níveis crescentes de complexidade dos serviços. As centrais de regulação de vagas têm contribuído sobremaneira para esse intento. Assim, as ações de baixa, média e alta complexidades buscam articular-se para racionalizar o sistema, para aumentar o seu nível de resolutividade e sua capacidade de atendimento da demanda. A permissão de constituição de consórcios é um facilitador para esse intento.

Há de se notar que esses serviços e ações de saúde destinados a grupos específicos da sociedade e com níveis diferenciados de complexidade vêm contando, cada vez mais, com esforços no sentido da capacitação profissional daqueles que prestam tais serviços. Da mesma forma, equipamentos e unidades de saúde estão sendo adequadas para o atendimento específico às necessidades de determinados grupos.

Uma das preocupações centrais para a consecução do princípio da integralidade está na necessidade da humanização dos serviços prestados e das ações realizadas no âmbito do SUS.

1.3.3 Equidade

Na esteira dos dois princípios apontados acima, vem a necessidade de se reduzir as disparidades sociais e regionais existentes em nosso país. O princípio da equidade reafirma que essa necessidade deve dar-se também por meio das ações e dos serviços de saúde. Ainda são grandes as disparidades regionais e sociais do Brasil. No entanto, há uma sinergia e uma série de externalidades positivas geradas a partir da melhora das condições de saúde da população, fazendo concluir que, de fato, a saúde é fundamental na busca de maior equidade.

Esse é um trabalho que também deve ser encarado como um desafio permanente, mesmo porque a saúde diz respeito a uma série de fatores ligados à qualidade de vida como um todo, conforme afirmado inicialmente. É curioso observar, por exemplo, que entre regiões, como a do Nordeste, a expectativa de vida e a taxa de mortalidade infantil são piores que em regiões mais ricas do país, a exemplo do Sul e Sudeste. Por outro lado, essas regiões mais ricas padecem de maneira mais aguda de outros males, como os índices por mortes violentas ou em decorrência da AIDS.

Reduzir disparidades regionais e sociais significa a busca de um maior equilíbrio. Fator determinante disso é a política adotada para a incorporação tecnológica e o investimento estratégico e prioritário no combate a situações agudas ou extremas. Tal fato significa que o planejamento das políticas de saúde tem tomado como estratégias a elevação de todos a um patamar mínimo, a partir do qual seja possível caminhar com mais precisão segundo o princípio da integralidade comentado acima. Um bom exemplo disso são as ações e os serviços voltados à atenção básica à saúde.

1.3.4 A regionalização e a hierarquização da rede, das ações e dos serviços de saúde

Esse princípio está relacionado às atribuições dos gestores estaduais e municipais, que devem buscar a melhor maneira de garantir a eficiência, a eficácia e a efetividade do SUS, não raro com recursos escassos. Como não são todos que precisam, por exemplo, de cirurgias no coração, um hospital com tal capacidade pode atender toda uma região ou mesmo um estado.

Para tanto, as palavras-chave são a organização, a união e a parceria. Isso é sobremaneira facilitado pela possibilidade da formação de consórcios entre os municípios ou quiçá entre os estados, dando efetividade à regionalização da rede e dos serviços prestados pelo SUS. O caminho é o da qualificação e capacitação de estados e municípios a assumirem a plenitude da gestão dos respectivos sistemas. Esse caminho, aliás, vem sendo trilhado com relativo êxito. Tanto é que existem hoje 143 consórcios entre municípios espalhados por todas as regiões do país. Tais consórcios envolvem 1740 municípios.

Do mesmo modo, a hierarquização da rede vem consolidando-se cada vez mais, ao passo que os gestores estaduais e municipais vêm assumindo suas responsabilidades e prerrogativas perante o SUS. Isso é confirmado pela maciça adesão às formas de gestão trazidas pela NOB/96, bem como ao PAB fixo e aos programas do PAB variável.

1.3.5 A Participação e o Controle Social

A obrigatoriedade da formação e do funcionamento dos conselhos de saúde tem impulsionado a sociedade a participar dos rumos tomados pelo SUS. Não obstante haver problemas como a baixa qualificação dos conselheiros em boa parte dos municípios, a participação é um exercício de aprendizado constante. Ademais, a participação e o controle social serão objetos de análise da XI Conferência Nacional de Saúde, a realizar-se em dezembro deste ano de 2000.

Hoje existem quase todos os conselhos de saúde que é possível ter. Ou seja, o Conselho Nacional de Saúde existe e nunca esteve tão atuante; os conselhos estaduais de saúde também existem para todos os estados e cada vez mais se inserem e se qualificam para melhorar a participação, o controle e a harmonização das políticas de saúde. Da mesma forma é o caso do Distrito Federal.

No que tange aos municípios, constata-se que mais de 98% destes contam com conselhos formados e atuantes. Até por serem em maior número e por estarem em contato com realidades extremamente diversas, é no nível municipal que se deve trabalhar com prioridade para a qualificação dos conselheiros de saúde e para o exercício de suas atribuições. Somados, os conselheiros de saúde formam um exército de pessoas, representantes dos mais diversos setores da sociedade, atuantes na área da saúde. Há, assim, o aumento e o constante aperfeiçoamento do controle e da participação social no âmbito do SUS.

1.4 Pacto Federativo

Conforme destacado pelo site do Conselho Nacional de Saúde (2020), “o Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão”, sendo esse pacto o que visa ao alcance de uma maior eficiência e qualidade nos serviços fornecidos pelo Sistema Único de Saúde.

Para a implementação do Pacto pela Saúde, é necessária a adesão dos Municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que estabelece metas e compromissos para cada ente da federação renovado anualmente. Quanto aos repasses de recursos federais para estados e municípios relacionados ao Pacto da Saúde, estes são integrados em cinco grandes blocos de financiamento (Atenção, Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS).

Com base nas definições iniciais do Pacto Federativo, apresenta-se abaixo o pacto pela saúde, datado de 2006 e publicado pela portaria 399 do mesmo ano. O texto foi adaptado para fins didáticos a partir do material de livre acesso intitulado “Diretrizes Operacionais - Pacto pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão”, publicado pelo Ministério da Saúde (2006). O pacto foi dividido em 3 áreas, a saber:

- O Pacto pela Vida;
- O Pacto em Defesa do SUS;
- O Pacto de Gestão.

As 3 áreas acima apresentadas são descritas nas seções 4.1 a 4.3 e foram remixadas tendo como base o material de livre acesso publicado pelo Ministério da Saúde (2006) e intitulado “Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão”. A licença desse material permite a reprodução total ou parcial de seu conteúdo, desde que citada a fonte.

SAIBA MAIS

Para saber mais, acesse:

- http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pr-tGM399_20060222.pdf
- <http://conselho.saude.gov.br/webpacto/>

1.4.1 O Pacto pela Vida

O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. A definição de prioridades deve ser estabelecida por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local. Os estados/regiões/municípios devem pactuar as ações necessárias para o alcance das metas e dos objetivos propostos. São seis as prioridades pactuadas:

- A. Saúde do Idoso;
- B. Controle do câncer do colo do útero e da mama;
- C. Redução da mortalidade infantil e materna;
- D. Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;
- E. Promoção da Saúde;
- F. Fortalecimento da Atenção Básica.

NOTA IMPORTANTE:

para o Pacto da Saúde, é considerado idoso quem tem acima de 60 anos de idade.

No que tange à **Saúde do Idoso**, o trabalho nessa área deve considerar as diretrizes e implementar as ações, conforme apresentadas no Quadro 01.

Diretrizes	Ações Estratégicas
• Promoção do envelhecimento ativo e saudável; • Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; • Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; • A implantação de serviços de atenção domiciliar; • O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco; • Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; • Fortalecimento da participação social; • Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; • Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; • Promoção da cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; • Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.	• Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; • Manual de Atenção Básica à Saúde da Pessoa Idosa; • Programa de Educação Permanente à Distância • Acolhimento • Assistência Farmacêutica • Atenção Diferenciada na Internação • Atenção Domiciliar

Em relação às demais prioridades, foram definidos objetivos a serem alcançados como alvo da melhoria dos resultados apresentados.

Para o **Controle do Câncer do Colo do Útero**, são estabelecidos os seguintes objetivos e metas:

- Cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer do colo do útero;
- Incentivo para a realização da cirurgia de alta frequência, técnica que utiliza um instrumental especial para a retirada de lesões ou parte do colo uterino comprometido (com lesões intraepiteliais de alto grau), com menor dano possível, que pode ser realizada em ambulatório.

Para o **controle do câncer de mama**, foram estabelecidos como objetivos:

- Ampliar a cobertura de mamografia, conforme protocolo;
- Realizar a punção em 100% dos casos necessários, conforme protocolo.

No que tange à **Redução da mortalidade infantil**, foram estabelecidos como objetivos:

- Reduzir a mortalidade neonatal;
- Reduzir os óbitos por doença diarreica e pneumonia;
- Apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes;
- Criação de comitês de vigilância do óbito em municípios com população acima de 80.000 habitantes.

Os objetivos para a **redução da mortalidade materna** são:

- Reduzir a razão da mortalidade materna;
- Garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto;
- Qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam às necessidades das maternidades e outros locais de parto.

Objetivos para o **controle da dengue**:

- Plano de Contingência para atenção aos pacientes, elaborado e implantado nos municípios prioritários;
- Reduzir a infestação predial por *Aedes aegypti* em municípios prioritários.

Objetivo para a **eliminação da hanseníase**:

- Atingir o patamar de eliminação como problema de saúde pública, ou seja, menos de 1 caso por 10.000 habitantes em todos os municípios prioritários.

Objetivo para o **Controle da Tuberculose**:

- Atingir pelo menos 85% de cura de casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano.

Objetivo para o **controle da Malária**:

- Reduzir a Incidência Parasitária Anual, na região da Amazônia Legal.

Objetivo para o **controle da Influenza**:

- Implantar Plano de Contingência e unidades sentinelas.

Para a **Promoção da saúde, com ênfase na atividade física regular e alimentação saudável**, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- Elaborar e implementar uma Política de Promoção da Saúde, de responsabilidade dos três gestores;
- Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação adequada e saudável e combate ao tabagismo;
- Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros;
- Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável;
- Elaborar e pactuar a Política Nacional de Promoção da Saúde que contemple as especificidades próprias dos estados e municípios.

E, para o **Fortalecimento da Atenção Básica**, foram definidos os objetivos:

- Assumir a estratégia de Saúde da Família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças locais;
- Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família;
- Consolidar e qualificar a estratégia de Saúde da Família nos pequenos e médios municípios;
- Ampliar e qualificar a estratégia de Saúde da Família nos grandes centros urbanos;
- Garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços;
- Garantir o financiamento da atenção básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS;

- Aprimorar a inserção dos profissionais da atenção básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais;
- Implantar o processo de monitoramento e avaliação da atenção básica nas três esferas de governo, visando à qualificação da gestão descentralizada;
- Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da atenção básica que considerem os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades locais e regionais.

1.4.2 O Pacto em Defesa do SUS

O trabalho dos gestores das três esferas de governo e dos outros atores envolvidos dentro do Pacto deve considerar as seguintes **diretrizes**:

- Expressar os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Constituição Federal;
- Desenvolver e articular ações, no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores, que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública.

O Pacto em Defesa do SUS deve firmar-se por meio de **iniciativas** que busquem a:

- Repolitização da saúde, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira aproximando-a dos desafios atuais do SUS;
- Promoção da Cidadania como estratégia de mobilização social, tendo a questão da saúde como um direito;
- Garantia de financiamento de acordo com as necessidades do sistema.

Com base nas diretrizes e iniciativas apresentadas acima, são definidas ainda as ações do Pacto em Defesa do SUS, sendo:

- Articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito;
- Estabelecimento de diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS;
- Ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, em especial os que lutam pelos direitos da saúde e cidadania;
- Elaboração e publicação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS;

- Regulamentação da EC nº 29 pelo Congresso Nacional, com aprovação do PL nº 01/03;
- Aprovação do orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas em ações e serviços de saúde de acordo com a Constituição Federal.

1.4.3 Pacto de Gestão

O Pacto de Gestão do SUS estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada – PPI; Regulação; Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Essas diretrizes e uma explicação a respeito da sua definição são apresentadas no Quadro a seguir:

Diretriz	Descrição
Descentralização	Cabe ao Ministério da Saúde a proposição de políticas, participação no co-financiamento, cooperação técnica, avaliação, regulação, controle e fiscalização, além da mediação de conflitos e a descentralização dos processos administrativos relativos à gestão deve ser feito para as Comissões Intergestores Bipartite.
Regionalização	A Regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão, devendo orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores.
Financiamento	Responsabilidade das três esferas de gestão União, estados e municípios pelo financiamento do Sistema Único de Saúde, devendo focar na redução das iniquidades macrorregionais, estaduais e regionais, a ser contemplada na metodologia de alocação de recursos, considerando também as dimensões étnico-racial e social.
Planejamento	Deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão. Essa forma de atuação representará o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde baseado nas responsabilidades de cada esfera de gestão, com definição de objetivos e conferindo direcionalidade ao processo de gestão do SUS, compreendendo nesse sistema o monitoramento e a avaliação.
Programação Pactuada e Integrada - PPI	Processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para a saúde, a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. A PPI deve explicitar os pactos de referência entre municípios, gerando a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada.

Regulação	Regulação da Atenção à Saúde - tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais da atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações da Regulação da Atenção à Saúde compreendem a Contratação, a Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial, o Controle Assistencial, a Avaliação da Atenção à Saúde, a Auditoria Assistencial e as regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária.
Participação e Controle Social	A Participação Social no SUS é um princípio doutrinário, está assegurado na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90) sendo parte fundamental desse pacto.
Gestão do Trabalho	A política de recursos humanos para o SUS é um eixo estruturante e deve buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde, o tratamento dos conflitos, a humanização das relações de trabalho;
Educação na Saúde	Avançar na implementação da Política Nacional de Educação Permanente por meio da compreensão dos conceitos de formação e educação permanente para adequá-los às distintas lógicas e especificidades;

Para finalizar, Dermindo, Guerra e Gondinho (2020) destacam que, no atual momento em que a sociedade brasileira se encontra, com a extinção de políticas essenciais que amparam especialmente os mais pobres, é necessário que o setor de saúde pense em uma gestão mais eficiente como estratégia para contornar essas mudanças. Nisso, é preciso que os gestores estejam atentos às demandas e às necessidades em saúde da população.

A partir dessas definições e dos conceitos sobre o SUS e o Pacto Federativo da Saúde, finalizamos essa compreensão inicial, porém, fique aí! Antes, ainda temos um resumo para propiciar um reforço no processo de ensino e aprendizagem, além da sugestão de atividades de verificação do que conseguiu compreender do conteúdo ministrado neste Capítulo. Até o próximo Capítulo!

RESUMINDO

Neste Capítulo, você foi apresentado aos conceitos iniciais que serão os alicerces para a compreensão da organização do Sistema Único de Saúde. Como síntese do I Capítulo, é possível destacar alguns pontos importantes:

- O SUS funciona em todo território nacional, abrangendo todos os Estados da Federação, porém cada estado (SUS estadual) e município (SUS Municipal) possui um subsistema a ele relacionado, com ênfase nos municípios;
- Segundo o princípio da Universalidade, a saúde é um direito de todos, também é um dever do Poder Público a provisão de serviços e de ações que os garanta;

- O princípio da Integralidade é um dos mais preciosos em termos de demonstrar que a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupos de pessoas, ainda que minoritários em relação ao total da população;
- O princípio da Equidade reafirma a necessidade de se reduzir as disparidades sociais e regionais no Brasil e que essa necessidade deve dar-se também por meio das ações e dos serviços de saúde;
- Conforme destacado pelo site do Conselho Nacional de Saúde (2020), “o Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão”, sendo esse pacto que visa ao alcance de maior eficiência e qualidade nos serviços fornecidos pelo Sistema Único de Saúde.

ATIVIDADES

1. Que aspectos devem ser considerados na organização de um sistema de saúde? Identifique em sua região/localidade quais são os principais desafios que se apresentam para a organização do sistema de saúde.
2. Quais são os princípios do SUS? Descreva cada um deles e a sua importância para o Sistema de Saúde no Brasil.
3. O que é regionalização? Qual a importância do território na organização dos serviços de saúde? Analise sobre qual tem sido a forma de organização do sistema de saúde em seu município.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. - Brasília: Ministério Saúde, 2000. 44p. il.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada – Brasília: 76 p., 2006 – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

DERMINDO, Mariana Pereira; GUERRA, Luciane Miranda; GONDINHO, Brunna Verna Castro. O conceito eficiência na gestão da saúde pública brasileira. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750**, v. 12, p. 1-17, 2020.

CAPÍTULO II

ORGANIZAÇÃO DA
ATENÇÃO À SAÚDE

Prof. Dr. Samuel Vinícius Bonato

Caro estudante,

No I Capítulo, exploramos os conceitos e as bases do Sistema Único de Saúde (SUS), como este está alicerçado pelos princípios básicos que o tornam Universal, Igualitário e Integral e, também, conhecemos o pacto federativo pela saúde no Brasil.

Para avançarmos na compreensão das características e da composição do SUS, neste Capítulo II, abordaremos os aspectos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Num primeiro momento, apresentaremos a própria Política Nacional e como a Atenção Básica deve ter seus pilares fortalecidos para a construção de um Sistema de Saúde eficaz e que, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) – instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem – desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade.

Nosso objetivo é que, ao término deste II Capítulo, você possa discernir o conjunto de ações de saúde que compõem a atenção básica, tanto no âmbito individual quanto no coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Finalmente, cabe destacar que os conceitos para os estudos apresentados neste capítulo são baseados na “Política Nacional de Atenção Básica - PNAB”, publicada pelo Ministério da Saúde no ano de 2012.

Boa leitura e bons estudos!

Objetivos Específicos de Aprendizagem

Ao final deste Capítulo, você será capaz de:

- Compreender como está organizada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB);
- Entender os princípios, a infraestrutura e o funcionamento da Atenção Básica;
- Conhecer a composição e funcionamento de uma Estrutura da Saúde da Família (ESF), bem como dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

2.1 Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo.

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente 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.

As Unidades Básicas de Saúde – instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem – desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Dotar essas unidades da infraestrutura necessária a este atendimento é um desafio que o Brasil - único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes com um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito – está enfrentando com os investimentos do Ministério da Saúde. Essa missão faz parte da estratégia Saúde Mais Perto de Você, que enfrenta os entraves à expansão e ao desenvolvimento da Atenção Básica no País.

Uma Atenção Básica Fortalecida e Ordenadora das Redes de Atenção: a nova PNAB atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das Redes de Atenção. Avançou na afirmação de uma AB acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção. Avançou, ainda, no reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil. Além dos diversos formatos de ESF, houve a inclusão de EAB para a população de rua (Consultórios na Rua), ampliação do número de municípios que

podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), simplificou e facilitou as condições para que sejam criadas UBS Fluviais e ESF para as Populações Ribeirinhas.

A nova política articula a AB com importantes iniciativas do SUS, como a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde, com a universalização do Programa Saúde na Escola - e expansão dele às creches – acordo com as indústrias e escolas para uma alimentação mais saudável, implantação de mais de 4 mil polos da Academia da Saúde até 2014. Às equipes de Atenção Básica se somam as equipes do Melhor em Casa, para ampliar em muito o leque de ações e resolubilidade da atenção domiciliar. O Telessaúde, a integração dos sistemas de informação e a nova política de regulação apontam para a ampliação da resolubilidade da AB e para a continuidade do cuidado do usuário, que precisa da atenção especializada.

UBS mais amplas, com melhores condições de atendimento e trabalho: em parceria com estados e municípios, o Governo Federal está investindo 3,5 bilhões de reais para modernizar e qualificar o atendimento à população. Serão construídas novas e mais amplas UBS, reformadas, ampliadas e informatizadas as já existentes. Ao todo, serão mais de 3 mil, construídas e mais de 20 mil reformadas, ampliadas e informatizadas.

2.2 Princípios e Diretrizes da Atenção Básica

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, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral, que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. A atenção básica 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, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas, que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. 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. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. A Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes:

- I. Ter território adstrito sobre ele, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade;
- II. Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, mesmo que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;
- III. Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;
- IV. Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a esses fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do

cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar, no qual, progressivamente, os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, em que o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica; e

- V. Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde, com base em lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social. A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos: os princípios e as diretrizes definidos nesse documento. A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverá seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais e regionais.

2.3 Infraestrutura e Funcionamento

Nas definições do Plano Nacional da Atenção Básica, são definidas as condições estruturais para o funcionamento e as realizações das ações de atenção básica nos municípios e Distrito Federal, podendo ser destacadas:

- I. Unidades Básicas de Saúde (UBS), construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência o manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS;
- II. As Unidades Básicas de Saúde devem estar cadastradas no sistema de cadastro nacional vigente, de acordo com as normas vigentes;
- III. Manutenção regular da infraestrutura e dos equipamentos das Unidades Básicas de Saúde;
- IV. Existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o seu funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente, quando estiver prevista para ser realizada naquela UBS;

- V. Equipes multiprofissionais compostas, conforme modalidade das equipes, por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais, em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população;
- VI. Cadastro atualizado dos profissionais que compõem a equipe de atenção básica no sistema de cadastro nacional vigente, de acordo com as normas vigentes e com a carga horária de trabalho informada e exigida para cada modalidade;
- VII. Garantia pela gestão municipal, de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população; e
- VIII. Garantia pela gestão municipal, dos fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado.

2.4 Estratégia de Saúde da Família (ESF)

Antes de iniciarmos a abordagem sobre a Estratégia da Saúde da Família, é importante buscarmos algumas definições básicas que levaram à definição dessa configuração de atendimento à saúde.



Figura 01

Fonte: Doctor photo created by jcomp - www.freepik.com

No ano de 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS), juntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), propuseram um acordo entre os seus países membros a fim de que pudessem atingir o maior nível possível de saúde até o ano 2000. Esse acordo foi chamado de Declaração de Alma-Ata (cidade da antiga União Soviética onde ocorreu a Conferência que a definiu) e ficou conhecido como “Saúde

para Todos no ano 2000”, sendo assinada por 134 países e defendendo a seguinte definição de cuidados primários em saúde:

DESTAQUE: CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE:

“Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (Opas/OMS, 1978).”

Nesse sentido, a declaração de Alma-Ata propõe que serviços locais de saúde sejam centrados nas necessidades da população e constituídos a partir de uma perspectiva interdisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, bem como a inclusão da participação social na gestão e controle de suas atividades. No documento, são destacadas as seguintes ações mínimas para o desenvolvimento da Saúde: educação em saúde voltada para a prevenção e proteção; distribuição de alimentos e nutrição apropriada; tratamento de água e saneamento; saúde materno-infantil; planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns e; fornecimento de medicamentos essenciais (MATTA, 2005).

Assim, a Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conass e Conasems, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. São itens necessários à Estratégia Saúde da Família:

- I. Existência de equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a essa composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal;

- II. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;
- III. Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território. Quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;
- IV. Cadastramento de cada profissional de saúde em apenas uma eSF, exceção feita somente ao profissional médico, que poderá atuar em, no máximo, duas eSF e com carga horária total de 40 horas semanais; e Carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de Saúde da Família, à exceção dos profissionais médicos, cuja jornada é descrita no próximo inciso. A jornada de 40 horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 horas da carga horária, para atividades na equipe de Saúde da Família, podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até oito horas do total da carga horária para a prestação de serviços na rede de urgência do município ou para as atividades de especialização em Saúde da Família, residência multiprofissional e/ou de Medicina de Família e de Comunidade, além de atividades de educação permanente e apoio matricial.

Serão admitidas, também, além da inserção integral (40h), as seguintes modalidades de inserção dos profissionais médicos generalistas ou especialistas em Saúde da Família ou médicos de Família e Comunidade nas equipes de Saúde da Família, com as respectivas equivalências de incentivo federal:

- I. Dois médicos integrados a uma única equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas – equivalente a um médico com jornada de 40 horas semanais –, com repasse integral do incentivo financeiro referente a uma equipe de Saúde da Família;
- II. Três médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas – equivalente a dois médicos com jornada de 40 horas, de duas equipes –, com repasse integral do incentivo financeiro referente a duas equipes de Saúde da Família;
- III. Quatro médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, com carga horária semanal de 30 horas – equivalente a três médicos com jornada de 40 horas semanais, de três equipes –, com repasse integral do incentivo financeiro referente a três equipes de Saúde da Família;

- IV. Dois médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente jornada de 20 horas semanais, e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 85% do incentivo financeiro referente a uma equipe de Saúde da Família; e
- V. Um médico cumpre jornada de 20 horas semanais e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 60% do incentivo financeiro referente a uma equipe de Saúde da Família. Tendo em vista a presença do médico em horário parcial, o gestor municipal deve organizar os protocolos de atuação da equipe, os fluxos e a retaguarda assistencial, para atender a essa especificidade. Além disso, é recomendável que o número de usuários por equipe seja próximo de 2.500 pessoas. As equipes com essa configuração são denominadas equipes transitórias, pois, ainda que não tenham tempo mínimo estabelecido de permanência nesse formato, é desejável que o gestor, tão logo tenha condições, transite para um dos formatos anteriores que preveem horas de médico disponíveis durante todo o tempo de funcionamento da equipe.

A quantidade de equipes de Saúde da Família na modalidade transitória ficará condicionada aos seguintes critérios:

- I. Município com até 20 mil habitantes e contando com uma a três equipes de Saúde da Família poderá ter até duas equipes na modalidade transitória;
- II. Município com até 20 mil habitantes e com mais de três equipes poderá ter até 50% das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória;
- III. Municípios com população entre 20 mil e 50 mil habitantes poderá ter até 30% das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória;
- IV. Município com população entre 50 mil e 100 mil habitantes poderá ter até 20% das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória; e
- V. Município com população acima de 100 mil habitantes poderá ter até 10% das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória.

Em todas as possibilidades de inserção do profissional médico descritas acima, considerando a importância de manutenção do vínculo e da longitudinalidade do cuidado, esse profissional deverá ter usuários adscritos de modo que cada um seja obrigatoriamente acompanhado por um agente comunitário de saúde, um auxiliar ou técnico de enfermagem, um enfermeiro e um médico, preferencialmente por um cirurgião-dentista, um auxiliar e/ou técnico em saúde bucal, sem que a carga horária diferente de trabalho comprometa o cuidado e/ou processo de trabalho da equipe.

Todas as equipes deverão ter responsabilidade sanitária por um território de referência, mas os casos previstos nos itens “b” e “c” poderão ser constituídas equipes com número de profissionais e população adscrita equivalentes a duas e três equipes de Saúde da Família, respectivamente.

As equipes de Saúde da Família devem estar devidamente cadastradas no sistema de cadastro nacional vigente, de acordo com a conformação e modalidade de inserção do profissional médico. O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento das UBS devem ser organizados de modo que garantam o maior acesso possível, o vínculo entre usuários e profissionais, a continuidade, a coordenação e a longitudinalidade do cuidado.

Os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes de Saúde da Família podem se organizar nas seguintes modalidades:

- I. Cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família e auxiliar em saúde bucal (ASB);
- II. Cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB); e
- III. Profissionais das Modalidades I ou II que operam em Unidade Odontológica Móvel. Independentemente da modalidade adotada, recomenda-se que os profissionais de saúde bucal estejam vinculados a uma eSF e compartilhem a gestão e o processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território que a eSF a qual integra, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes.

Cada equipe de Saúde de Família que for implantada com os profissionais de saúde bucal ou quando se introduzir pela primeira vez esses profissionais numa equipe já implantada, Modalidade I ou II, o gestor receberá do Ministério da Saúde os equipamentos odontológicos, por meio de doação direta ou repasse de recursos necessários para adquiri-los (equipo odontológico completo).

Segundo Scorel et al. (2007), o Programa de Saúde da Família ainda apresenta um curso incremental de mudança no país, revelando avanços de novas práticas profissionais e na atenção primária, porém, ainda com dificuldades de expansão em grandes centros urbanos. Esse ainda é, atualmente, o maior desafio desse Programa!

2.5 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade.

São constituídos de equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada, apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, das equipes de atenção básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes Ribeirinhas e Fluviais etc.) e Academia da Saúde, compartilhando as práticas e os saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) à(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território dessas equipes.

Os NASF fazem parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica). Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e/ou Academia da Saúde, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (ex.: CAPS, Cerest, Ambulatórios Especializados etc.), além de outras redes como SUAS, redes sociais e comunitárias.

A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família/equipes de atenção básica para populações específicas prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde.

Os NASF devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc.

Todas as atividades podem ser desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde, Academias da Saúde ou em outros pontos do território. Os NASF devem utilizar as Academias da Saúde como espaços que ampliam a capacidade de intervenção coletiva das equipes de atenção básica para as ações de promoção de saúde, buscando fortalecer o protagonismo de grupos sociais em condições de vulnerabilidade na superação de sua condição.

Quando presente no NASF, o profissional sanitário pode reforçar as ações de apoio institucional e/ou matricial, ainda que não sejam exclusivas dele, tais como: análise e intervenção conjunta sobre riscos coletivos e vulnerabilidades, apoio à discussão de informações e indicadores

de saúde (bem como de eventos-sentinela e casos traçadores e analisadores), suporte à organização do processo de trabalho (acolhimento, cuidado continuado/programado, ações coletivas, gestão das agendas, articulação com outros pontos de atenção da rede, identificação de necessidades de educação permanente, utilização de dispositivos de gestão do cuidado etc.).

Os NASF podem ser organizados em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2. A implantação de mais de uma modalidade de forma concomitante nos municípios e no Distrito Federal não receberá incentivo financeiro federal.

O NASF 1 deverá ter equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior, escolhidos entre as ocupações listadas abaixo que reúnam as seguintes condições:

- I. A soma da carga horária semanal dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 200 horas semanais;
- II. Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e
- III. Cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter, no mínimo, 20 horas e, no máximo, 80 horas de carga horária semanal.

O NASF 2 deverá ter equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior escolhidos entre as ocupações listadas abaixo, que reúnam as seguintes condições:

- I. A soma da carga horária semanal dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 120 horas semanais;
- II. Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e
- III. Cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter, no mínimo, 20 horas e, no máximo, 40 horas de carga horária semanal.

Poderão compor os NASF 1 e 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte educador); e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

A composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas.

Morosini (2018) ainda defende que a qualificação de trabalhadores de todos os níveis de formação que compõem as Equipes de Saúde da Família devem possuir algumas prerrogativas básicas, como o trabalho baseado no território; a integração entre prevenção, atenção e promoção da saúde; a organização de processos de trabalho mais democráticos e participativos, nos quais os trabalhadores tenham papel importante no planejamento das ações e discussão das metas e prioridades das equipes, dentre outros.

Com base nessas definições e regulamentações da Política Nacional de Atenção Básica, da Estratégia de Saúde da Família e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, finalizamos essa compreensão! Mas, antes de concluirmos o Capítulo II, ainda temos um resumo para propiciar um reforço no processo de ensino e aprendizagem, além da sugestão de atividades de verificação do que conseguiu compreender do conteúdo ministrado neste Capítulo. Até o próximo Capítulo!

RESUMINDO

Neste Capítulo, você foi apresentado à Política Nacional de Atenção Básica e suas estratégias. Como síntese do II Capítulo, é possível destacar alguns pontos importantes:

- A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS);
- 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, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas;
- Nas definições do Plano Nacional da Atenção Básica, são definidas as condições estruturais para funcionamento e realização das ações de atenção básica nos municípios e Distrito Federal;
- A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conass e Conasems, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica;

- Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, e constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento.

ATIVIDADES

1. Valendo-se da Leitura do Material, descreva as diretrizes e princípios da Atenção Básica.
2. Com base na sua compreensão do conteúdo estudado, aponte quais são os itens necessários à Estratégia Saúde da Família.
3. Determine as principais diferenças entre o NASF 1 e o NASF 2.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde)

ESCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, p. 164-176, 2007.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 11-24, 2018.

CAPÍTULO III

PLANEJAMENTO E FINANCIAMENTO
MUNICIPAL EM SAÚDE

Prof. Dr. Samuel Vinícius Bonato

Caro estudante,

Após explorar as bases da constituição do SUS, seguiremos este III Capítulo com o objetivo de apontar como deve ser feito o planejamento da saúde em todas as esferas de Governo, bem como deve ser realizado o financiamento da saúde. Para o planejamento, utilizaremos como base o material intitulado “Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2009, bem como a complementação por outras bibliografias complementares indicadas nas referências. Para o financiamento da saúde, utilizaremos ainda o material básico “A Gestão do SUS”, publicado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) em 2015. Além das referências bases, esse capítulo também contará com contribuições do próprio autor deste livro, a partir de outros referenciais teóricos. Então, vamos lá?

Boa leitura e bons estudos!

Objetivos Específicos de Aprendizagem

Ao final deste capítulo, você será capaz de:

- Compreender quais são os instrumentos básicos de planejamento do SUS e de que são compostos;
- Entender as fontes de financiamento da saúde e as regras de repasse, pela União, de recursos para a saúde.

O planejamento – e instrumentos resultantes de seu processo, como planos e relatórios – é objeto de grande parte do arcabouço legal do SUS, quer indicando processos e métodos de formulação, quer como requisitos para fins de repasse de recursos e de controle e auditoria. Figura 01



Figura 01

Fonte: Business photo created by mindandi - www.freepik.com

O Sistema de Planejamento do SUS é objeto do item 4 do anexo da Portaria Nº 399/2006, estando nele contidos o seu conceito, princípios e objetivos principais, na conformidade do presente documento. Destaque, também, que o Pacto estabelece cinco pontos prioritários de pactuação para o planejamento, que são:

- I. a adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS;
- II. a integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo;
- III. a institucionalização e o fortalecimento do PlanejaSUS, com a adoção do processo de planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS;
- IV. a revisão e adoção de um elenco de instrumentos de planejamento – tais como planos, relatórios e programações – a serem adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a esse processo e instrumentos dele resultantes;
- V. a cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade do processo de planejamento no SUS (BRASIL, 2006a).

Em relação ao financiamento, introduz e estabelece blocos específicos: atenção básica; atenção de média e alta complexidade; vigilância em saúde; assistência farmacêutica e gestão do SUS. Configuram-se eixos prioritários para a aplicação de recursos (investimentos): o estímulo à regionalização e os investimentos para a atenção básica.

Define-se como Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde – PlanejaSUS – a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das

áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS. Tal forma de atuação deve possibilitar a consolidação da cultura de planejamento de forma transversal às demais ações desenvolvidas no Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, o PlanejaSUS deve ser entendido como estratégia relevante à efetivação do SUS. Para o seu funcionamento, são claramente definidos os objetivos e as responsabilidades das áreas de planejamento de cada uma das esferas de gestão, de modo a conferir efetiva direcionalidade ao processo de planejamento que, vale reiterar, compreende o monitoramento e a avaliação.

Na condição de sistema, e consoante à diretriz relativa à direção única do SUS em cada esfera de gestão, o PlanejaSUS não envolve nenhuma forma de subordinação entre as respectivas áreas de planejamento. Nesse sentido, a sua organização e operacionalização baseiam-se em processos que permitam o seu funcionamento harmônico entre todas as esferas do SUS. Para tanto, tais processos deverão ser objeto de pactos objetivamente definidos, com estrita observância dos papéis específicos de cada um, assim como das respectivas peculiaridades, necessidades e realidades sanitárias. O desenvolvimento de papéis específicos visa, principalmente, potencializar e conferir celeridade e resolubilidade ao PlanejaSUS, tanto na sua implantação quanto no seu funcionamento, monitoramento e avaliação contínuos.

O Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS – integra o Pacto pela Saúde, estabelecido entre a gestão federal e os governos estaduais, municipais e do Distrito Federal e divulgado pela Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Como assinalado no item 1.1, o Pacto apresenta os objetivos principais, os pontos essenciais de pactuação e as diretrizes operacionais do PlanejaSUS, conforme detalhado no presente documento e regulamentado na Portaria Nº 3.085/2006.

O processo de implantação do PlanejaSUS teve início em 2006, com a instalação de seu Comitê de Operacionalização, instituído pela Portaria Nº 251, de 6 de fevereiro de 2006, proposto em oficinas macrorregionais realizadas em outubro e novembro de 2005, que tiveram por objetivo indicar as bases para a organização e o funcionamento desse Sistema de Planejamento, aqui descritas, com a incorporação das adequações e do aperfeiçoamento que a sua prática até então indicou.

A conformação do PlanejaSUS confere especial atenção à observância da diretriz relativa à direção única do SUS em cada esfera de governo e, ao mesmo tempo, à corresponsabilidade de todos os entes federados para com a saúde da população. O PlanejaSUS busca apropriar-se da experiência acumulada pela área ou serviços de planejamento nas três esferas de gestão que, no tocante à direção nacional, tem como exemplo importante a formulação do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2007 — Um pacto pela Saúde no Brasil —, cujo processo evidenciou a necessidade de uma ação permanentemente articulada, nos moldes de uma atuação sistêmica. Para possibilitar a apropriação desse Sistema pelas distintas esferas de gestão, é preciso considerar algumas premissas a seguir apresentadas.

- O processo ascendente de planejamento, definido pela Lei Orgânica da Saúde, configura-se relevante desafio para os responsáveis por sua condução, em especial aqueles das esferas estadual e federal, tendo em conta a complexidade do perfil epidemiológico brasileiro, aliada à quantidade e diversidade dos municípios, além da grande desigualdade em saúde ainda prevalente, quer em relação ao acesso, quer no tocante à integralidade e à qualidade da atenção prestada;
- Quanto à gestão, é importante considerar o fato de que cerca de 90% dos municípios têm menos de 50 mil habitantes e que 48% possuem menos de 10 mil, apresentando, no âmbito do planejamento, uma organização ainda incipiente, o que dificulta o exercício eficiente e efetivo de seu papel fundamental na conformação do SUS nesse nível;
- A área de planejamento do SUS ainda necessita, nas três esferas de gestão, de recursos humanos em quantidade e qualidade;
- A disponibilidade de infraestrutura adequada e a atualização contínua nas técnicas e métodos do planejamento em si —sobretudo em se tratando de monitoramento e avaliação, no seu sentido mais amplo—, assim como o domínio necessário das características e peculiaridades que cercam o próprio SUS e do quadro epidemiológico do território em que atuam, são condições estratégicas para a coordenação do processo de planejamento;
- Na condição de Sistema e consoante à diretriz relativa à direção única do SUS, o PlanejaSUS não envolve nenhuma forma de subordinação entre as áreas de planejamento das três esferas de governo. Os processos de planejamento devem ser objeto de pactos objetivamente definidos, com estrita observância dos papéis específicos de cada esfera de gestão, assim como das respectivas peculiaridades, necessidades e realidades sanitárias;
- Como parte integrante do ciclo de gestão, o PlanejaSUS deve estar próximo dos níveis de decisão do SUS. Nesse sentido, de forma tripartite, devem ser permanentemente pactuadas as bases funcionais do planejamento, monitoramento e avaliação do SUS, promovida a participação social e buscada a intensificação da articulação intra e intersetorial, considerando os determinantes e condicionantes de saúde;
- A proposta de formular instrumentos básicos para o processo de planejamento se configura como um dos objetivos específicos do PlanejaSUS. Destacam-se ainda a:
 - pactuação de diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS;
 - formulação de metodologias unificadas e modelos de instrumentos básicos do processo de planejamento, englobando

o monitoramento e a avaliação que traduzam as diretrizes do SUS, com capacidade de adaptação às particularidades de cada esfera administrativa;

- implementação e difusão de uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidie a tomada de decisão por parte de seus gestores;
- promoção da integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS, bem como a intersetorialidade desse Sistema, de forma articulada com as suas diferentes etapas;
- monitoramento e avaliação do processo de planejamento, das ações implementadas e dos resultados alcançados, de modo a fortalecer o PlanejaSUS e a contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS.

No que se refere aos instrumentos de planejamento, existem distintos modelos e métodos que variam desde aqueles que só contemplam a simples projeção de tendências, até modelos complexos, com fundamento em diferentes marcos teóricos e conceituais, que propõem uma visão mais elaborada da situação problematizada, considerando as variáveis externas ao problema, as visões e proposições dos diferentes atores sociais envolvidos e do planejamento em particular. Seja qual for a opção feita — e, no âmbito do PlanejaSUS, essa opção foi a da construção coletiva —, o importante é ter em mente que planejar implica mobilizar recursos e vontades para que as propostas se concretizem e os objetivos sejam atingidos.

O funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS tem por base a formulação e/ou revisão periódica dos seguintes instrumentos:

- Plano de Saúde e as respectivas Programações Anuais de Saúde; e
- Relatórios Anuais de Gestão.

Esses instrumentos compõem, assim, o elenco básico dos produtos a serem promovidos pelo PlanejaSUS. Nesse sentido, estão estabelecidos como instrumentos inerentes a todo o Sistema de Planejamento do SUS e, portanto, às três esferas de gestão (BRASIL, 2006c).

3.1 Plano de Saúde

O processo de formulação participativo e ascendente do Plano de Saúde, além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para assegurar o princípio de unicidade do SUS e a participação social. Para o cumprimento da orientação legal, verifica-se, todavia, a dificuldade de se indicar um modelo único aplicável a todas as instâncias, especialmente considerando as peculiaridades e necessidades próprias de cada município, estado e região do País. Dessa forma, o Plano de Saúde – como instrumento

referencial básico – deve refletir essas diferentes realidades. Assim, na organização e implementação do PlanejaSUS, é importante observar o conceito básico do que é o Plano de Saúde, definido no Art. 2º da Portaria Nº 3.332/2006 (BRASIL, 2006d), e que comporta, logicamente, a incorporação das adaptações que se fizerem necessárias, em cada esfera de gestão, em consonância com a política nacional de saúde expressa nos respectivos atos normativos.

No âmbito do Sistema de Planejamento do SUS, define-se como Plano de Saúde o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas. As ações, os recursos financeiros e outros elementos que dão consequência prática ao Plano não são objeto de explicitação no Plano de Saúde. Em síntese, o Plano de Saúde deve ser a expressão das políticas e dos compromissos de saúde numa determinada esfera de gestão. É a base para a execução, o monitoramento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde.

Para a elaboração do Plano de Saúde, é necessário:

- identificar problemas e situações que requerem a implementação de soluções;
- identificar os fatores que, direta ou indiretamente, determinam a situação considerada insatisfatória;
- estabelecer as linhas que poderão ser seguidas para solucionar os problemas;
- definir os procedimentos de monitoramento e avaliação que permitirão saber se as linhas seguidas são adequadas para os fins perseguidos e se os resultados obtidos estão dentro do esperado;
- utilizar instrumentos pactuados anteriormente, tais como Plano de Saúde, Planos Diretores, Relatórios Anuais de Gestão, relatórios de Conferências, Termo de Compromisso de Gestão, entre outros.

No âmbito do Sistema de Planejamento do SUS, o atendimento desses requisitos compreende dois momentos, a saber:

- análise situacional; e
- formulação dos objetivos, diretrizes e metas.

Na conformidade do Art. 5º da Portaria Nº 3.332/2006 (BRASIL, 2006d), são indicados como eixos orientadores para a análise situacional e para a formulação dos objetivos, diretrizes e metas dos Planos de Saúde:

- as condições de saúde da população (este eixo concentra os compromissos e responsabilidades exclusivas do setor saúde);

- os determinantes e condicionantes de saúde (este eixo concentra medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores – intersectorialidade); e
- a gestão em saúde (este eixo concentra, entre outras, medidas que se configuram essenciais à melhoria e/ou ao aperfeiçoamento da gestão na respectiva esfera, tais como recursos humanos, participação social, infraestrutura, descentralização etc).

3.2 Programação Anual de Saúde

A Programação Anual de Saúde é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde. Na Programação, são detalhadas – a partir dos objetivos, das diretrizes e das metas do Plano de Saúde – as ações, as metas anuais e os recursos financeiros que operacionalizam o respectivo Plano. É importante identificar também as áreas responsáveis e as parcerias necessárias para a execução das ações, as quais representam o que se pretende fazer a fim de alcançar os objetivos. Cabe assinalar que a Programação Anual de Saúde reúne o conjunto das iniciativas a serem implementadas pela respectiva esfera de gestão em determinado ano. A elaboração da Programação deve ser coordenada pela área de planejamento ou, no caso de não existir, por uma equipe designada para tal. Em outras palavras, isso significa que a Programação Anual de Saúde contém – de forma sistematizada, agregada e segundo a sua estrutura básica – as programações de áreas específicas. Os resultados decorrentes da implementação da Programação compõem o Relatório Anual de Gestão.

O horizonte temporal da Programação Anual de Saúde coincide com o período definido para o exercício orçamentário, ou seja, um ano calendário. Portanto, as bases legais para sua elaboração são a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual. Nesse sentido, cabe assinalar que o Plano de Saúde constitui um importante instrumento político para a negociação do gestor, visto que nele são apresentadas as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos.

O propósito da Programação é determinar o conjunto de ações que permitam concretizar os objetivos definidos no Plano de Saúde. Assim sendo, a Programação pode ser entendida como um processo instituído no âmbito do SUS, resultante da definição, negociação e formalização dos pactos entre os gestores.

São objetivos da Programação Anual de Saúde:

- integrar o processo geral de planejamento das três esferas de governo de forma ascendente, coerente com os respectivos planos municipal, estadual e nacional de saúde, para o ano correspondente;
- consolidar o papel do gestor na coordenação da política de saúde;

- viabilizar a regulação, o controle e a avaliação do sistema de saúde;
- definir a macroalocação dos recursos do SUS para o financiamento do sistema;
- promover a integração dos sistemas municipais de saúde;
- explicitar o pacto de gestão e o comando único em cada esfera de governo;
- contribuir no desenvolvimento de processos e métodos de avaliação de resultado e controle das ações e serviços de saúde.

Conforme já assinalado, atualmente, existem no SUS distintos instrumentos e sistemas informatizados de programação, como a Programação Pactuada Integrada da Assistência (PPI/Assistência) e a Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PVS). Esses instrumentos apresentam aberturas programáticas específicas de acordo com o objeto da pactuação. Assim sendo, na PPI estão pactuados os procedimentos e recursos financeiros relativos à assistência à saúde.

Essas considerações são importantes para subsidiar a elaboração do instrumento de Programação Anual de Saúde que, no contexto do Planeja-SUS, deve assegurar o desenvolvimento do Plano e contemplar o conjunto das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Em síntese, do ponto de vista da estrutura, a Programação Anual de Saúde conterá, minimamente, o seguinte formato:

- definição das ações que, no ano específico, irão garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde;
- estabelecimento das metas anuais;
- definição dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da Programação.

As ações são as medidas ou iniciativas concretas a serem desenvolvidas e que deverão contribuir para o alcance dos objetivos e das metas propostas no Plano de Saúde. São exemplos de ações:

- contratar profissionais para compor as equipes de saúde bucal;
- realizar cursos para as equipes de saúde bucal.

As metas anuais da Programação são expressões quantitativas das ações definidas. O estabelecimento das metas anuais deve ter em conta as metas definidas no Plano de Saúde. Considerando as ações apresentadas anteriormente, são exemplos de metas anuais da Programação:

- contratar x dentistas e y técnicos em higiene dental;
- realizar x cursos para as equipes de saúde bucal.

3.3 Relatório Anual de Gestão

O Relatório Anual de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (BRASIL, 2006), os quais são apurados com base no conjunto de ações e metas que foram definidos na Programação Anual de Saúde. Cabe destacar que, ao final do período de vigência do Plano de Saúde, é necessário que seja feita a sua avaliação, retratando os resultados efetivamente 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 ou inovações. Para tanto, os Relatórios Anuais de Gestão se configuram em insumos privilegiados. Essa avaliação, destacada no item 5 adiante, além de contemplar aspectos qualitativos e quantitativos, envolve também uma análise acerca do processo geral de desenvolvimento do Plano, registrando os avanços obtidos, obstáculos que dificultaram o trabalho, bem como as iniciativas ou medidas que devem ser desencadeadas.

O Relatório Anual de Gestão deverá ser elaborado na conformidade da Programação e indicar, inclusive, as eventuais necessidades de ajustes no Plano de Saúde. Esse relatório é também instrumento das ações de auditoria e de controle.

Em síntese, do ponto de vista da estrutura, o Relatório Anual de Gestão conterá, minimamente:

- o resultado da apuração do cumprimento do conjunto das ações e metas contido na Programação Anual;
- a análise da execução da programação (física e orçamentária/financeira);
- as recomendações (por exemplo, revisão dos indicadores, reprogramação).

Portanto, além de apresentar o desempenho da execução das ações e o grau de cumprimento das metas da Programação Anual de Saúde, o Relatório Anual de Gestão fornece as bases para o ajuste do Plano e indica os rumos à programação do ano seguinte.

Como instrumentos interdependentes e contínuos, o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais de Saúde e os Relatórios Anuais de Gestão têm por finalidade, em síntese:

- apoiar o gestor na condução do SUS em sua respectiva área de abrangência, de modo a alcançar efetividade na atenção à saúde da população e no aperfeiçoamento do Sistema;
- possibilitar o provimento dos meios para o aperfeiçoamento contínuo da gestão participativa e das ações e serviços prestados;
- apoiar a participação e o controle social; e
- subsidiar o trabalho, interno e externo, de controle e auditoria.

Isso posto, cabe sistematizar alguns aspectos essenciais desses instrumentos, já comentados anteriormente, a saber:

- a formulação de qualquer um dos instrumentos básicos deve considerar, necessariamente, o conceito e a finalidade de cada um que, no seu conjunto, concretiza e alimenta o processo contínuo de planejamento;
- estrutura da PAS e do RAG decorre do PS, não comportando análise situacional, que é um dos momentos específicos do processo de construção do respectivo Plano;
- o PS deve orientar a definição do Plano Plurianual (PPA);
- o TCG deve manter sintonia e ser coerente com o PS;
- a PAS e o RAG, como instrumentos anuais, apresentam estruturas semelhantes, sendo o primeiro de caráter propositivo e o segundo analítico/indicativo; ambos devem, assim, ser o mais objetivo possível.

Nesse sentido, são propostos como elementos constitutivos da PAS:

- identificação da esfera de gestão correspondente;
- ato do Conselho de Saúde respectivo que aprovou o PS;
- os objetivos, as diretrizes e as metas do PS, sendo recomendável que a sua apresentação observe os eixos adotados no Plano (condições de saúde da população; determinantes e condicionantes de saúde; e gestão em saúde);
- as ações e metas que, no ano correspondente, deverão ser desenvolvidas com vistas ao alcance dos objetivos e das metas plurianuais do PS, segundo as diretrizes contidas no Plano;
- os recursos orçamentários previstos, especificando a sua origem (orçamento próprio, Fundos de Saúde, convênios etc.), sobretudo dos estados e municípios;
- a área responsável pelas ações e/ou metas; e
- as parcerias estabelecidas ou a serem buscadas.

No item Proposta de Estrutura da Programação Anual de Saúde (PAS), página 202, está apresentado um quadro sugestivo com os elementos constitutivos da PAS.

Para o RAG, são propostos como elementos constitutivos:

- os objetivos, as diretrizes e as metas do PS, sendo recomendável que a sua apresentação observe os eixos adotados no Plano (condições

de saúde da população; determinantes e condicionantes de saúde; e gestão em saúde);

- as ações anuais definidas - e não definidas - na PAS, as metas previstas e alcançadas;
- os recursos orçamentários previstos e executados;
- as observações específicas relativas às ações programadas, que se fizerem necessárias;
- a análise da execução da PAS, a partir das ações - programadas e não programadas - e metas estabelecidas, explicitando os resultados obtidos; e
- as recomendações, tanto para a PAS do ano seguinte quanto para eventuais ajustes no PS.

Considerando que o RAG deve ser aprovado no respectivo Conselho de Saúde, sugere-se que o documento de aprovação seja anexado a ele.

Em termos de organização do documento que representará o Relatório Anual de Gestão, sugere-se como estrutura:

1. Introdução, com a apresentação de dados e caracterização da esfera de gestão correspondente; ato ou reunião que aprovou o respectivo Plano de Saúde; e registro de compromissos técnico-político julgados necessários, entre os quais o Termo de Compromisso de Gestão e as suas prioridades (no máximo em três ou quatro parágrafos);
2. Quadro sintético com o demonstrativo do orçamento (recomenda-se a apresentação do quadro constante do documento encaminhado ao respectivo Tribunal de Contas, elaborado segundo definição legal);
3. Quadros com os elementos constitutivos do RAG, acima identificados (conforme modelo proposto no item Proposta de Estrutura do Item 3 do Relatório Anual de Gestão (RAG), página 203;
4. Análise da execução da PAS, com a avaliação do alcance das ações e metas no ano e a sua correspondência com os objetivos do PS; explicação acerca de eventuais mudanças ocorridas no cumprimento das ações e metas; avaliação do cumprimento dos compromissos contidos nos pactos interfederativos e outros estabelecidos no nível local, a exemplo do TCG (como na introdução, a proposta é de que essa análise seja sintética); e
5. Recomendações relativas à PAS do ano seguinte e eventuais ajustes no PS, com a explicação das razões para tal.

O conteúdo apresentado nesta sexta parte dessa publicação é resultante de pactuação tripartite que culminou com a edição da Portaria Nº 3.176/GM/MS (BRASIL, 2008b), de 24 de dezembro de 2008, que aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão (ver item Portaria Nº 3.176/GM/MS, de 24 de dezembro de 2008, página 204).

3.4 Financiamento Municipal em Saúde

No Brasil, a saúde tem se mantido, nos últimos anos, como primeiro problema mais importante enfrentado no cotidiano pela população, sendo o subfinanciamento do setor público de saúde bem conhecido pelos diferentes atores sociais e grupos de interesse, direta ou indiretamente, envolvidos no processo de construção do SUS, como fator impeditivo do cumprimento dos preceitos constitucionais de acesso universal e atendimento integral.

Muitas foram as crises do financiamento da saúde e a busca de novas fontes. A vinculação de recursos para o SUS já constava da proposta da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) e pretendia vincular à saúde recursos equivalentes a 10% do PIB. A vinculação não veio com a Constituição, mas, somente 12 anos após muita luta, a Emenda Constitucional (EC) n. 29/2000 foi promulgada e estabeleceu a vinculação constitucional de receitas da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal. Mais 12 anos se passaram até a sua regulamentação pela LC n. 141/2012, que manteve a mesma regra da EC n. 29/2000, não acrescentando mais recursos tão necessários ao SUS.

Segundo os artigos 195 e 198 da Constituição Federal, o financiamento do SUS é responsabilidade comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. A Emenda Constitucional n. 29 (EC n. 29/2000) de 13 de setembro de 2000 determinou a vinculação e estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios são obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde.

O parágrafo 3º dá nova redação ao artigo 198 e prevê a possibilidade de os percentuais mínimos serem reavaliados, por LC, pelo menos a cada cinco anos desde a data de promulgação da Emenda. A LC n. 141 (LC 141/2012), de 13 de janeiro de 2012 (LC n. 141/2012), regulamenta o art. 198 da Constituição Federal, definindo:

1. o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde;
2. 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;

3. 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 à progressiva redução das disparidades regionais;
4. normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

O Decreto n. 7.827 de 16 de outubro de 2012 regulamentou a LC n. 141/2012 e estabeleceu os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências constitucionais, além dos 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 LC n. 141/2012.

A Emenda Constitucional n. 86, de 17 de março de 2015, alterou o inciso I do §2º do art. 198 da Constituição Federal, referente ao valor mínimo e às normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União, em ações e serviços públicos de saúde e definindo que será cumprido progressivamente em cinco anos, a partir de 2016. Revogou o inciso IV do §3º do mesmo artigo que previa a possibilidade de o percentual mínimo da União ser reavaliado, por Lei Complementar, pelo menos a cada cinco anos. Determinou a inclusão, para fins de cumprimento do montante mínimo aplicado pela União, dos recursos destinados à área de saúde, oriundos da exploração de petróleo e gás natural e das emendas individuais.

A Emenda Constitucional n. 86, de 17 de março de 2015, definiu que a partir de 2016 a União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor da Receita Corrente Líquida (RCL) do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15%, mas que será cumprido progressivamente, garantido, no mínimo:

1. 13,2% da RCL no primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;
2. 13,7% da RCL no segundo exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;
3. 14,1% da RCL no terceiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;
4. 14,5% da RCL da receita corrente líquida no quarto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;
5. 15% da RCL no quinto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional.

Os estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios.

Para os estados, a base de cálculo é a sua receita própria, calculada da seguinte forma:

- (+) Receitas de Impostos de Natureza Estadual:**
 - (ICMS³² + IPVA³³ + ITCMD³⁴)
- (+) Receitas de Transferências da União**
 - Quota-Parte do Fundo de Participação dos Estados (FPE)³⁵
 - Cota-Parte do IPI³⁶ – Exportação
 - Transferências da LC n. 87/1996 (Lei Kandir)
 - Cota parte sobre o Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF)
- (+) Outras receitas correntes**
 - (Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária)
- (-) Transferências Financeiras Constitucionais e Legais aos municípios:**
 - 25% do ICMS
 - 50% do IPVA
 - 25% do IPI – Exportação
 - 25% do ICMS Exportação – Lei Kandir
- (=) Receita Própria do Estado = Base de Cálculo Estadual**

Fonte: “A Gestão do SUS” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, p.97)

Os municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos a que se referem o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o §3º do art. 159, todos da Constituição Federal.

De forma semelhante, para os municípios, a base de cálculo é a sua receita própria, assim calculada:

- Total das Receitas de Impostos Municipais**
(ISS³⁷, IPTU³⁸, ITBI³⁹)
- (+) Receitas de Transferências da União**
 - Quota-Parte do FPM⁴⁰
 - Quota-Parte do ITR⁴¹
 - Quota-Parte da LC n. 87/1996 (Lei Kandir)
- (+) Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF)**
- (+) Receitas de Transferências do Estado:**
 - Quota-Parte do ICMS
 - Quota-Parte do IPVA
 - Quota-Parte do IPI – Exportação
- (+) Outras Receitas Correntes**
 - (Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária)
- (=) Receita Própria do Município = Base de Cálculo Municipal**

Fonte: “A Gestão do SUS” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, p.98)

Conforme podemos observar, o caso do Distrito Federal é especial. As receitas orçamentárias dessa instância da Federação possuem componentes que são não só típicos das receitas estaduais, mas também das municipais. Assim, segundo a correspondência desses componentes, aplica-se o percentual mínimo de vinculação dos estados ou dos municípios e, no mínimo, 12% do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal.

Está compreendida, na base de cálculo dos percentuais dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, qualquer compensação financeira proveniente de impostos e transferências constitucionais previstos no §2º do art. 198 da Constituição Federal, já instituída ou que vier a ser criada, bem como a dívida ativa, a multa e os juros de mora decorrentes dos impostos cobrados diretamente ou por meio de processo administrativo ou judicial. Deve-se observar o disposto nas Constituições ou Leis Orgânicas dos estados, do Distrito Federal e dos municípios quando fixarem percentuais superiores aos estabelecidos na LC n. 141/2012 para aplicação em ações e serviços públicos de saúde.

3.5 Aplicação dos recursos mínimos

Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos na LC, considera-se como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

1. sejam destinadas às ações e aos serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;
2. estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada Ente da Federação; e
3. sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

Além de atender aos critérios estabelecidos acima, as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios deverão ser financiadas com recursos movimentados mediante respectivos fundos de saúde.

Para fins de apuração dos percentuais mínimos de aplicação em saúde, são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas referentes à/ao

1. vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
2. atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;

3. capacitação do pessoal de saúde do SUS;
4. desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
5. produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;
6. saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do Ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta LC;
7. saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;
8. manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
9. investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;
10. remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata esse artigo, incluindo os encargos sociais;
11. ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde;
12. gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

Não são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde para fins de apuração dos percentuais mínimos aquelas decorrentes de:

1. pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;
2. pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;
3. assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;
4. merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º da LC n. 141/2012;
5. saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;

6. limpeza urbana e remoção de resíduos;
7. preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos Entes da Federação ou por entidades não governamentais;
8. ações de assistência social;
9. obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e
10. ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta LC ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

3.6 Repasse dos recursos

Os recursos da União serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde e às demais unidades orçamentárias que compõem o órgão Ministério da Saúde, para serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde.

Os recursos da União serão transferidos aos demais Entes da Federação e movimentados, até a sua destinação final, em contas específicas, mantidas em instituição financeira oficial federal.

A movimentação dos recursos repassados aos Fundos de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios deve realizar-se, exclusivamente, mediante cheque nominativo, ordem bancária, transferência eletrônica disponível ou outra modalidade de saque autorizada pelo Banco Central do Brasil, em que fique identificada a sua destinação e, no caso de pagamento, o credor.

O Fundo de Saúde, instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde.

O repasse dos recursos será feito diretamente ao Fundo de Saúde do respectivo Ente da Federação e, no caso da União, também às demais unidades orçamentárias do Ministério da Saúde.

SAIBA MAIS

CONASS Documenta n. 26 Livro A Lei n. 141/2012 e os Fundos de Saúde

- goo.gl/Bmeleq

3.7 Investimentos na Rede de Serviços de Saúde

Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento serão transferidos aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento. Os recursos referentes a cada bloco de financiamento devem ser aplicados nas ações e nos serviços de saúde relacionados ao próprio bloco.

Aos recursos relativos ao pagamento da produção das unidades públicas próprias não se aplicam as restrições previstas acima. Fica também vedada a aplicação dos recursos disponibilizados por meio do Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde em investimentos em órgãos e unidades voltados exclusivamente à realização de atividades administrativas.

Os recursos de que tratam os componentes dos blocos de financiamento poderão ser acrescidos recursos específicos, para atender a situações emergenciais ou inusitadas de riscos sanitários e epidemiológicos, devendo ser aplicados, exclusivamente, em conformidade com o respectivo ato normativo. Os recursos que compõem cada bloco de financiamento poderão ser acrescidos de valores específicos, conforme respectiva pactuação na CIT.

Com base nessas definições e conceitos do Planejamento e do Financiamento da Saúde, finalizamos esta de como a estrutura do SUS deve estar amparada por documentos e ações responsáveis pela garantia do planejamento e do reporte das ações em cada ente da federação, bem como as formas de financiamento do sistema de saúde por intermédio da administração pública. Antes, ainda temos um resumo para propiciar um reforço no processo de ensino e aprendizagem, além da sugestão de atividades de verificação do que conseguiu compreender do conteúdo ministrado neste Capítulo. Até o próximo Capítulo!

RESUMINDO

Neste Capítulo, você foi apresentado aos documentos de gestão do SUS e também às formas de financiamento em saúde. Como síntese do III Capítulo, é possível destacar alguns pontos importantes:

- O planejamento – e instrumentos resultantes de seu processo, como planos e relatórios – é objeto de grande parte do arcabouço legal do SUS, quer indicando processos e métodos de formulação, quer como requisitos para fins de repasse de recursos e de controle e auditoria;
- O processo de formulação participativo e ascendente do Plano de Saúde, além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para se assegurar o princípio de unicidade do SUS e a participação social;

- A Programação Anual de Saúde é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde. Na Programação, são detalhadas – a partir dos objetivos, das diretrizes e das metas do Plano de Saúde – as ações, as metas anuais e os recursos financeiros que operacionalizam o respectivo Plano;
- O Relatório Anual de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde;
- O Fundo de Saúde, instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde.

ATIVIDADES

1. De acordo com as leituras realizadas, aponte a importância dos três instrumentos de gestão do SUS.
2. Explique como é o processo de aplicação dos recursos mínimos em saúde.

REFERÊNCIAS

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 133 p.

Brasil. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (Planeja-SUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 318 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CAPÍTULO IV

CONTROLE SOCIAL:
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
E GESTÃO PARTICIPATIVA

Prof. Dr. Samuel Vinícius Bonato

Caro estudante,

Neste capítulo, abordaremos o papel dos conselhos de saúde no controle social. Para isso, você conhecerá as características fundamentais e as principais competências de um conselho. Valendo-se do conhecimento dessas características básicas, você verá a importância e a amplitude de atuação dos conselhos de saúde. Além disso, saberá como eles são criados, como se estruturam e como funcionam no seu dia a dia de trabalho. Para esse assunto, utilizaremos como base o material intitulado “Para Entender o Controle Social na Saúde”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2013, bem como a complementação por outras bibliografias complementares indicadas nas referências. Vamos lá?

Objetivos Específicos de Aprendizagem

Ao final deste capítulo, você será capaz de:

- Entender as atribuições dos Conselhos de Saúde;
- Compreender a Gestão Participativa como uma estratégia transversal.

A Constituição de 1988 determinou, no artigo 198, que a sociedade participasse da gestão do sistema de saúde. Dois anos depois, duas leis trouxeram conteúdos importantes sobre essa participação, ao abordarem aspectos relacionados ao Conselho Nacional de Saúde. Foram elas a Lei nº 8.080, de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, e a Lei nº 8.142, do mesmo ano.

4.1 Os Conselhos de Saúde

São atribuições exclusivas do Conselho Nacional de Saúde:

- Deliberar sobre a metodologia pactuada na CIT para a definição dos montantes a serem transferidos pelo Ministério da Saúde para Es-

tados, Distrito Federal e Municípios para o custeio das ações e dos serviços de saúde;

- Deliberar sobre as normas do SUS pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).
- Deliberar sobre o modelo padronizado do Relatório Anual de Gestão (RAG) da União, Estados, Distrito Federal e Municípios e do modelo simplificado desse relatório para os municípios com menos de 50 mil habitantes.

A participação social foi ampliada, democratizada e passou a ser qualificada por “controle social”. Controle da sociedade sobre a política de saúde. Com isso, a lógica tradicional do controle social exercido exclusivamente pelos governos era invertida. A sociedade começou, efetivamente, a participar da gestão do sistema de saúde. A população, por meio dos Conselhos de Saúde, passou a exercer o controle social, participando do planejamento das políticas públicas, fiscalizando as ações do governo, verificando o cumprimento das leis relacionadas ao SUS e analisando as aplicações financeiras realizadas pelo município ou pelo estado no gerenciamento da saúde.

Desde 1990, estados e municípios passaram a constituir os seus próprios Conselhos de Saúde. Hoje, no Brasil, além do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com sede em Brasília, existem vinte e seis conselhos estaduais de saúde, um conselho do Distrito Federal, mais de cinco mil conselhos municipais, trinta e quatro conselhos distritais sanitários indígenas, entre outros.

Os Conselhos de Saúde não são órgãos responsáveis pela gestão ou execução de serviços, por isso, não têm responsabilidade direta na prestação dos serviços de saúde. Essa tarefa cabe diretamente ao Poder Público nas três esferas de governo. O Conselho de Saúde é um órgão:

- colegiado, ou seja, é composto por pessoas que representam diferentes grupos da sociedade, sendo 50% delas representantes de usuários do SUS;
- permanente, isto é, tem sua existência garantida em qualquer circunstância. Para ser extinto, é preciso haver uma lei; e
- deliberativo, ou seja, toma decisões que devem ser cumpridas pelo poder público.

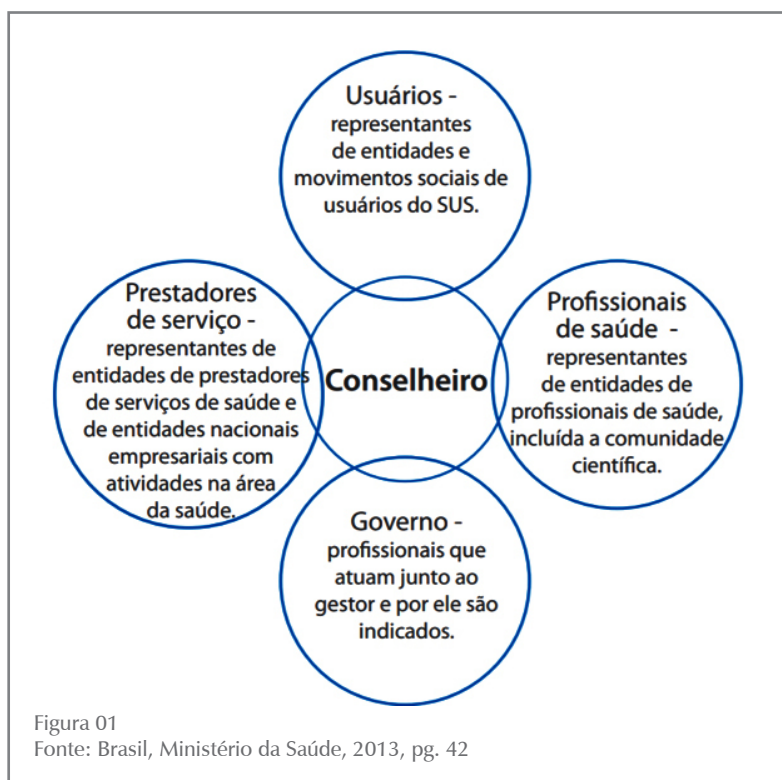
Como tal, para garantir total autonomia e efetividade ao controle social, o Conselho de Saúde não é subordinado ao Poder Executivo – ao prefeito, ao governador ou ao secretário de saúde, por exemplo.

Conforme vimos, todos os municípios e estados têm liberdade para formar os seus Conselhos de Saúde. Mas, para fazerem isso, devem garantir condições de pleno funcionamento ao Conselho, assegurando-lhes autonomia administrativa e financeira. Além disso, orienta que cada

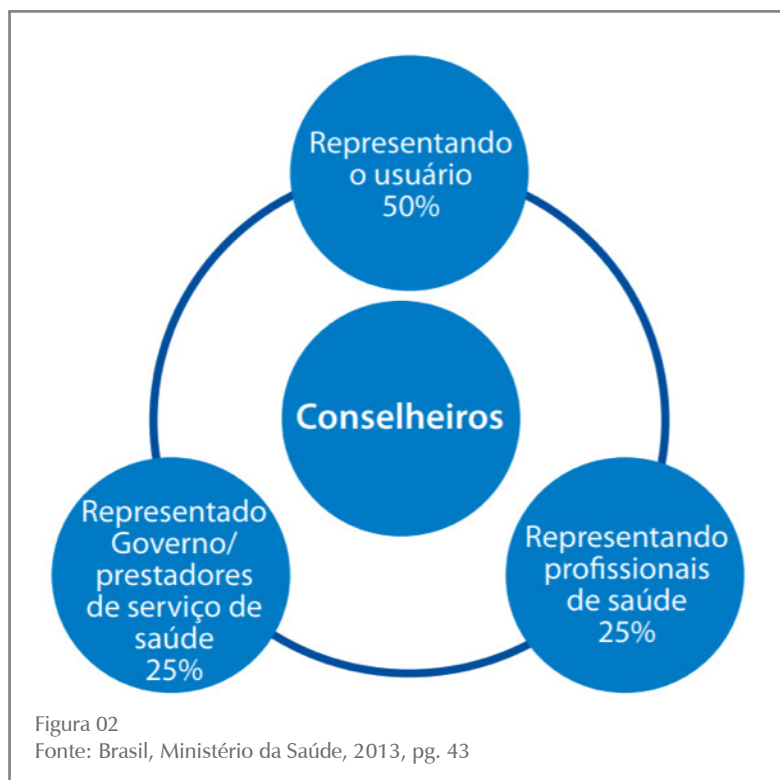
Conselho de Saúde possua regimento interno e estrutura administrativa, capazes de garantir a funcionalidade na distribuição das atribuições entre conselheiros e equipe administrativa. Fortalece-se, assim, o processo democrático e a execução de suas atividades de maneira efetiva. Para compreender melhor essas orientações, vamos conhecer como são constituídos os Conselhos de Saúde.

Os Conselhos de Saúde são constituídos por conselheiros, que se responsabilizam pela proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da política de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros.

O número de conselheiros é definido pelos Plenários dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, quantitativo que deve ser especificado em lei. Já a sua composição atende a dois critérios: o da representatividade e o da paridade. Veja o que significa cada um deles! Representatividade - para que o Conselho de Saúde represente a sociedade, cada conselheiro, apesar de defender os interesses de toda a sociedade, atua como interlocutor de um segmento específico. De acordo com a Resolução CNS nº 333, de 2003, essa representação deve atender a critérios de representatividade, de abrangência e de complementaridade do conjunto de forças sociais, contempladas pelo Conselho de Saúde. Assim, um conselheiro de saúde pode representar:



Para a paridade, o número de conselheiros que representam os usuários dos serviços de saúde (50%) deve ser igual ao número de conselheiros que representam outros segmentos da sociedade (50%). Numericamente, os conselheiros se distribuem da seguinte forma:



Para atender ao critério da representatividade, visto no item anterior, entidades e movimentos sociais indicam, por escrito, representantes para atuarem como conselheiros de saúde, de acordo com o número de vagas existentes. Tanto a entidade quanto o movimento social têm autonomia para escolher os seus representantes pela forma que achar mais conveniente.

Entretanto, deve-se atentar para o fato de que a ocupação de cargos de confiança ou de chefia que interfiram na autonomia representativa, pelos conselheiros representantes dos segmentos usuários e de profissionais de saúde, é avaliada como possível impedimento da representação do segmento. Caso isso ocorra, a entidade pode indicar um substituto.

ATENÇÃO!

- **O governo não pode interferir nesse processo de escolha nem pode vetar qualquer indicação.**

O mandato dos conselheiros é definido pelo regimento interno de cada Conselho. Recomenda-se que a sua duração não coincida com a do gestor da esfera de governo (municipal, estadual ou federal), a qual o Conselho de Saúde esteja vinculado. Um conselheiro pode perder o seu mandato por excesso de faltas às reuniões, por conduta não condizente com seu papel de conselheiro, ou por assumir cargo na administração pública incompatível com a sua função.

O regimento interno do Conselho de Saúde pode estabelecer outros motivos que o levem à perda do mandato. Nessas situações, ou caso haja necessidade ocasionada por outro motivo, um conselheiro pode ser

substituído a qualquer momento. Para que isso ocorra, basta que a entidade, ou o movimento social por ele representado, indique o seu substituto. Como a função do conselheiro é de relevância pública, sua atuação no Conselho não é remunerada. Entretanto, pelo mesmo motivo, é garantida a sua dispensa ao trabalho, sem nenhum prejuízo, durante a realização de reuniões, capacitações ou ações específicas do Conselho de Saúde.

4.2 Gestão Participativa

Gestão participativa é uma estratégia transversal, presente nos processos cotidianos da gestão do SUS, que possibilita a formulação e deliberação pelo conjunto de atores no processo de controle social. Requer a adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação dos profissionais de saúde e da comunidade.

A gestão estratégica pressupõe a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, de forma a construir um conhecimento compartilhado sobre saúde, preservando a subjetividade e a singularidade presentes na relação de cada indivíduo e da coletividade com a dinâmica da vida. Essa prática amplia a vocalização das necessidades e dos desejos da população e a escuta dos profissionais e dos serviços, para que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos. As práticas participativas implicam, sempre, a construção de consensos, com base na identificação e no reconhecimento dos dissensos, indicando alternativas baseadas em diferentes opiniões, ensejando resultados mais expressivos e duradouros.

Assim, a gestão estratégica e participativa constitui-se em um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, visando à maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, à educação popular, à mobilização social, à busca da equidade, ao monitoramento e avaliação, à ouvidoria, à auditoria e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde. Nesse sentido, a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS compreende os componentes a seguir discriminados.

4.3 A Gestão Participativa e o Controle Social no SUS

As conquistas populares no Brasil têm apresentado trajetória emblemática para a mobilização social em defesa do direito à saúde. A década de 80 representou o momento de institucionalização das práticas inovadoras para o setor, fundamentadas na concepção da saúde como produção social e direito, que foram consolidadas na década de 90, nas conferências e nos conselhos de saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, tornou-se um marco por ter discutido o aprofundamento dos grandes temas que subsidiaram a Assembleia Nacional Constituinte. As últimas Conferências

Nacionais de Saúde, da 9ª à 12ª, reafirmam como indispensáveis à implementação e ao fortalecimento dos mecanismos de controle social existentes. A 12ª Conferência Nacional de Saúde afirma a necessidade de “Estimular e fortalecer a mobilização social e a participação cidadã nos diversos setores organizados da sociedade, com a aplicação dos meios legais disponíveis, visando efetivar e fortalecer o Controle Social na formulação, regulação e execução das políticas públicas, de acordo com as mudanças desejadas para a construção do SUS que queremos”.

Nesse processo, algumas propostas emanadas das conferências devem ser destacadas e valorizadas como desafios à consolidação e ao fortalecimento do controle social no SUS:

- Garantia de efetiva implantação dos conselhos de saúde estaduais e municipais – assegurando-lhes dotação orçamentária própria;
- Consolidação do caráter deliberativo, fiscalizador e de gestão colegiada dos conselhos, com composição paritária entre usuários e demais segmentos, devendo o presidente ser eleito entre seus membros;
- Reafirmação da participação popular e do controle social na construção de um novo modelo de atenção à saúde, requerendo o envolvimento dos movimentos sociais, considerados atores estratégicos para a gestão participativa;
- Aperfeiçoamento dos atuais canais de participação social, criação e ampliação de novos canais de interlocução entre usuários e sistema de saúde, e de mecanismos de escuta do cidadão.

Uma estratégia em desenvolvimento pela Secretaria está permitindo a construção do ParticipanetSUS, um sistema composto pelo cadastro, perfil e indicadores de avaliação dos conselhos de saúde, que visa identificar as principais questões relacionadas ao funcionamento dos conselhos de saúde em todos os municípios brasileiros. O diagnóstico construído evidencia que, apesar dos significativos avanços em sua ação quanto ao processo de formulação e controle da política pública de saúde, os conselhos ainda enfrentam obstáculos importantes, como o não exercício do seu caráter deliberativo na maior parte dos municípios e estados; precárias condições operacionais e de infraestrutura; falta de regularidade de funcionamento; ausência de outras formas de participação; falta de transparência nas informações da gestão pública; dificuldade e desmobilização para a formulação de estratégias e políticas visando à construção do novo modelo de atenção à saúde e baixa representatividade e legitimidade de conselheiros nas relações com seus representados.

Para fins de delineamento do campo de conceituação da gestão participativa, suas práticas e mecanismos podem ser agrupados de acordo com as instituições, atores e segmentos sociais envolvidos, nos seguintes tipos:

- Mecanismos institucionalizados de controle social, representados pelos conselhos de saúde e pelas conferências de saúde, envolvendo o governo, os trabalhadores da saúde e a sociedade civil organizada, nas três esferas de governo. Recentemente, vêm sendo propostos conselhos regionais bem como conferências e plenárias regionais;
- Processos participativos de gestão, integrando a dinâmica de diferentes instituições e órgãos do SUS, nas três esferas de governo, tais como conselhos gestores/conselhos de gestão participativa, direção colegiada, câmaras setoriais, comitês técnicos, grupos de trabalho, polos de educação permanente em saúde e setoriais de saúde dos movimentos sociais, entre outros. A estruturação das mesas de negociação como ferramenta para a gestão do trabalho vem-se consolidando como inovadora prática de gestão participativa das relações de trabalho, nas três esferas de governo;
- Instâncias de pactuação entre gestores, como as Comissões Intergestores Bipartites (CIB), envolvendo representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde, e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que conta com representantes do Ministério da Saúde, além dos representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde, constituindo espaços de ações compartilhadas, estratégicas e operacionais da gestão do SUS;
- Mecanismos de mobilização social que representam dispositivos para a articulação de movimentos populares na luta pelo SUS e o direito à saúde, ampliando espaços públicos (coletivos) de participação e interlocução entre trabalhadores de saúde, gestores e movimentos populares;
- Processos de educação popular em saúde, desenvolvidos no diálogo permanente com movimentos populares, entidades formadoras e grupos sociais no sentido de fortalecer e ampliar a participação social no SUS. • Reconstrução do significado da educação em saúde que se desenvolve nas escolas, nas universidades e nos serviços de saúde, fortalecendo o protagonismo na produção de saúde e na formação de cidadãos em defesa do SUS;
- Ações articuladas entre diferentes setores de governo e a sociedade civil (intersetorialidade) caracterizando o compartilhamento de decisões entre instituições governamentais e da sociedade civil, que atuam na produção social da saúde.

Esse conceito ampliado de gestão participativa está estreitamente relacionado com as demais áreas da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa: os mecanismos de escuta permanente das opiniões e manifestações da população, valorizadas nas decisões e encaminhamentos da

gestão cotidiana dos serviços e do sistema, representados pelas ouvidorias do SUS; os mecanismos participativos de monitoramento e avaliação da gestão, das ações e dos serviços de saúde; e as ações de auditoria que desencadeiam medidas para o aprimoramento da gestão do SUS, de forma eficaz e efetiva, nas três esferas de governo.

Assim, o fortalecimento da mobilização e do controle social pode ser efetivado mediante a criação de outros canais de comunicação entre o cidadão e o governo, por meio da promoção da educação popular, da capacitação de lideranças, conselheiros, entidades de classe e movimentos populares articulados, pautando-se sempre no princípio da equidade em saúde e garantindo a atenção às especificidades de cada cidadão. Deve-se, assim, estimular e fomentar a organização da sociedade para o exercício do efetivo controle social na Saúde.

Todas essas formas que promovem a participação social e caracterizam a gestão participativa do SUS têm pela frente a tarefa de se apropriar da construção de novos modelos de atenção e gestão da saúde, regido sob a lógica das necessidades, demandas e direitos de toda a população. O Pacto pela Saúde é a reafirmação da importância da participação e do controle social nos processos de negociação e pactuação. Além de analisar e aprovar o Termo de Compromisso de Gestão (TCG), correspondente à sua esfera, os conselhos de saúde têm um papel relevante na aprovação ou revisão do respectivo plano de saúde, que deve ter coerência com o TCG. Anualmente, os conselhos de saúde farão, juntamente com os gestores, uma avaliação da execução dos planos de saúde, com base no que foi acordado no Termo de Compromisso.

4.4 Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS

Diante da complexidade do processo de construção de um modelo de atenção à saúde voltado à qualidade de vida, modelo reiteradamente reforçado pelas Conferências Nacionais de Saúde (especialmente 10a, 11a e 12a), as dimensões de monitoramento e avaliação devem, necessariamente, buscar articular, além dos indicadores tradicionais das ações e dos serviços de saúde, individuais e coletivos, também os indicadores da desigualdade e iniquidade, de determinantes da saúde, de ações intersetoriais, culturais, ambientais e de participação social, entre outros, quantitativos e qualitativos, abertos às dimensões da ética, do conflito, da subjetividade e da micropolítica, que sirvam ao trabalho local e à aferição e mudança permanente das práticas.

A preocupação com as ações de monitoramento e avaliação é crescente desde a criação do Sistema Único de Saúde, com diversos movimentos visando ao estabelecimento de conceitos, metodologias e práticas. Em 2000, em meio às reformas neoliberais em curso, o tema foi objeto de uma publicação polêmica da Organização Mundial da Saúde (OMS), que teve o mérito de gerar um intenso debate que realçou outros processos em desenvolvimento na Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), uma das unidades regionais da própria OMS, e em países como Reino

Unido, Canadá e Austrália, atentos a questões como as da equidade, as dimensões sociais do processo saúde-doença e a reorganização dos serviços e o direito à saúde.

No Brasil, merece destaque o projeto PRO-ADESS 1 que reuniu pesquisadores de diversas instituições ligadas à Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), produzindo importantes contribuições metodológicas e conceituais, no sentido de:

- compreender, monitorar e avaliar as inter-relações e os fatores que influenciam a eficiência, a efetividade e a equidade no desempenho do SUS;
- melhorar a formulação das políticas;
- monitorar as desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços recebidos pelos diferentes grupos sociais no Brasil; e
- criar instrumentos e processos participativos de monitoramento e avaliação destinados aos municípios, aos estados e à esfera federal, bem como mecanismos de acesso e difusão da informação e de formação permanente, voltados aos gestores, trabalhadores e usuários, em especial aos membros dos conselhos de saúde.

Para o monitoramento e a avaliação de processos e resultados, são fundamentais os indicadores de estrutura, em especial no que se refere a recursos alocados, condução financeira e seu impacto nas metas e nos indicadores de saúde. O crescente desenvolvimento de ações de cooperação técnica e financeira entre União, estados e municípios vem evidenciando a necessidade de novos mecanismos de controle, interno e externo, que ampliem o papel exercido pelos mecanismos de controle social.

Sendo assim, o problema da prestação de contas insere-se numa questão maior, envolvendo outros órgãos como a Secretaria Federal de Controle, da Controladoria-Geral da União (SFC/CGU), demonstrando a necessidade e a importância desse componente nas atividades de monitoramento e avaliação. Monitoramento pode ser entendido como um sistema que permite observação, medição e avaliação contínua de um processo ou fenômeno.

Trata-se de um processo sistemático e contínuo de acompanhamento dos indicadores de saúde e da execução das políticas, ações e serviços nessa área, visando à obtenção de informações em tempo oportuno para subsidiar a tomada de decisão, bem como a identificação, solução e redução de problemas e a correção de rumos. Fruto de um intenso debate promovido pelo Ministério da Saúde, entre 2003 e 2005, envolvendo diversos órgãos, evidenciou-se a necessidade de uma estrutura que assumisse as tarefas de articulação, apoio e difusão das ações de monitoramento e de avaliação que se encontram em curso nas diversas secretarias do Ministério da Saúde e demais unidades, bem como nas

outras esferas do SUS, motivando a criação do Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, integrando a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

Uma das primeiras tarefas do novo departamento está sendo a preparação da publicação Painel de Indicadores do SUS, editada pela SGEPM/MS em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), que tem como objetivo estimular a participação social e apoiar a formulação, implementação, monitoramento e avaliação das políticas de saúde, rumo à consolidação do SUS. O acesso aos resultados do processo de monitoramento e de avaliação constitui-se em poderoso instrumento de democratização da informação sobre objetivos, metas e resultados alcançados pelos órgãos de saúde, ao tornar públicas e transparentes as avaliações realizadas, favorecendo o empoderamento e a mobilização social, que se refletem em fomento da participação e do controle de ações e serviços prestados pelo SUS, na busca da equidade e da qualidade em saúde.

Outra ação em desenvolvimento, em articulação com as diferentes áreas do MS, é a regulamentação do monitoramento do Pacto pela Saúde. Este deve ser um processo permanente, orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem os Termos de Compromisso de Gestão e os cronogramas pactuados, tendo como objetivo o desenvolvimento de ações de apoio para a qualificação do processo de gestão.

Além disso, o Pacto pela Saúde estabelece diversas atribuições e responsabilidades das três esferas de gestão, em relação a monitoramento e avaliação, indicando a necessidade de articulação entre elas. Nesse sentido, mecanismos pactuados de monitoramento e avaliação devem ser implantados em todas as unidades federadas, estabelecendo-se a responsabilização dos estados e municípios, no âmbito do SUS, visando ao fortalecimento da capacidade de gestão pública da saúde.

4.5 Estratégias Operacionais e Metodológicas para o Controle Social

Esta seção final da unidade IV tem como base o material “Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS”, publicado pelo Ministério da Saúde, em 2006.

Recomenda-se que o processo de educação permanente para o controle social no SUS ocorra de forma descentralizada, respeitando as especificidades e condições locais a fim de que possa ter maior efetividade.

Considerando que os membros do Conselho de Saúde renovam-se periodicamente, que outros sujeitos sociais alternam-se em suas representações, e que o fato de estarem sempre surgindo novas demandas oriundas das mudanças conjunturais, torna-se necessário que o processo de educação permanente para o controle social esteja em constante construção e atualização.

A operacionalização do processo de educação permanente para o controle social no SUS deve considerar a seleção, preparação do material e a identificação de sujeitos sociais que tenham condições de transmitir informações e possam atuar como facilitadores e incentivadores das discussões sobre os temas a serem tratados. Para isso é importante

- identificar as parcerias a serem envolvidas, como: universidades, núcleos de saúde, escolas de saúde pública, técnicos e especialistas autônomos ou ligados a instituições, entidades dos segmentos sociais representados nos Conselhos, Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco), Instituto Brasileiro de Administração Municipal (Ibam), Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e outras organizações da sociedade que atuem na área de saúde. Na identificação e nas articulações das parcerias, deve ficar clara a atribuição dos conselhos, conselheiros e parceiros;
- realizar as atividades de educação permanente para os conselheiros e demais sujeitos sociais, de acordo com a realidade local, garantindo uma carga horária que possibilite a participação e a ampla discussão dos temas, democratização das informações e a utilização de técnicas pedagógicas para o controle social que facilitem a construção dos conteúdos teóricos e, também, a interação do grupo.

Sugere-se que as atividades de educação permanente para o controle social no SUS sejam enfocadas em dois níveis: um geral, garantindo a representação de todos os segmentos, e outro específico, podendo ser estruturado e oferecido de acordo com o interesse ou a necessidade dos segmentos que compõem os Conselhos de Saúde e os demais órgãos da sociedade.

Para promover o alcance dos objetivos do processo de educação permanente para o controle social no SUS, recomenda-se a utilização de metodologias que busquem a construção coletiva de conhecimentos, baseada na experiência do grupo, considerando o conhecimento como prática concreta e real dos sujeitos a partir de suas vivências e histórias.

Metodologias essas que ultrapassam as velhas formas autoritárias de lidar com a aprendizagem e, muitas vezes, utilizadas como comunicação unilateral, que transforma o indivíduo num mero receptor de teorias e conteúdos. Recomenda-se, também, a utilização de dinâmicas que propiciem um ambiente de troca de experiências, de reflexões pertinentes à atuação dos Conselheiros de Saúde e dos sujeitos sociais e de técnicas que favoreçam a sua participação e integração, por exemplo, reuniões de grupo, plenárias, estudos dirigidos, seminários, oficinas, todos envolvendo debates.

A definição dos conteúdos básicos de educação permanente para o controle social no SUS deve ser objeto de deliberação pelos plenários dos

Conselhos de Saúde nas suas respectivas esferas governamentais. Recomenda-se que, para esse processo, seja prevista a criação de instrumentos de acompanhamento e avaliação dos resultados das atividades.

Com base nessas definições e nesses conceitos sobre o Controle Social, a Gestão Participativa da sociedade no SUS e os Conselhos de Saúde, encerramos aqui o nosso Capítulo IV e, como já nos acostumamos em capítulos anteriores, finalizaremos com um resumo para propiciar um reforço no processo de ensino e aprendizagem, além da sugestão de atividades de verificação do que conseguiu compreender do conteúdo ministrado neste Capítulo. Até o próximo Capítulo!

RESUMINDO

Neste Capítulo, você foi apresentado ao Controle Social e à Gestão Participativa no SUS. Como síntese do IV Capítulo, é possível destacar alguns pontos importantes:

- A população, por meio dos Conselhos de Saúde, exerce o controle social, participando do planejamento das políticas públicas, fiscalizando as ações do governo, verificando o cumprimento das leis relacionadas ao SUS e analisando as aplicações financeiras realizadas pelo município ou pelo estado no gerenciamento da saúde;
- A gestão estratégica e participativa constitui-se em um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, visando maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, à educação popular, à mobilização social, à busca da equidade, do monitoramento e da avaliação, à ouvidoria, à auditoria e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde.
- O fortalecimento da mobilização e do controle social pode ser efetivado mediante a criação de outros canais de comunicação entre o cidadão e o governo, por meio da promoção da educação popular, da capacitação de lideranças, conselheiros, entidades de classe e movimentos populares articulados, pautando-se sempre no princípio da equidade em saúde e garantindo a atenção às especificidades de cada cidadão;
- O crescente desenvolvimento de ações de cooperação técnica e financeira entre União, estados e municípios vem evidenciando a necessidade de novos mecanismos de controle, interno e externo, que ampliem o papel exercido pelos mecanismos de controle social;
- Mecanismos pactuados de monitoramento e avaliação devem ser implantados em todas as unidades federadas, estabelecendo-se a responsabilização dos estados e municípios, no âmbito do SUS, tendo em vista o fortalecimento da capacidade de gestão pública da saúde.

ATIVIDADES

1. Quais as atribuições e principais características dos Conselhos de Saúde?
2. Descreva detalhadamente quais são os desafios à consolidação e ao fortalecimento do controle social no SUS.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 178 p.: il.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 40 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CAPÍTULO V

REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO

Prof. Dr. Samuel Vinícius Bonato

Caro estudante,

Nesta último Capítulo conceitual, abordaremos como são definidas as atividades de regulação, controle e avaliação do SUS. A partir do conhecimento de conceitos básicos, você verá a importância e necessidade desses instrumentos em saúde. Além disso, saberá como eles são criados, como se estruturam e como funcionam. Para esse assunto, utilizaremos como base o material intitulado “Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria no SUS”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2011, bem como o material “Regulação em Saúde” publicado pelo CONASS, também em 2011 e o material “Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)”, publicado também pelo CONASS, no ano de 2009. Além desses, complementaremos também com outras bibliografias complementares indicadas nas referências. Vamos lá??

Objetivos Específicos de Aprendizagem

Ao final deste capítulo, você será capaz de:

- Entender como funciona a regulação do Sistema de Saúde brasileiro;
- Compreender as formas de controle e a avaliação definidas no âmbito do SUS.

A Constituição de 1988 determinou, no artigo 198, que a sociedade participasse da gestão do sistema de saúde. Dois anos depois, duas leis trouxeram conteúdos importantes sobre essa participação, ao abordarem aspectos relacionados ao Conselho Nacional de Saúde. Foram elas a Lei nº 8.080, de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, e a Lei nº 8.142, do mesmo ano.

5.1 Regulação

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 da atividade estatal mais ampla.

Assim, a regulação estatal assume importância ampliada e se materializa nas agências reguladoras. Na área da saúde, foram instituídas a ANS - Agência Nacional de Saúde que atua no mercado dos planos de saúde, e a ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que atua no mercado de produtos e serviços com foco na produção de saúde e redução de danos.

Então, 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 cenários histórico-sociais concretos, depende 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.

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:

- os estabelecimentos (envolvendo estrutura física, equipamentos, profissionais, habilitação a graus de complexidade, etc.);
- as relações contratuais; o exercício das profissões de saúde;
- a oferta e demanda por serviços;
- os protocolos assistenciais;
- os fluxos de atendimento; a produção, a venda, a incorporação e o uso de insumos, medicamentos e de outras tecnologias;
- as condições de trabalho e os ambientes relativos ao Setor Saúde;
- além do controle e da 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.

5.2 Política Nacional de Regulação

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:

- Reconhecer a Atenção Básica como a base do sistema de saúde, sendo articulada e resolutiva;
- 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;
- 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;
- 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;
- Tomar a Ouvidoria e os Conselhos de Saúde como fonte para a detecção de problemas no acesso, na qualidade dos serviços prestados, de desperdícios, irregularidades, negligências e omissões;
- 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;
- 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 o desenvolvimento de importantes funções em saúde, como gestão do trabalho e educação, informação e informática, ciência e tecnologia com as funções administrativas e financeiras;
- 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 dessas ações; em consonância com as diretrizes das áreas assistenciais da Atenção Básica, Atenção Programática e Estratégica e da Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar.

5.3 Mecanismos e Instrumentos de Regulação

Para o pleno exercício das funções de regulação alguns mecanismos e instrumentos devem ser implementados. Tais como:

1. **Articulação e Integração das Ações de Contratação, Controle, Regulação e Avaliação da Atenção.**

A contratação, para além do cumprimento legal da formalidade dos contratos, deve representar o pacto de compromissos entre gestores e destes com os prestadores, com a devida assunção de responsabilidades entre as partes. Assim, os contratos devem funcionar como pactos entre gestores e prestadores.

No contrato com prestadores, deve ficar claro que a oferta de serviços se dará conforme as diretrizes e ações do controle assistencial, regulação do acesso e avaliação.

2. **Reformular as Atividades de Controle e Avaliação de Ações e Serviços de Saúde.**

O cadastro de estabelecimentos e de profissionais, acompanhado de um processo de atualização e qualificação das informações, deve permitir a verificação da oferta potencial dos prestadores, subsidiar a contratação destes e a programação da atenção.

O desenvolvimento de ações como a padronização da solicitação deve permitir incorporação de uma gama de protocolos, subsidiando a autorização para a atenção em níveis mais complexos.

O desenvolvimento de ações de supervisão hospitalar e ambulatorial deve controlar a execução do atendimento, monitorando sua adequação assistencial, de qualidade e satisfação do usuário e seus aspectos contábeis-financeiros.

A implementação de um processo de avaliação das ações e serviços de 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.

3. **Implementar a Regulação do Acesso por meio dos Complexos Reguladores.**

A Política de Regulação da Atenção à Saúde, para criar as condições de resposta às necessidades reais por serviços de saúde, deve enfrentar a questão da demanda real / demanda artificial, considerando a oferta potencial e a existente. Em síntese, devem regular de maneira mais efetiva a oferta e a demanda por serviços de Saúde.

Uma estratégia para regular a oferta e a demanda em saúde é a constituição de Complexos Reguladores, que consiste numa organização do conjunto de ações da Regulação do acesso à assistência, de maneira articulada e integrada.

Os Complexos Reguladores permitem aos gestores articular e integrar dispositivos 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 a exemplo de programação e regionalização.

Os complexos reguladores devem ser implementados de acordo com a regionalização e seus desenhos das redes de atenção básica, atenção especializada ambulatorial e hospitalar e atenção às urgências. Podem ter abrangência municipal, micro ou macrorregional, estadual ou nacional, devendo essa abrangência e respectiva gestão serem pactuadas, em processo democrático e solidário, entre as esferas de gestão do SUS.

4. Articulação e Integração das Ações da Regulação com a Política da Atenção à Saúde

A Política de Regulação, articulada e integrada à Política da Atenção à Saúde, deve cumprir sua parte para viabilizar as linhas de cuidado; em outras palavras, uma política de regulação pautada pelo cuidado integral deve implementar as ações-meio que facilitem o acontecer das ações da atenção, estabelecendo em contratos de compromisso com os prestadores que as solicitações devem ser padronizadas; que as autorizações, realizadas de maneira desembaraçada e ágil, garantam a referência, que todos usuários referenciados - para consulta, terapia ou exame - de um nível de atenção ao outro, tenham assegurado o local, o profissional e o horário de atendimento, assim como o leito, na medida da complexidade / emergência do problema de saúde e da complexidade tecnológica da resposta exigida; que todos os procedimentos executados sejam monitorados quanto à adequação, necessidade de procedimentos complementares, realização, qualidade e o justo custeio. Enfim, essa regulação deve articular uma série de ações-meio que contribuam para que o usuário possa percorrer um fluxo contínuo e respaldado por responsabilidades, nos diversos níveis de atenção, segundo suas necessidades de prevenção, recuperação ou ganhos de autonomia no seu modo de viver.

SAIBA MAIS

- http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso_regulacao_SUS_1ed_eletronica.pdf
- https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_10.pdf

5.4 Controle e Avaliação

Para o entendimento do Controle da Avaliação do SUS, este conteúdo foi construído com base no material “Regulação em Saúde” publicado pelo CONASS em 2011.

O controle, de acordo com os dicionários da língua portuguesa, é definido como a fiscalização exercida nas atividades de pessoas, órgãos e departamentos ou nos produtos etc., para que tais atividades ou produtos não se desviem das normas preestabelecidas.

O Ministério da Saúde entende de forma semelhante quando refere que o controle pode ser entendido como a supervisão contínua que se faz para verificar se o processo de execução de uma ação está em conformidade com o que foi regulamentado, para averiguar se algo está sendo cumprido conforme um parâmetro, próximo de um limite pré-fixado, se estão ou não ocorrendo extrapolações.

Já a avaliação consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar nas tomadas de decisão. Esse julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou se elaborar com base em um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (Contandriopoulos et al., 1997).

Nessa definição, a intervenção é entendida como o conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática. A avaliação tem como objetivos:

- ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção;
- fornecer informação para melhorar a intervenção no seu decorrer;
- determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida;
- contribuir para o progresso dos conhecimentos e para a elaboração teórica.

A avaliação normativa é a atividade que consiste em fazer julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo) e os resultados obtidos, com critérios e normas.

Antes da abordagem sobre as ações de controle e avaliação a serem desencadeadas pelo gestor, deve-se atentar para alguns pontos. As funções de controle e avaliação devem ser coerentes com os processos de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde, tendo em vista

sua importância para a revisão de prioridades e diretrizes, contribuindo para o alcance de melhores resultados em termos de impacto na saúde da população.

De acordo com o artigo 198 da Constituição Federal, “são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”.

A Lei n. 8.080, em seu artigo 18, inciso I, diz que compete à direção municipal do SUS “planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde”. Já no seu artigo 15, inciso I, define como atribuição comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios a “definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde”.

Segundo definição emanada da NOAS 01/2002, o controle e a avaliação a serem exercidos pelos gestores do SUS compreendem o “conhecimento global dos estabelecimentos de saúde localizados em seu território, o cadastramento de serviços, a condução de processos de compra e contratação de serviços de acordo com as necessidades identificadas e legislação específica, o acompanhamento do faturamento, quantidade e qualidade dos serviços prestados, entre outras atribuições”.

A descentralização das funções de execução e, portanto, de controle, regulação e avaliação impõe aos gestores a superação de métodos que se referenciam principalmente ao controle de faturas (revisão) e de instrumentos de avaliação com enfoque estrutural (vistorias) e de processo (procedimentos médicos).

Sem subestimar a importância desses instrumentos, que devem continuar a ser usados, a construção do SUS implica mudanças estruturais e de postura gerencial, com elaboração e desenvolvimento de novos métodos e instrumentos que priorizem a avaliação dos resultados e a satisfação do usuário.

Para o desempenho da função de controle e avaliação, o gestor deverá conhecer alguns instrumentos que irão nortear suas ações e servir como base para o acompanhamento e fiscalização da implementação das políticas do setor pelos respectivos Conselhos de Saúde e pelas instâncias formais de controle e avaliação. Esses instrumentos são:

- Planos de Saúde e Relatórios de Gestão aprovados pelos Conselhos;
- Plano Diretor de Regionalização – PDR;
- Plano Diretor de Investimentos – PDI;

- Programação Pactuada e Integrada – PPI;
- Pactos de Indicadores;
- Termos de Compromisso de Gestão;
- Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos;
- outros instrumentos existentes.

O Termo de Compromisso de Gestão Estadual define que as funções de controle, regulação e avaliação devem ser coerentes com os processos de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde, tendo em vista sua importância para a revisão de prioridades e contribuindo para o alcance de melhores resultados em termos de impacto na saúde da população.

As ações atribuídas ao Controle Assistencial compreendem:

- o cadastramento dos serviços e dos usuários deve ser fidedigno, completo e atualizado permanentemente, de forma a constituir base segura para o processo de programação e organização da assistência;
- o processo de compra de serviços à rede privada complementar, quando a rede pública oferecer atendimento insuficiente, deverá obedecer aos preceitos da legislação e às normas que orientam a administração pública;
- a autorização das internações e dos procedimentos especializados e de alta complexidade: os fluxos devem facilitar o acesso dos usuários sem prejuízo do monitoramento adequado da produção e faturamento dos serviços;
- desenvolvimento de mecanismos de controle da regularidade dos pagamentos efetuados aos prestadores de serviços de saúde;
- aplicação de Portarias e normas técnicas e operacionais do Sistema Único de Saúde;
- controle e acompanhamento da relação entre programação/produção/faturamento: o gestor público deve ser dotado de instrumentos que lhe permitam acompanhar os prestadores na execução dos recursos programados; e
- controle do acesso assistencial.

A avaliação dos resultados das ações e serviços de saúde prestados deve ser sistematicamente realizada pelo gestor respectivo, criando mecanismos que garantam a participação da população na avaliação do sistema, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados. As ações atribuídas à avaliação compreendem:

- avaliação da relação entre programação/produção/faturamento: o gestor público deve ser dotado de instrumentos que lhe permitam acompanhar os prestadores na execução dos recursos programados;
- avaliação de qualidade e satisfação dos usuários do sistema: deve-se buscar a implementação de indicadores objetivos, com base em critérios técnicos, mas incluir a avaliação dos usuários quanto à acessibilidade, à resolubilidade e à qualidade dos serviços; e
- avaliação de resultados e de impacto das ações e serviços no perfil epidemiológico da população: deve envolver o acompanhamento dos resultados alcançados em razão dos objetivos, indicadores e metas apontados no plano de saúde.

Ao gestor estadual caberá acompanhar, controlar, regular e avaliar o Sistema Estadual de Saúde e a execução das ações e serviços de saúde prestados em seu território, respeitadas as competências municipais. Entre suas competências, ele tem de prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS.

Ainda sobre a avaliação, o material publicado pelo Ministério da Saúde em 2009, intitulado “Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)” reitera que esta deve ser entendida como um processo permanente, destinado, especialmente, a manter sob controle a execução do Plano de Saúde em direção aos objetivos propostos. Nesse sentido, não se esgota apenas na avaliação dos resultados alcançados em um determinado momento. Trata-se de uma atividade contínua, inerente e necessária ao exercício da função gerencial e para a qual podem ser usados distintos mecanismos e procedimentos.

Além de sua importância estratégica para o aperfeiçoamento da gestão e resolubilidade das ações e serviços de saúde prestados à população, a avaliação do Plano de Saúde é de grande importância para a implementação e consolidação do Sistema de Planejamento do SUS.

É importante destacar que o registro sistematizado da avaliação – expresso em documento específico – deve ocorrer ao final da vigência do Plano de Saúde. Contudo, na perspectiva de transformar a avaliação num processo contínuo e ágil, durante todo o período de execução do Plano, os procedimentos de avaliação podem alimentar a trajetória estratégica definida, indicando as mudanças de rumo que se fazem necessárias para atingir os resultados esperados.

Um requisito fundamental para a avaliação é a disponibilidade e a utilização adequada de informações. No Brasil, existe uma grande quantidade de bases de dados e sistemas de informação em saúde, vinculados ao Ministério da Saúde e a outros setores do Governo, como o IBGE, que estão disponíveis por via eletrônica. Essas informações devem ser acessadas para a mencionada avaliação do Plano ou mesmo criadas no âmbito da gestão para utilização específica.

Conforme assinalado anteriormente, encerrado o prazo de vigência do Plano de Saúde, é importante que se proceda à avaliação dos resultados alcançados, que deve ser expressa em um documento específico. Para tal, os Relatórios Anuais de Gestão são essenciais. Caberá à equipe de planejamento elaborar uma proposta a ser discutida com as áreas técnicas. Após a aprovação pelo gestor, é importante que a avaliação seja apresentada e discutida pelo respectivo Conselho de Saúde.

A avaliação deve contemplar uma análise acerca do processo geral de desenvolvimento do Plano, assinalando os avanços obtidos, os obstáculos que dificultaram o trabalho, bem como as iniciativas ou medidas a serem desencadeadas.

Do ponto de vista operacional, a avaliação do Plano de Saúde deve ser um documento que guarde estreita relação com os eixos do Plano de Saúde e com os objetivos e metas definidos em seu escopo. Deve ainda ser abrangente, de modo a facilitar o entendimento não só por parte de gestores e técnicos envolvidos diretamente mas também da sociedade, na medida em que envolve a participação efetiva da população, cujos fóruns privilegiados, para tanto, são os Conselhos de Saúde.

A avaliação deve ser realizada valendo-se dos indicadores selecionados e contemplando as seguintes questões, relativas à execução do Plano de Saúde:

- modificações na situação política, econômica, social e institucional;
- impacto das ações desenvolvidas sobre as condições de saúde da população;
- alterações no acesso a serviços e ações de saúde de acordo com variáveis demográficas e socioeconômicas;
- adequação dos mecanismos e instrumentos de gestão;
- execução físico-financeira do orçamento e de ações;
- demonstração do quantitativo de recursos financeiros próprios aplicados no setor saúde, bem como das transferências recebidas de outras instâncias do SUS.

Em síntese, do ponto de vista da estrutura, o documento de avaliação do Plano poderá ser organizado, minimamente, com o seguinte formato:

- síntese do processo de construção do Plano;
- avaliação do cumprimento das metas, da observância das diretrizes e do alcance dos objetivos, segundo cada um dos eixos específicos do Plano de Saúde;

- avaliação do impacto da implementação do Plano, a partir dos resultados verificados no item anterior, sobre a situação de saúde descrita no momento de análise situacional;
- apresentação de recomendações considerando a avaliação realizada, relativas à construção do novo plano, da reprogramação e das intervenções necessárias.

A partir dessas definições e desses conceitos sobre a Regulação, o Controle e a Avaliação do Sistema de Saúde, encerramos aqui o nosso Capítulo V e, como já nos acostumamos em capítulos anteriores, finalizaremos com um resumo para propiciar um reforço no processo de ensino e aprendizagem, além da sugestão de atividades de verificação do que conseguiu compreender do conteúdo ministrado neste Capítulo. Até o próximo Capítulo!

RESUMINDO

Neste Capítulo, você foi apresentado ao Sistema de Regulação, Controle e Avaliação do SUS. Como síntese do V Capítulo, é possível destacar alguns pontos importantes:

- Toda a ação do Estado envolve regulação, existindo campos de intervenções estatais totalmente dedicados à função regulatória. Nesse sentido, os conceitos de regulação tangenciam os de intervenção estatal na economia e da atividade estatal mais ampla;
- 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 de várias diretrizes básicas;
- Além de sua importância estratégica para o aperfeiçoamento da gestão e para a resolubilidade das ações e dos serviços de saúde prestados à população, a avaliação do Plano de Saúde é de grande importância para a implementação e consolidação do Sistema de Planejamento do SUS;
- A avaliação deve contemplar uma análise acerca do processo geral de desenvolvimento do Plano, assinalando os avanços obtidos, os obstáculos que dificultaram o trabalho, bem como as iniciativas ou medidas a serem desencadeadas.

ATIVIDADES

1. A regulação no Setor Saúde tem por finalidade contribuir para a produção das ações de saúde. Nesse sentido, explique quais são os objetos principais da regulação.
2. Explique detalhadamente as ações atribuídas à avaliação.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria no SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas; Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento Nacional de Auditoria do SUS – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 247 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 126p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 10).

Brasil. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (Planeja-SUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 318 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CAPÍTULO VI

ESTUDOS DE CASOS APLICADOS

Prof. Dr. Samuel Vinícius Bonato

Caro Estudantes,

Chegamos ao fim da nossa jornada pela Gestão da Saúde e, nesse sentido, gostaria de trazer a vocês um famoso caso de ensino em saúde, que retrata a reflexão sobre as ações da saúde e sua execução dentro da estrutura básica do SUS. O caso é sintetizado e o link para a fonte original disponibilizado, sendo colocadas também algumas reflexões oriundas da publicação original. Mesmo assim, ao final do capítulo, as respectivas fontes completas são citadas.

O caso relatado abaixo é parte integrante da obra “Qualificação de Gestores do SUS”, publicada em 2009, pela Fundação Oswaldo Cruz/ENSP/EAD, tendo como organizadores Roberta Gondim de Oliveira, Victor Grabois e Walter Vieira Mendes Júnior. Esse caso retrata a história de Ana, trazendo à tona algumas reflexões sobre a organização e as ações de Saúde Pública no Brasil, um grande desafio para gestores públicos e que retrata alguns direcionamentos necessários para os próximos anos dentro do SUS. Vamos conferir? Bons Estudos!

6.1 O Caso de Ana

Para discussão adequada das questões desse caso, é necessário acessar e ler o caso completo no link <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/367653>.

Ana é uma mulher de 53 anos que, certo dia, acordou apresentando dor e secreção em um mamilo. No autoexame, percebeu um pequeno volume na mama. Sempre muito atenta com sua saúde, Ana buscou o mais rápido possível entender o que ocasionava aquela situação e resolver seu problema de saúde. Por quase dois anos, Ana percorreu diferentes serviços, dentro e fora de seu município, a fim de realizar exames e adotar a terapêutica indicada pelos profissionais que a atenderam. Após esse período, Ana estava sem uma mama e sentindo-se extremamente insegura. Não sabia mais o que esperar de seu futuro e se deveria contar exclusivamente com os serviços públicos de saúde disponíveis em sua

região. Chegou a pensar em pagar um plano de saúde particular, mas se deu conta de que muitos conhecidos seus também se sentiam insatisfeitos com seus planos de saúde e que o dinheiro gasto com o plano lhe faria muita falta. Desde então, Ana não dorme mais tranquila e reza para que Deus a proteja.

Conheça melhor o que fez Ana se sentir assim e que lições poderíamos tirar desse caso para a organização do sistema de saúde em um município e região.

As características do ambiente

As características principais do sistema nas quais Ana está inserida:

- município de 50 mil habitantes;
- Dez Equipes de Saúde da Família (ESF), cobrindo 80% da população, e um hospital municipal, com um pronto-socorro, ambulatorios e 50 leitos de clínica médica e pediatria;
- Dois laboratórios de apoio diagnóstico conveniados. O município depende de outros municípios e do estado para a realização de consultas e exames mais especializados;
- O bairro onde Ana reside conta com uma unidade de Saúde da Família. A unidade funciona de 7h a 17h, de segunda a sexta, mas não funciona nos finais de semana.

Na primeira cena, Ana vai ao pronto-socorro e é atendida pelo plantonista que, após examiná-la, diz que ela não precisa se preocupar, não se tratando de uma emergência. Receita um analgésico e pede que ela procure o médico da sua unidade.

Questões para Reflexão:

- Por que o médico do pronto-socorro não fez o encaminhamento de Ana para um especialista nem solicitou um exame mais específico da mama, como a mamografia? O que poderia orientar melhor a prática médica e assistencial em geral num caso como esse? Qual a importância dos instrumentos – diretrizes gerenciais e clínicas – para a organização da rede de serviços de saúde?

Na manhã da segunda-feira seguinte, Ana acorda cedo e rumo para o Centro de Saúde, onde consegue ser atendida pelo médico da Saúde da Família, que detecta uma infecção e um volume na mama direita, encaminhando-a a um especialista, sem especificação de serviço de referência.

Questões para Reflexão:

- O médico de Saúde da Família gostaria de ter pedido uma mamografia, mas em seu município há uma regra que determina que apenas

o especialista está autorizado a pedir tal exame. Por isso, ele solicita uma consulta com o especialista. Como você avalia a resolutividade da atenção básica em relação a essa questão, uma vez que esse nível de atenção é definido como uma estratégia para reestruturação do sistema de saúde?

Ana sai da unidade com dúvidas mas não as discute.

Questões para Reflexão:

- Ana sai da unidade de Saúde da Família sem um caminho certo; terá que, por sua própria conta, buscar informações sobre onde estão os médicos ginecologistas que atendem pelo SUS no município. Quais os problemas nessa forma de orientar o encaminhamento dos pacientes? Que outras formas de encaminhar poderiam ser adotadas pelas unidades? O que poderia ser feito pelo gestor local para melhor organizar os fluxos de encaminhamento do paciente desde as próprias unidades assistenciais?

Na Cena 2, Ana consegue indicação e vai até o Hospital Municipal e não consegue atendimento por ter excedido o horário de atendimento do local

Questões para Reflexão:

- Ana consegue identificar, com base em sua dificuldade de acesso a uma consulta de ginecologia, que há talvez uma carência de médicos especializados no município. O que essa situação pode servir de aprendizado para o gestor local?

No outro dia, procura o médico da Saúde da Família que prescreve um antibiótico e resolve solicitar uma mamografia com urgência, mesmo sabendo que a regra do município permitia apenas a solicitação desse exame por um especialista e orienta Ana a buscar o município vizinho, mas ao tentar realizar o exame descobre que também nesse município só realizam mamografia se solicitada por um ginecologista e não consegue marcar o exame. Ela resolve ir até a capital para tentar realizar o exame. A capital fica a duzentos quilômetros de sua residência e exigirá que Ana fique distante de casa por alguns dias.

Na capital, aparelhos quebrados, falta de profissional para manusear o equipamento, falta de médico para dar o laudo, filas para a realização de exame etc. Foram várias negativas, algumas com a mesma justificativa do município vizinho, condicionando o exame ao pedido de um especialista. Ana consegue finalmente marcar o exame, para dois meses depois, a fim de ser atendida.

Questões para Reflexão:

- O que é possível identificar de problemas na organização do sistema de saúde no percurso de Ana? Como se organiza a relação entre os municípios? É possível perceber alguma configuração de organização regional do sistema de saúde? Há formas estabelecidas de encami-

nhamento dos pacientes para outros municípios? Há mecanismos de acompanhamento do paciente de modo a verificar suas dificuldades para a realização de exames ou consultas? Quem se responsabiliza pelo paciente, nesse caso?

Ana volta à capital depois de dois meses e realiza finalmente a mamografia. Mais quinze dias e o laudo estaria disponível, informa a auxiliar de enfermagem. Ana imaginava que teria o resultado no mesmo dia. Retorna para casa e pensa como será se tiver que fazer um tratamento na capital, se terá dinheiro para tantas passagens, para a comida, e os dias em que ficará sem trabalhar, porque estará em tratamento.

Ana pega o exame que sugere uma neoplasia, um câncer, precisando fazer rápido uma biópsia. Após dois meses, Ana realiza a biópsia e o resultado indica uma neoplasia maligna. Dessa vez, ela lê o laudo e consegue perceber a gravidade. Leva rapidamente o laudo para o médico do Saúde da Família, que decide encaminhá-la a um mastologista, novamente com consultas na capital.

Questões para Reflexão:

- Analise a atitude do médico ao decidir recorrer à Secretaria Municipal de Saúde para agilizar a realização do exame de Ana. Por que o médico tomou essa atitude? O que essa situação explicita em relação à organização do sistema de saúde de seu município? Existem alternativas possíveis a esse tipo de organização? Quais as consequências que se pode prever pela demora na realização de exames e na obtenção de diagnóstico? Como isso se relaciona com a organização do sistema de saúde?

Depois, Ana recorre novamente à Secretaria de Saúde para a marcação de especialista, e o caso vai também parar no Conselho de Saúde, devido às grandes dificuldades que Ana teve de receber atendimento adequado ao seu caso. Nesse sentido e baseado no termo original, ficam ainda as questões para reflexão.

Questões para Reflexão:

- Que lições podemos tirar do caso de Ana, para pensar a organização do sistema de saúde atrelada à organização do cuidado e às práticas em saúde? No caso de Ana, o tratamento clínico propriamente dito foi suficiente para resolver o problema? Que outros tipos de acompanhamento seriam necessários nesse caso e deveriam ser previstos na organização desse sistema?
- O que o Conselho Municipal de Saúde poderia fazer a fim de contribuir para uma organização do sistema de saúde nesse município e região? Quais as dificuldades do conselho municipal de exercer o seu papel de controle social? Os desafios apresentados pelo secretário de saúde justificam a situação do município? O que poderia ser feito para enfrentar esses desafios?

REFERÊNCIAS

FURTADO, Débora; AMIEL, Tel. **Guia de bolso da educação aberta**. Brasília, DF: Iniciativa Educação Aberta, 2019.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n. 2203, de 6 de novembro de 1996. Aprova, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema [Internet]. Brasília, DF: **Diário Oficial da União 1996 6 nov.** [citado em 14 dez. 2020] Disponível em: http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/U_PT-MS-GM-2203_051196.pdf

Oliveira, Roberta Gondim de (Org.) **Qualificação de gestores do SUS**. / Organizado por Roberta Gondim de Oliveira, Victor Grabojs e Walter Vieira Mendes Júnior. – Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp, 2009. 404 p., il.

SILVA, K. C. L.; SANTOS, E. R. R.; MENDES, M. S. O planejamento estratégico no processo de implementação da política de atenção primária em um município da região metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil. **Journal of Management and Primary Health Care**, Olinda, PE, v. 3, n. 1, p. 15-25, 2012.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; TAMAKI, Edson Mamoru. **O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 821-828, 2012.

Este livro é parte integrante do material didático do Curso de Especialização em Gestão Municipal, do Programa Nacional de Formação em Administração Pública, oferecido na modalidade a distância.

REALIZAÇÃO



MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



ORGANIZAÇÃO



OFERECIMENTO

ISBN 978-65-89954-29-3



9 786589 954293