

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 EM SAÚDE

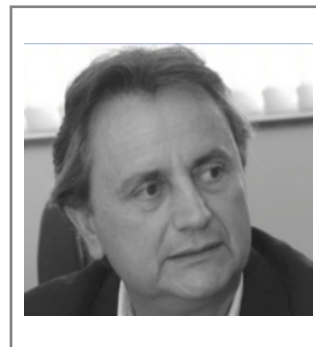
Organização e Funcionamento do SUS

Márcio Augusto Gonçalves

2021

Prof. Márcio Augusto Gonçalves

Ph.D. em Administração, pela Aston University. É professor Associado do Centro de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração (CEPEAD) da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). É coordenador da Rede de Observatório de Custos em Saúde e Líder do Núcleo Observatório de Custos em Saúde (NOCES).



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

G635o Gonçalves, Márcio Augusto
Organização e funcionamento do SUS / Márcio Augusto Gonçalves
– Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC;
[Brasília]: CAPES : UAB, 2014.
98p.

Especialização em Gestão em Saúde
Programa Nacional de Formação em Administração Pública
Inclui referências
ISBN 978-85-7988-243-2

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Saúde Pública – Administração. 3. Serviços de saúde – Aspectos econômicos. 4. Saúde – Custos. 5. Atenção primária à saúde. 6. Educação a distância. I. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Brasil). II. Universidade Aberta do Brasil. III. Título.

CDD 614:35

Catalogação na publicação por: Onélia Silva Guimarães CRB-14/071

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

Márcio Augusto Gonçalves

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



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO_____	7
CAPÍTULO 1 - O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)_____	9
O Sistema Único de Saúde (SUS)	9
O SUS	9
O Processo de Planejamento e Programação em Saúde	14
CAPÍTULO 2 - AS INFORMAÇÕES NO SETOR DA SAÚDE_____	23
As Informações no Setor da Saúde	23
A Informação na Saúde	24
Principais Fontes de Informação	26
Informações Disponibilizadas pelo DATASUS	26
Outras Fontes de Informações em Saúde	30
CAPÍTULO 3 - OS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE_____	33
Os Níveis de Atenção à Saúde	33
Modelos de Atenção	34
A Atenção Básica à Saúde	36
A Média Complexidade no SUS	39
A Alta Complexidade no SUS	40
CAPÍTULO 4 - A GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA DO SUS_____	45
A Gestão Administrativa e Financeira do SUS	45
A Gestão Financeira do SUS	45
Gestão Administrativa do SUS	54
CAPÍTULO 5 - GESTÃO COMPARTILHADA NO SUS_____	67
Gestão Compartilhada no SUS	67
A Gestão do SUS em cada Esfera de Governo	68
Pacto pela Saúde	71
Participação da Comunidade na Gestão do SUS	75
CAPÍTULO 6 - REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE_____	79
Redes de Atenção à Saúde	79
Os Fundamentos das RAS	81
Os Elementos Constitutivos das RAS	81
CONSIDERAÇÕES FINAIS_____	90
REFERÊNCIAS_____	91

ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO SUS

Prof. Márcio Augusto Gonçalves

Apresentação da Disciplina

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a melhor proposta de sistema de saúde do mundo. Esta não é uma afirmação precipitada ou exagerada. Nosso SUS é o melhor sistema de saúde por nele estarem preconizadas a universalidade e a integralidade a todos os cidadãos em território brasileiro e representar, em termos constitucionais, um compromisso do Estado brasileiro com seus cidadãos, sendo uma das políticas de maior inclusão social já implementada no Brasil. A sua organização e o seu funcionamento constituem uma rica área do conhecimento, que nos levará a conhecer a grandeza de sua proposta. Ainda assim, há muito a ser feito para implementarmos de fato todos os princípios dessa proposta.

Podemos considerar que a saúde é um bem de demanda infinita, isto é, quanto mais saúde temos, mais saúde queremos. Por isso, proporcionar o acesso aos serviços de saúde sempre de melhor qualidade deve constar na agenda de compromissos de todos os gestores de Saúde Pública e também dos gestores prestadores de serviços de saúde privada.

A disciplina *Organização e Funcionamento do SUS* integra o módulo específico do Curso de Especialização em Gestão em Saúde e propõe-se a fundamentar a discussão e o conhecimento sobre o SUS. Tem como objetivo específico a compreensão do processo de gestão em saúde, particularmente em serviços de saúde, tomando por referência o arcabouço legal, as diretrizes e o funcionamento do SUS.

Você está convidado a “mergulhar” no universo do SUS, em sua forma de planejamento, sua organização em relação às esferas de governo; e a compreender os principais aspectos relacionados ao seu funcionamento.

Nesta disciplina vamos apresentar, em seis Capítulos, os fundamentos e a organização do SUS, de forma a gerar uma base de conhecimento que possibilite a sua compreensão da complexidade da organização do sistema de atenção à saúde e a subsidiá-lo, gestor de serviços de saúde, para atuar em diferentes cenários da rede de atenção à saúde.

No Capítulo 1, vamos discutir com você sobre o SUS, seus princípios doutrinários e seu processo de planejamento e programação.

No Capítulo 2, vamos abordar os conceitos de informação, dado, conhecimento e informação na saúde, apresentando importantes fontes de dados em saúde, como o DATASUS.

No Capítulo 3, vamos apresentar os diversos níveis de atenção, sendo eles a atenção básica, a de média e a de alta complexidade, especificando as particularidades de cada nível.

No Capítulo 4, dividida em duas seções, vamos analisar a Gestão Financeira e Gestão Administrativa. No primeiro tópico, abordamos a Gestão Financeira do SUS, sua estrutura básica e o financiamento da saúde com base nas abordagens macroeconômica e microeconômica, apresentando suas especificidades. No tópico Gestão Administrativa, apresentamos as funções administrativas, enfatizando a gestão de suprimentos, o controle de estoques, o controle patrimonial, o suporte logístico e a Gestão de Recursos Humanos no SUS.

O Capítulo 5 vai permitir a você o entendimento da gestão do SUS em cada esfera de governo, apresentando as competências de cada ente federado e a participação da comunidade. E o Capítulo 6 vai apresentar os conceitos de Redes de Atenção à Saúde (RAS), enfocando seus fundamentos e elementos constitutivos.

O SUS é um sistema de saúde com particularidades que precisam ser conhecidas pelo profissional da saúde, seja ele gestor de unidade de saúde, de clínica prestadora de serviço ou de hospital. O conhecimento sobre o SUS também é fundamental a todos os que produzem informações de saúde, que alimentam os diversos sistemas de informações disponíveis e que se inter-relacionam, como um pesquisador ou um gerente ou mesmo um gerente de um prestador de produto ou serviço para o SUS (como as empresas de produção de medicamentos e os fornecedores de equipamentos).

O SUS tem uma clientela potencial de quase 200 milhões de pessoas, com acesso gratuito à saúde garantido pela Constituição de 1988. Conforme dados apresentados pelo Ministério da Saúde, 70% da população depende do SUS como único meio de acesso aos serviços de Saúde. Não temos como ficar indiferentes a esses números.

Enfim, esperamos que o conhecimento da organização do SUS acrescente a você, gestor, uma visão da complexidade desse relevante setor, seja por sua importância para a população, seja pelo grande volume de recursos consumidos, seja pelas inter-relações com outros setores econômicos brasileiros.

Também convidamos você a compreender a importância de cada participante desse movimento de melhora na qualidade da saúde, tão necessário atualmente no Brasil. Precisamos entender que não existe um modelo pronto, ideal a ser seguido. Por isso é necessário ampliar a discussão, o conhecimento e o debate, no sentido de garantir o melhor funcionamento e a melhor atenção ao usuário cidadão, que somos todos nós. Este é o seu desafio. Bons estudos!

Professor
Márcio Augusto Gonçalves

CAPÍTULO I

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Prof. Márcio Augusto Gonçalves

Objetivos Específicos de Aprendizagem

Ao final deste Capítulo, você deverá ser capaz de:

- Entender os princípios doutrinários do SUS e sua fundamentação legal;
- Conhecer o processo de planejamento e programação em saúde; e
- Identificar os instrumentos desse planejamento utilizados no SUS.

O Sistema Único de Saúde (SUS)

Prezado estudante,

Iniciamos o nosso primeiro Capítulo convidando você a conhecer o universo de atuação do nosso Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo deste Capítulo é aprofundar o seu conhecimento sobre o SUS, discutindo desde a sua criação, os seus princípios norteadores, como se dá o planejamento das ações em saúde até os instrumentos elaborados para tal. Esse conhecimento básico sobre o SUS é fundamental para o entendimento dos próximos Capítulos.

Por isso, muita atenção, se surgir alguma dúvida, releia o conteúdo e busque esclarecê-la com os materiais complementares e com o tutor no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA). Boa leitura!

O SUS

Nosso estudo quanto à organização e ao funcionamento do SUS inicia com o entendimento da origem desse modelo de saúde pública e de seus princípios e diretrizes estruturadores. Convidamos você a conhecer a história da constituição do SUS no Brasil.

Antes de 1930, os direitos sociais no Brasil não eram reconhecidos. A partir do governo de Getúlio Vargas foi introduzido o direito à assistência médica somente para os trabalhadores urbanos com carteira assinada.

Assim, os direitos sociais estavam atrelados a vinculação profissional. Nesse período foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP).

O Sistema Nacional de Saúde implantado no Brasil no período militar (1964-1984) caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde. Em 1966, os IAPs foram unificados ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). As reformas institucionais implantadas no governo militar afetaram profundamente a saúde pública e a medicina previdenciária (Brasil, 2011). Em 1977 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) em um contexto de contradições do sistema previdenciário, devido a ampliação progressiva da cobertura e pelas dificuldades de reduzir os custos da atenção médica no modelo curativo e privatista vigente.

Somente na década de 1980, com a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) e dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) que a ideia da saúde como direito começa a ganhar corpo.

Na 8ª. Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi aprovado o projeto democrático de reforma sanitária voltado para a universalização do acesso, equidade no atendimento, integralidade da atenção, descentralização, regionalização, hierarquização da rede de serviços e participação da comunidade. Assim em 1988, foi elaborado a Constituição Federal do país, também conhecida como Constituição Cidadã, representou o direito ao acesso universal e igualitário aos serviços de saúde e o processo de democratização da saúde.

Vale ressaltar que antes da criação do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, como campanhas de vacinação e controle de endemias. A atuação do setor público na chamada assistência médico-hospitalar era prestada por intermédio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social, e a Assistência à Saúde desenvolvida beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, segurados do INPS e seus dependentes, não tendo caráter universal (SOUZA, 2002apud Brasil, 2011).

A Constituição Cidadã passa a definir que

“[...] saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Corroborando com o definido na Constituição de 1988 (CF/88), a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, tanto fundamenta a proposta de

saúde como direito de todos quanto regulamenta o SUS em seu artigo 4º como o:

[...] conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público [...] (BRASIL, 1990a).

A Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e, posteriormente, o Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, também fundamentam os princípios definidos na CF/88, estabelecendo a organização do SUS, o planejamento da assistência à Saúde Pública no Brasil e a **articulação interfederativa**, com a criação das **Regiões de Saúde**. Cada região deve oferecer serviços de atenção primária, urgência e emergência, atendimento psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, além de vigilância em saúde (BRASIL, 2011d).

SAIBA MAIS

A articulação interfederativa refere-se à articulação entre os entes da federação, isto é, compartilhada pela União, Estados e municípios. O Decreto n. 7.508/11, Capítulo II, Seção I, define que a assistência à saúde será prestada por Regiões de Saúde, as quais serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) a que se refere o inciso I do artigo 30. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 20 set. 2021.

O SUS agrega todos os serviços estatais das esferas federal, estadual e municipal e os serviços privados (desde que contratados ou conveniados). A Lei n. 8.080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Além disso, como dito, regulamenta praticamente todo o sistema de saúde: disposições gerais e preliminares, objetivos e atribuições, princípios e diretrizes, organização, direção e gestão, competências e atribuições, serviços privados de assistência à saúde (funcionamento e participação complementar), recursos humanos, financiamento (dos recursos, da gestão financeira, do planejamento e do orçamento) e, finalmente, das disposições transitórias (BRASIL, 1990a).

Inicia-se, assim, um sistema de atenção que oferece assistência desde a prevenção até a recuperação da saúde, tendo como única exigência que o usuário seja cidadão brasileiro.

Agora vamos detalhar os princípios reguladores estabelecidos em lei que fundamentam o SUS.

Os princípios do SUS, regulamentados pela CF/88, são divididos em dois grupos: o primeiro é composto de três princípios doutrinários – que asseguram a identidade do SUS e seus objetivos, conforme determinado pela CF/88; e o segundo grupo é composto de quatro princípios organizativos.

Princípios Doutrinários do SUS

Os princípios doutrinários do SUS, como dito, asseguram a identidade do sistema e seus objetivos, conforme determinado pela CF/88. São eles:

- **universalidade:** prevê o acesso universal e igualitário a todos os cidadãos. Esse princípio significa simplesmente que o SUS deve ser gratuito e acessível a qualquer pessoa que dele precise, independentemente de contribuição previdenciária;
- **integralidade:** prevê que o SUS deve prover um conjunto de ações voltadas para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação. Esse princípio faz com que o foco do sistema de saúde não se restrinja somente ao indivíduo, mas também abarque a coletividade à qual ele pertence, prevendo assistência de forma integral; e
- **equidade:** prevê o oferecimento de igualdade de condições ao cidadão, isto é, o reconhecimento de que as condições econômicas, sociais e de saúde das pessoas são desiguais e, por isso, é preciso investir mais em indivíduos e comunidades que estejam em piores condições.

Perceba que os princípios doutrinários do SUS são a base do seu funcionamento; porém, muito ainda deve ser feito para que sejam efetivamente uma realidade para o cidadão brasileiro.

Princípios Organizativos do SUS

Os princípios organizativos se referem aos meios utilizados para atingir os fins determinados pelos princípios doutrinários. O segundo grupo de princípios diz respeito à organização do sistema de saúde (CARVALHO, 2007)

- **regionalização e hierarquização:** diz respeito a forma de organização dos estabelecimentos entre si e com a população usuária. A regionalização dos serviços pressupõe a delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, levando em consideração a divisão político-administrativa do país, mas contemplando a delimitação dos espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde. A hierarquização dos serviços refere-se à possibilidade de organização das unidades de acordo com o grau de densidade tecnológica dos serviços, ou seja, a instituição de uma rede que articula as unidades de menor densidade tecnológica às unidades com maior densidade

tecnológica, por meio de um sistema de referência e contrarreferência de usuários e de informações (Teixeira *et al*, 2014);

- **participação social:** a participação da comunidade está garantida nas questões do SUS por meio dos Conselhos e das Conferências de Saúde, divididos em segmentos de acordo com a natureza de sua inserção no sistema de saúde (usuários, gestores e trabalhadores). Esses segmentos, por lidarem diretamente com questões relativas à saúde da comunidade e por conhecerem as necessidades locais, devem ter voz ativa na formulação das políticas locais e na fiscalização de sua execução (o que é garantido no nível municipal pelos Conselhos Municipais de Saúde e pelas Conferências Municipais de Saúde). A participação da comunidade é uma diretriz do SUS assegurada pelo artigo 198 da CF/88 e regulamentada pela Lei n. 8.142/90.

O SUS pode ser também apresentado pelos seus pressupostos, conforme o *Manual Básico de Gestão Financeira do SUS*. As diretrizes vão definir a orientação que o SUS deve seguir, ou seja, os critérios de conduta; e os pressupostos são as hipóteses preestabelecidas para essa condução. A Figura 1 apresenta as diretrizes e pressupostos do SUS.



Em suma, podemos apresentar os princípios do SUS da seguinte forma:

- **essencialidade:** a saúde como direito fundamental do cidadão e dever do Estado;
- **universalização:** a saúde como direito de todos;
- **integração:** a participação conjunta e articulada das três esferas de governo no planejamento, financiamento e execução;

- **regionalização:** o cidadão tem o município como referência e deve ser atendido o mais próximo possível de sua residência;
- **diferenciação:** representa que cada ente – União, Estados e municípios – tem autonomia na gestão e características distintas de prestação de serviço;
- **autonomia:** cada esfera de governo tem independência para gerir seus recursos;
- **planejamento:** representa que os recursos da saúde devem estar previstos e devem fazer parte do orçamento da Seguridade Social nas três esferas de governo;
- **financiamento:** garantido com recursos das três esferas de governo; e
- **controle:** controle das ações e dos serviços de saúde.

O Processo de Planejamento e Programação em Saúde

Você já ouviu falar no Sistema de Planejamento do SUS? Quando da elaboração do Plano Nacional de Saúde em 2004–2007, ficou evidente a necessidade de se construir um sistema de planejamento que definisse e aperfeiçoasse as bases organizacionais e o funcionamento do SUS. Em 2005 e 2006 foram realizadas oficinas macrorregionais com dirigentes e técnicos atuantes na área de planejamento nas três esferas do SUS. O produto dessas oficinas e discussões se constituiu no Sistema de Planejamento do SUS – conhecido como **PlanejaSUS** (BRASIL, 2009c).

SAIBA MAIS

Conheça a íntegra do texto Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS_livro_1a6.pdf>. Acesso em: 15 out. 2021.

Sistema de Planejamento do SUS

O PlanejaSUS objetiva dotar os gestores, segundo as especificidades de cada esfera, do planejamento necessário para ofertar ações e serviços aptos a promover, proteger e recuperar a saúde da população: “Define-se como Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS.” (BRASIL, 2009c).

Os pontos prioritários desse sistema, segundo o item 4, da Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006, são:

- adotar as necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS;

- integrar os instrumentos de planejamento tanto dentro do contexto de cada esfera de gestão quanto no contexto do SUS em sua totalidade;
- institucionalizar o fortalecimento do PlanejaSUS;
- adotar o processo de planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS;
- revisar e adotar um rol de instrumentos de planejamento – como planos, relatórios e programações – a ser utilizado pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a esse processo e instrumentos dele resultantes; e
- realizar cooperação entre as três esferas de gestão, com a finalidade de fortalecer e de garantir a equidade do processo de planejamento no SUS (BRASIL, 2006b).

O processo de planejamento do SUS se fundamenta em um grande arcabouço legal, direcionando normas para processos, métodos de formulação e requisitos para fins de repasse financeiro. Vejamos as principais contribuições para nosso conteúdo:

- Lei n. 8.080/90 – estabelece que a elaboração do planejamento é de responsabilidade da direção nacional do SUS; porém o processo de planejamento e orçamento do SUS deve ser ascendente, isto é, deve ser realizado do nível local ao federal.
- Lei n. 8.142/90 – estabelece os requisitos para o recebimento dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde, de forma controlada e em conformidade com a programação acordada e aprovada.
- Portaria n. 399/06 – define o **Pacto pela Saúde** e o Pacto de Gestão, os quais apresentam importante normatização do planejamento do SUS em diversas áreas de atuação e responsabilização por cada ente federativo.
- Portaria n. 2.135, de 25 de setembro de 2013 - Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS.

SAIBA MAIS

O Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em razão das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. E o Pacto de Gestão objetiva consolidar o processo de descentralização na perspectiva da solidariedade e da autonomia dos entes federados (BRASIL, 2009a).

Além dos itens mencionados, existem outros instrumentos que precisam estar alinhados com o Plano de Saúde, como o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual. E todos devem guardar a uniformidade de objetivos, diretrizes e metas.

Para aplicação de ferramentas de planejamento e programação, nosso cenário em saúde é desafiador. Isso por prever o processo ascendente de planejamento, isto é, ter como base o planejamento de cada município, que fundamenta o planejamento dos Estados, que, por sua vez, fundamenta o planejamento do Governo Federal.

***Esse processo é complexo por diversos motivos.
Entenda o porquê a seguir.***

A grande maioria dos municípios brasileiros (90%) tem menos de 50 mil habitantes, e 48% possuem menos de 10 mil. Para fazer o planejamento do SUS são necessários recursos humanos qualificados e em número suficiente nos municípios, nos Estados e no Governo Federal. Além disso, são necessários conhecimentos do funcionamento do SUS e de técnicas e métodos para elaboração do planejamento.

O PlanejaSUS não envolve uma forma de subordinação entre as áreas de planejamento das três esferas de governo e deve ser resultante de pactos, com observância no papel específico de cada esfera, de necessidades e realidades sanitárias. A promoção da participação social e a busca da intensificação da articulação intra e intersetorial também são necessárias.

Da formulação de instrumentos básicos para o processo de planejamento devem constar: pactuar diretrizes, formular metodologias unificadas e modelos de instrumentos básicos do processo de planejamento, implementar e difundir a cultura de planejamento, promover a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS e monitorar e avaliar o processo de planejamento das ações e dos resultados, contribuindo para a transparência e o fortalecimento do PlanejaSUS.

Objetivos do PlanejaSUS

***Agora que já conhecemos a proposta de planejamento do SUS,
vamos estudar seus objetivos.***

Os objetivos do PlanejaSUS referem-se às três esferas de gestão do SUS:

- proporcionar fundamentação aos gestores para formular as propostas e pactuar as diretrizes gerais do processo de planejamento no âmbito do SUS;
- propor as metodologias e os modelos para os instrumentos básicos do processo de planejamento que sejam adaptáveis às particularidades de cada esfera administrativa;

- proporcionar apoio à implementação de instrumentos de planejamento que permitam planejar, monitorar e avaliar as três esferas de gestão do SUS e que sirvam de parâmetro mínimo para o processo de monitoramento, avaliação e regulação do SUS;
- proporcionar a institucionalização, possibilitando o fortalecimento e o reconhecimento das áreas de planejamento no âmbito do SUS, como instrumento estratégico de gestão do SUS, nas três esferas de governo;
- apoiar a avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao funcionamento do SUS, provendo os gestores de informações que permitam o seu aperfeiçoamento e/ou redirecionamento;
- implementar e difundir uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS nas três esferas de governo, com vistas a subsidiar a tomada de decisão por parte de seus gestores;
- promover a educação permanente em planejamento para os profissionais que atuam neste âmbito no SUS;
- promover a eficiência dos processos compartilhados de planejamento e a eficácia dos resultados;
- incentivar a participação social como elemento essencial dos processos de planejamento;
- promover a análise e a formulação de propostas destinadas a adequar o arcabouço legal no tocante ao planejamento no SUS;
- implementar uma rede de cooperação entre os três entes federados que permita amplo compartilhamento de informações e experiências;
- identificar, sistematizar e divulgar informações e resultados decorrentes das experiências em planejamento, sobretudo no âmbito das três esferas de gestão do SUS, assim como da produção científica;
- fomentar e promover a intersetorialidade no processo de planejamento do SUS;
- promover a integração do ciclo de planejamento e gestão no âmbito do SUS, nas três esferas de governo;
- monitorar, avaliar e manter atualizados o processo de planejamento e as ações implementadas, divulgando os resultados alcançados de modo a fortalecer o PlanejaSUS e a contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS;
- promover a adequação, a integração e a compatibilização entre os instrumentos de planejamento do SUS e os de governo;

- promover a discussão visando ao estabelecimento de política de informação em saúde; e
- promover a discussão e a inclusão do planejamento na proposta de planos de carreira, cargo e salários do SUS.

Instrumentos de Planejamento no SUS

O que significa planejamento para você?

Planejar implica mobilizar recursos e vontades para que as propostas se concretizem e os objetivos sejam atingidos (BRASIL, 2009c). Para o funcionamento do PlanejaSUS são utilizados os seguintes instrumentos de planejamento, aplicáveis às três esferas de gestão:

- Plano de Saúde.
- Programações Anuais de Saúde.
- Relatórios Anuais de Gestão.

Podemos compreender esses instrumentos seguindo a lógica dos três instrumentos de planejamento: o Planejamento do que será feito, a Programação anual do que se pretende fazer e o relatório do que foi efetivamente feito. Com maior detalhamento, os instrumentos de planejamento devem ser ferramentas que visem a promover, proteger e recuperar a saúde da população.

O Plano de Saúde (PS)

O Plano é um instrumento que apresenta as intenções e os resultados a serem buscados, a partir de uma **análise situacional***, isto é, do que foi percebido como ações prioritárias e necessárias para o período de quatro anos, contendo os objetivos, as diretrizes e as metas, no âmbito do SUS. O último ano de vigência do Plano é o primeiro ano de um novo governo.

SAIBA MAIS

***Análise Situacional** – consiste no processo de identificação, formulação e priorização de problemas de uma determinada realidade. O objetivo da análise situacional é permitir a identificação dos problemas e orientar a definição das medidas a serem adotadas. No âmbito do planejamento em saúde, entende-se como problema uma situação que se afasta, negativamente, de um estado desejado. Por exemplo: uma taxa de mortalidade infantil que supere os valores esperados em razão dos conhecimentos e das técnicas disponíveis. Fonte: Brasil (2009c).

A construção do Plano de Saúde é feita de forma ascendente – o Plano Estadual deve refletir as necessidades e o planejamento dos municípios, e o Plano Nacional deve atender às prioridades definidas pelos Estados. Isso significa que as particularidades das diferentes realidades devem estar refletidas no Plano de Saúde. Esse instrumento de planejamento comporta adaptações que se fizerem necessárias, em cada esfera de gestão, em consonância com a política nacional de saúde. Esse critério visa a assegurar aos usuários a participação social.

Assim o **Plano de Saúde** deve conter:

- **objetivos:** expressam o que se pretende fazer, com a finalidade de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados na análise situacional;
- **diretrizes:** são formulações que indicam linhas de ação a serem seguidas. São expressas de forma objetiva e visam a delimitar a estratégia geral e as prioridades do Plano de Saúde; e
- **metas:** são expressões quantitativas de um objetivo e quem irá realizá-lo em razão do tempo – “o que”, “para quem”, “quando”.

SAIBA MAIS

Para conhecer a íntegra do Plano de Saúde 2020-2023, acesse: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf>. Acesso em: 30 out. 2021.

Após essas etapas, há o desmembramento em ações, metas anuais e recursos financeiros, identificando quais são as áreas responsáveis pela execução. Além desses elementos, o PS deve apresentar os indicadores, que “[...] é um índice que reflete uma situação determinada, a partir da relação entre variáveis, que permite medir mudanças e determinar o grau de cumprimento de metas.” (BRASIL, 2009c, p. 28).

O Plano de Saúde norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante à saúde. Cabe ressaltar que o Plano Plurianual (PPA) deve ser compatível com o Plano de Saúde em cada esfera de governo.

Programação Anual de Saúde (PAS)

“A Programação de Saúde é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde.” (BRASIL, 2009c, p. 19)

Nesse instrumento de planejamento, os objetivos, as diretrizes e as metas apresentados no PS são detalhados em ações, metas anuais e recursos financeiros, identificando quais são as áreas responsáveis pela execução. Ou seja, a PAS representa o conjunto de iniciativas a serem implementadas para uma esfera de gestão, no ano específico (BRASIL, 2013).

A Programação pode ser compreendida como um processo estabelecido no âmbito do SUS, derivado da definição, negociação e formalização dos pactos entre gestores.

A PAS apresenta um horizonte temporal que coincide com o período determinado para o exercício orçamentário e possui como bases legais para a sua concepção a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual.

Relatório Anual de Gestão

O Relatório Anual de Gestão é o instrumento de planejamento que apresenta os resultados quantitativos e qualitativos da PAS. Ao final do ano de gestão são realizadas a avaliação e a descrição dos resultados que foram efetivamente alcançados, como também a evidenciação dos obstáculos que dificultaram a execução. Os resultados apresentados nesse relatório servem como base para a elaboração do novo PS, com a possibilidade de inserir novas propostas e desafios; contudo, fundamentadas nos objetivos, nas diretrizes e nas metas do Plano de Saúde.

Os Relatórios Anuais de Gestão são de suma importância, pois expressam a avaliação contínua da aplicação do PNS; para tal, o primeiro deve ter estreita relação com os eixos direcionadores de ações do segundo.

O RAG é a principal ferramenta para auxiliar o processo de monitoramento e avaliação da gestão e deve ser apreciado e aprovado pelo Conselho de Saúde.

TEXTO COMPLEMENTAR

Caso deseje ampliar seu conhecimento ou necessite de mais esclarecimentos, relacionamos importantes referências bibliográficas fornecidas pelo Ministério da Saúde que fundamentam os conceitos apresentados neste Capítulo.

- *Biblioteca do Conselho Nacional de Saúde* – manuais técnicos, textos de referência e publicações avulsas. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/index.htm>>. Acesso: em 16 out. 2021.
- *Constituição da República Federativa do Brasil* – Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 16 out. 2021.
- *Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde* – Disponível em: <

[-nordeste/hulw-ufpb/aceso-a-informacao/programas-e-projetos/carta-dos-direitos-dos-usuarios-da-saude.pdf](#)>. Acesso em: 16 out. 2021.

- *Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS):* uma construção coletiva – trajetória e operacionalização. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS_livro_1a6.pdf>. Acesso em 16 de outubro de 2021.

Resumindo

Neste Capítulo, iniciamos nossa trajetória de compreensão do SUS estudando desde as fases anteriores à sua criação até a sua organização. Para tal, apresentamos os princípios que lhe servem de base, como os doutrinários de universalidade, integralidade e equidade, e os organizacionais de regionalização, hierarquização, descentralização, municipalização e participação social. Também apresentamos as principais ferramentas de gestão do sistema: o Plano de Saúde, que apresenta os objetivos e as metas para o período de quatro anos; as PAS, que apresentam as metas e os recursos para a execução do planejamento no período de um ano; e os Relatórios Anuais de Gestão, que apresentam, após a execução do planejamento, como foram realizadas as ações.

Reforçamos, em alguns momentos, que o processo de planejamento e orçamento do SUS deve ser ascendente, ou seja, atender do nível local ao federal de tal forma que a política de saúde seja compatível com a disponibilização dos recursos nos três níveis de gestão. Isso é muito importante.

Compreendemos, ainda, que qualquer planejamento precisa de fundamentação, informações confiáveis e entendimento do funcionamento do setor para que as ações sejam efetivas.

No próximo Capítulo, vamos estudar os recursos, processos, resultados e levantamentos importantes para o funcionamento de um bom sistema de informação.

ATIVIDADES

Se você compreendeu plenamente o conteúdo deste Capítulo, não terá dificuldade para responder às questões a seguir. Se, eventualmente, restar dúvida, volte, releia o Capítulo ou procure dirimi-la com seu tutor.

1. Identifique e contextualize os principais avanços e dificuldades dos princípios do SUS para implementação do sistema de saúde.
2. Descreva como é feito o planejamento do SUS, apresentando algumas características importantes.
3. Quais os instrumentos de planejamento do SUS?
4. Descreva o que é o PlanejaSUS.
5. Sabemos que planejar implica mobilizar recursos e vontades para que propostas sejam concretizadas e objetivos sejam atingidos. Nesse contexto, o Plano de Saúde representa a formalização de objetivos, diretrizes e metas almejadas; a PAS realiza o desmembramento do Plano em ações, metas e recursos financeiros e identifica a área responsável pela sua realização; e o Relatório Anual de Gestão apresenta os resultados das ações.

Levando em consideração essas etapas e simulando a seguinte situação: você é o gestor responsável pela elaboração do planejamento do Plano de Saúde; como você administraria essa situação? Quais ferramentas utilizaria? Quais informações seriam base para elaboração do Plano? Quais outras ferramentas e tecnologias em gestão você utilizaria?

CAPÍTULO II

AS INFORMAÇÕES NO
SETOR DA SAÚDE

Prof. Márcio Augusto Gonçalves

Objetivos Específicos de Aprendizagem

Ao finalizar este Capítulo, você deverá ser capaz de:

- Compreender os conceitos de dado, informação e conhecimento;
- Conhecer as principais bases de informações da saúde no Brasil; e
- Entender o uso da informação em saúde no processo de decisão e análise de resultados.

As Informações no Setor da Saúde

Prezado estudante,

Este Capítulo tem como objetivo apresentar o conceito de dado, informação e conhecimento, as principais bases de dados disponibilizadas pelo SUS e a Política de Informações em Saúde. É necessário que você leia este conteúdo com atenção, buscando seu pleno entendimento. Para ampliar e dinamizar seu aprendizado, leia os materiais complementares – textos e indicações de sítios – sugeridos ao longo do Capítulo. Além dessa ação, realize as atividades indicadas ao seu final. Em caso de dúvida, conte conosco, pois estamos aqui para auxiliá-lo neste processo de construção do conhecimento e no desenvolvimento de habilidades que caracterizarão seu novo perfil profissional ao final deste curso. Portanto, aproveite e bons estudos!

Vamos iniciar este estudo apresentando os conceitos de dado, informação e conhecimento para que possamos determinar seu uso no setor saúde.

Dados se são elementos mais próximos da realidade **empírica*** e constituem na “matéria-prima” para as informações da informação, ou melhor, é a informação não tratada que ainda não apresenta relevância. Por sua vez, a informação pode ser definida como a combinação, estruturação e análise desses dados produzindo conhecimento pertinente. Conhecimento, portanto, é a informação processada e transformada em experiência pelo indivíduo (Silva, 2004). Informações são insumos no

processo decisório e são transmitidas e recebidas por elementos em uma rede de comunicações; são conteúdos de uma mensagem comunicada a um receptor; e possuem qualidades intrínsecas – associadas à sua portabilidade e aplicabilidade, e extrínsecas – associadas aos receptores. Entre as propriedades da informação, sem dúvida, a mais importante está vinculada ao receptor. As informações são também insumos para a criação de conhecimento.

SAIBA MAIS

***Empírico** – baseado na experiência e na observação, metódicas ou não. Fonte: Houaiss (2009).

Nos dias de hoje muito falamos de **informação**, mas nem sempre aprofundamos nosso **conhecimento** sobre o que é efetivamente e como a utilizamos. Na sociedade globalizada atual, entendemos que a informação, baseada em tecnologias de comunicação e processamento, é insumo vital à qualidade do processo decisório como recurso-chave das organizações.

É de conhecimento geral que a modernização das tecnologias da informação proporcionou o crescimento de informações, tanto em volume quanto em acesso. Porém, para a utilização de informação nas organizações, especialmente no setor de saúde, no âmbito do SUS, é necessária uma percepção dos conhecimentos dela provenientes, de forma a subsidiar os processos decisórios estratégicos, gerenciais e operacionais.

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são instrumentos utilizados para processar os dados e produzir a informação (Santos *et al*, 2017). Segundo a OMS, o SIS é um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se organizar e operar os serviços de saúde e, também, para a investigação e o planejamento com vistas ao controle de doenças.

As informações de saúde são essenciais para estudos epidemiológicos, para análises de demanda por serviços e para fundamentar políticas de saúde.

A Informação na Saúde

A importância da informação já é discurso comum atualmente, considerando-se a quantidade e a facilidade de acesso a ela de diversas formas e em diversas situações, não é verdade? Essa assertiva nos acompanhará no entendimento da informação na saúde. Confira a seguir.

Existem no Brasil diversos Sistemas de Informações em Saúde voltados à gerência de redes de serviços, à investigação, ao controle de doenças e à operação de estabelecimentos assistenciais. As informações em saúde no Brasil são processadas por diversas instituições, num proces-

so de inter-relação entre elas, compreendendo variados mecanismos de gestão e financiamento, conforme apresentado pela **Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA)** (RIPSA, 2014). A construção das informações envolve diversas estruturas governamentais nos três níveis de gestão do SUS, além de envolver outros órgãos, como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); e outros setores da Administração Pública, como institutos de pesquisa, associações de categorias profissionais ou funcionais e organizações não governamentais (ONGs).

SAIBA MAIS

O RIPSA tem como coordenador-geral o Secretário Executivo do Ministério da Saúde e é composto de 40 entidades de representação técnica e científica nacionais na produção e na análise de dados, como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

O Ministério da Saúde desenvolveu nas últimas décadas importantes sistemas nacionais de informação informatizados que permitiram avançar na disseminação eletrônica de dados representativos na área de saúde, como número de nascimentos e óbitos, de **doenças de notificação compulsória**, como número e tipo de atendimentos hospitalares e ambulatoriais; de informações sobre atenção básica e orçamentos públicos em saúde, entre outros. A disponibilidade desses dados tem motivado sua crescente utilização nas instituições de ensino de saúde pública. Informações adicionais também têm resultado de estudos amostrais sobre temas específicos de saúde.

SAIBA MAIS

São doenças ou agravos à saúde que devem ser notificados à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou por qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de controle pertinentes (BRASIL, 2009a).

A necessidade de padronização dos procedimentos e de obtenção e tratamento dos dados, ou até mesmo a inexistência de informações em muitos municípios brasileiros, fez com que o Ministério da Saúde buscasse a adoção de aplicativos desenvolvidos internamente. São sistemas de informações nacionais utilizados em todas as esferas de gestão do SUS e de alimentação obrigatória. Apesar de todos esses sistemas serem subordinados ao Ministério da Saúde, muitos mantêm diferenças em sua concepção, por terem sido desenvolvidos em épocas e equipes técnicas distintas. A possibilidade de integrá-los é um sonho antigo do Ministério (BRASIL, 2011d).

Utilizar intensamente a informação na gestão da saúde é, o que cada vez mais, o que confere o diferencial na qualificação qualidade do processo decisório. faz parte da Política Nacional de Informação.

A Política Nacional de Informação em Saúde é definida num fórum tripartite e contempla a gestão, a capacitação, o desenvolvimento tecnológico e a qualidade da informação em todos os níveis do SUS. Também é importante lembrar a estratégia de compromisso com a democratização e a transparência. A sociedade brasileira tem o direito de acessar as informações em saúde e participar das decisões sobre o seu funcionamento (BRASIL, 2011c).

Principais Fontes de Informação

A produção e a disseminação de informações em saúde vêm sendo processadas em um contexto fragmentado e fragmentador, com informações geradas de modo desarticulado por vários órgãos/setores/instituições. Por isso, o grande desafio é buscar a intersetorialidade e superar essa fragmentação da informação. Com esse objetivo, foi criada a RIPSA, formalizada em 1996.

Diversas são as informações intersetoriais que se complementam e influenciam o seu melhor aproveitamento pelos gestores do sistema de saúde. Apesar da ampliação do acesso às informações e da quantidade de informações, o desenvolvimento qualitativo dos sistemas de informação e a sua análise nem sempre orientam a gestão de políticas de saúde. Conforme apresentado pela RIPSA (2014), é necessário melhorar a articulação das instituições atuantes na área de informações, bem como utilizar de maneira mais efetiva a massa crítica nacional de profissionais capacitados.

A informação em saúde é uma área estratégica para o conhecimento do funcionamento do SUS, pois possibilita a análise do perfil dos pacientes, dos indicadores de saúde, da produção de serviços do SUS e da gestão dos recursos. Algumas bases de dados estão aqui apresentadas dada a sua importância no setor de saúde.

O Ministério da Saúde está no processo de construção da Política de Informação e Informática em Saúde, que visa à integração das informações disponíveis e à melhoria no acesso e incentivo aos registros eletrônicos e ao uso das informações de saúde, entre outros.

Informações Disponibilizadas pelo DATASUS

O Departamento de Informática do SUS (DATASUS), do Ministério da Saúde, é responsável por disponibilizar informações que podem servir para fundamentar análises objetivas da situação da população que repre-

sentem ferramentas de evidência nas tomadas de decisão e elaboração de programas de ações de saúde (BRASIL, 2014a).

Conforme apresentado no Portal da Saúde (BRASIL, 2014b), medir o estado de saúde da população é uma tradição em saúde pública. Os primeiros dados coletados de forma sistematizada foram dados de mortalidade e de sobrevivência no controle das doenças infecciosas. A análise da situação de saúde é essencial para informar a tomada de decisão dos gestores, nas diversas esferas de governo, visto que traz evidências relevantes para o esclarecimento de pontos fundamentais à ação.

É imprescindível, portanto, que os dados sejam fidedignos e completos. Os dados considerados importantes para a análise de situação de saúde são inúmeros e de fontes diversas. Entre eles podemos citar os dados sobre a população (número de habitantes, idade, sexo, etc), os dados ambientais (poluição, abastecimento de água, entre outros), os dados socioeconômicos (renda, ocupação, classe social, condições de moradia, etc), os dados sobre serviços de saúde (hospitais, ambulatórios, unidades de saúde, acesso aos serviços), os dados de morbidade e os eventos vitais (óbitos, nascimentos vivos e mortos, principalmente) (CONASS, 2011).

Veremos, a seguir, os principais dados e informações disponibilizados no site do DATASUS.

O DATASUS disponibiliza o banco de dados, que pode ser consultado com informações mensais de produção, e informa as configurações mínimas necessárias para gerar os dados por ele disponibilizados. Além das informações de produção por prestadores, são disponibilizadas as informações de saúde, tais como indicadores de saúde, indicadores de assistência e indicadores financeiros.

Importante lembrar que algumas bases de dados são de alimentação obrigatória por serem de grande importância para a saúde pública e base da geração de indicadores para avaliação das condições de saúde da população. O Quadro 1 apresenta as bases de dados de alimentação obrigatória e as penalidades previstas pelo seu descumprimento. Apesar de haver muito questionamento sobre a qualidade das informações prestadas, a diversidade e o volume expressivo dessas informações fazem com que essas bases sejam um recurso de valor incalculável para o planejamento e a gestão, reconhecido por profissionais e por organismos internacionais (BRASIL, 2011d).

Sistemas de Informação	Descrição	Penalidade
Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS)	videncia os procedimentos ambulatoriais prestados, dotando o gestor de instrumentos rápidos e confiáveis para a organização da rede de Serviços Ambulatoriais e de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapia (SADT) e as estruturas estaduais e municipais das Secretarias de Saúde de informações para decisões gerenciais imediatas.	Suspensão da transferência do Bloco de financiamento da Atenção Básica nos casos da não-alimentação por dois meses consecutivos ou três meses alternados.
Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)	Informações epidemiológicas e morbidade são informações sobre doenças de notificação compulsória, dados nutricionais e outros agravos.	Suspensão da transferência do Componente de Vigilância e Promoção do Bloco de Financiamento da Vigilância em Saúde nos casos da não alimentação por dois meses consecutivos.
Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI)	Objetiva propiciar aos gestores fundamentação para avaliação dinâmica do risco quanto à ocorrência de surtos ou epidemias. Essa análise é feita a partir do registro das imunizações aplicadas e do quantitativo populacional vacinado, agregados por faixa etária e por período de tempo, em uma área geográfica. Além disso, possibilita o controle do estoque de insumos e são base para programação de sua aquisição e distribuição (BRASIL, 2014a).	Suspensão da transferência do Bloco de Financiamento da Atenção Básica nos casos da não-alimentação por dois meses consecutivos ou três meses alterandos.
Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)	Apresenta o cadastro de estatísticas vitais no qual são incluídas informações de todos os nascimentos vivos.	A manutenção do repasse dos recursos do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde do Bloco de Financiamento em Saúde condicionada à sua alimentação regular conforme regulamentação específica deste Sistema.
Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)	Representa a unificação de mais de 40 modelos de instrumentos utilizados, ao longo dos anos, para coletar dados sobre mortalidade no País. A partir da causa mortis atestada pelo médico, permite-se construir indicadores e processar análises epidemiológicas utilizadas na gestão em saúde (BRASIL, 2014a).	Suspensão da transferência do Componente de Vigilância e Promoção do Bloco de Financiamento da Vigilância em Saúde de caso não ocorra transferência dentro do quantitativo esperado dos dados das Declarações de Óbitos para o módulo nacional do SIM no prazo de até 60 (sessenta) dias após o encerramento do Mês de ocorrência dos óbitos.
Sistema de Informação Hospitalares do SUS (SIH-SUS)	Evidencia o atendimento hospitalar. Foi concebido como artifício para operar o pagamento das internações e para instrumentalizar ações de controle e auditoria (CARVALHO, 2007).	Suspensão da transferência do Bloco de financiamento da Média e Alta Complexidade nos casos da não alimentação por dois meses consecutivos ou três meses alternados.
Sistema de Informação do Câncer de Colo do Útero (SISCOLO)	Subsistemas do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) utilizados para cadastrar os exames citopatológicos e histopatológicos do colo do útero e mama, e também mamografia, no âmbito do SUS.	Suspensão do pagamento dos procedimentos referentes à citopatologia, à histopatologia e ao controle de qualidade (ambulatoriais, informados no SIA-SUS).

Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (SISMAMA)	Subsistema de informação do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) para monitoramento das ações de detecção precoce do câncer de mama.	Faturamento dos procedimentos referentes à mamografia bilateral, exame citopatológico de mama, exame anatomopatológico de mama – biópsia e exame anatomopatológico de mama – peça cirúrgica, vinculado à prestação de informações de cadastro e de laudo.
Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)	Cadastro atualizado de dados dos estabelecimentos de saúde, hospitais e ambulatórios, das redes pública e privada, nas três esferas de governo, possibilitando a avaliação e o acompanhamento do perfil da capacidade instalada e o potencial do atendimento à população.	Suspensão da transferência do PAB e MAC nos casos de não alimentação por três meses consecutivos.
Cadastro do Cartão Nacional de Saúde (CNS/Cadus)	O cadastramento consiste no processo por meio do qual são identificados os usuários do SUS e seus domicílios de residência.	Suspensão do pagamento dos procedimentos vinculados pela Portaria n.174, de 11 de março de 2004.
Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)	Apresenta a tabulação de dados sobre os orçamentos públicos relativos ao SUS declarados pelos Estados, Distrito Federal e municípios.	Suspensão das transferências constitucionais e suspensão das transferências voluntárias.

Quadro 1 – Bases de dados de alimentação obrigatória e penalidades previstas pelo seu descumprimento
Fonte: CONASS 2011.

O SIASUS e o SIH-SUS são os sistemas básicos de informação para o pagamento de faturas de produção de serviços (BRASIL, 2007). Esses sistemas têm como base o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP) (BRASIL, 2011h).

O SIGTAP é uma ferramenta para consulta de todos os procedimentos que podem ser realizados no âmbito ambulatorial e hospitalar do SUS. Apresenta, de forma sintética, a descrição dos aspectos operacionais fundamentais e relevantes de cada procedimento, inclusive os valores mínimos a serem pagos para cada procedimento. Também apresenta os atributos exigidos durante o processamento dos sistemas de produção.

Os atributos, por sua vez, são características inerentes aos procedimentos constantes da Tabela do SUS, necessários para operacionalizar o processamento dos sistemas de produção ambulatorial e hospitalar, e estão relacionados: diretamente ao próprio procedimento; ao estabelecimento de saúde por meio do CNES; ao usuário do SUS; e à forma de financiamento definida nas políticas de saúde do SUS. Esses sistemas são de grande importância para conhecermos a produção de serviços dos prestadores e para outras informações de saúde da população.

Informações Financeiras

As informações financeiras disponibilizadas pelo DATASUS são aquelas referentes aos recursos, aos financiamentos da saúde. São importante fonte de informação para subsídio de políticas de saúde e acompanha-

mento dos recursos consumidos no sistema de saúde. As principais informações são, conforme apresentado pelo DATASUS (BRASIL, 2014a):

- **recursos do SUS** – disponibiliza informações financeiras dos recursos federais transferidos aos Municípios oriundos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) e também dos valores das transferências aos municípios vinculados à produção ambulatorial e hospitalar e de prestadores;
- **SIOPS** – apresenta a tabulação de dados sobre os orçamentos públicos relativos ao SUS declarados por todos os entes federados;
- **Banco com Dados Armazenados de cada Autorização de Internação Hospitalar (BDAIH)** – apresenta informações relativas ao processamento de Autorização de Internação Hospitalar (AIHs) até a competência de março de 2006. Era uma das formas de disponibilizar os dados do Sistema de Internações Hospitalares (SIH/SUS). Até a implantação do CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, abrangia o cadastro de hospitais e o cadastro de terceiros;
- **transferências a municípios** – permite identificar os recursos do FNS transferidos fundo a fundo para os municípios; e
- **créditos a prestadores** – possibilita a consulta de repasses de valores referentes à produção hospitalar por prestadores de serviços.

Outras Fontes de Informações em Saúde

No Brasil temos outras importantes fontes de informações que merecem ser citadas e consultadas por você. A **Biblioteca Regional de Medicina (BIREME)** é um centro especializado da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) orientado à cooperação técnica em informações científicas em saúde. A BIREME tem por objetivo a melhora contínua dos sistemas de saúde e educação e saúde para a região das Américas por meio da promoção de cooperação entre países, democratizando o acesso à informação científica e técnica, à legislação e ao intercâmbio de conhecimento e evidências (BIREME, 2014).

SAIBA MAIS

A BIREME localiza-se no Campus Central da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), desde a sua criação em 1967, segundo acordo da OPAS com o Governo do Brasil. Disponível em: <www.bireme.org>. Acesso em: 23 jun. 2014.

Uma área de importância para a gestão do SUS é a de **Economia da Saúde***. O Portal Nacional de Informação em Economia da Saúde é um canal de divulgação e troca de informação e conhecimento para integração entre pesquisadores, gestores e outros técnicos interessados. Especialização em Gestão em Saúde nessa área. O Ministério da Saúde disponi-

biliza atualmente a Rede de Economia da Saúde, ou Rede ECOS (BRASIL, 2014b), cujas importantes informações podem subsidiar discussões e políticas de saúde.

SAIBA MAIS

***Economia da Saúde** – é o ramo do conhecimento que tem por objetivo a otimização das ações de saúde, ou seja, o estudo das condições ótimas de distribuição dos recursos disponíveis para assegurar à população a melhor assistência à saúde e o melhor estado de saúde possível, tendo em conta meios e recursos limitados. Fonte: Brasil (2009a).

A Rede Ecos é uma rede de cooperação técnica que objetiva, principalmente, contribuir para o desenvolvimento do campo da Economia da Saúde no SUS e tem como principais vertentes a implementação de políticas públicas em Economia da Saúde, a produção e a disseminação da informação e o fomento à formação de técnicos e gestores do SUS. É coordenada pelo Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento/SE do Ministério da Saúde e constituída dos Núcleos de Economia da Saúde das Secretarias de Estado da Saúde, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), de outros institutos de pesquisa, da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES), de universidades e escolas de saúde pública (BRASIL, 2014b).

TEXTO COMPLEMENTAR

O Ministério da Saúde disponibiliza na internet informações sobre todos os estabelecimentos em saúde, sua infraestrutura, profissionais atuantes na saúde, equipes, habilitações do estabelecimento hospitalar, entre outras.

- *Portal do DATASUS* – disponível em <<https://datasus.saude.gov.br>>. Acesso em: 26 out 2021.
- *Portal RIPSAs* – disponível em: <<http://www.ripsa.org.br>>. Acesso em: 26 out 2021.
- *Portal do CNES* – disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 26 out. 2021.
- *Biblioteca Virtual em Saúde* – disponível em: <<https://bvsalud.org>>. Acesso em: 26 out. 2021.

Resumindo

Neste Capítulo apresentamos os conceitos de dado, informação e conhecimento, salientando a importância de sua qualidade e confiabilidade. Relacionamos os principais sistemas de informações em saúde, principalmente os de preenchimento obrigatório, dada a sua relevância como base de conhecimento para estudos, fundamentação de políticas de saúde e acompanhamento epidemiológico. Descrevemos ainda as funcionalidades de cada banco de dados, assim como as penalidades pelo seu não preenchimento.

Por fim, indicamos outras fontes de informação e importantes sistemas para a obtenção de informações em saúde.

ATIVIDADES

É muito importante que você tenha compreendido os conceitos de dado, informação e conhecimento para poder relacioná-los às principais bases de informações da saúde no Brasil e ao uso da informação em saúde no processo de decisão e análise de resultados. Para saber se o conteúdo elaborado alcançou esse êxito, propomos algumas atividades para sua resolução.

1. Identifique, com base no que foi relatado a respeito de dado, informação e conhecimento, situações em que é possível aplicar esses conceitos.
2. Alguns sistemas de informação em saúde têm preenchimento obrigatório. Identifique dois deles e dê a sua opinião quanto à obrigatoriedade.
3. Descreva outros sistemas de informação de saúde que a seu ver são também importantes.
4. O uso da informação de saúde tem sido cada vez mais relevante na saúde. A seu ver, quais cuidados devemos ter na produção de informações válidas para a área de saúde e como isso pode ser implementado?

CAPÍTULO III

OS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Prof. Márcio Augusto Gonçalves

Objetivos Específicos de Aprendizagem

Ao finalizar este Capítulo, você deverá ser capaz de:

- Contextualizar os conceitos de modelo de atenção à saúde apresentando conceitos de níveis de atenção; e
- Compreender a articulação entre os pontos de atenção à saúde.

Os Níveis de Atenção à Saúde

Prezado estudante,

Seja bem-vindo a mais uma etapa do nosso estudo. No Capítulo 3 vamos esclarecer o significado de “níveis de atenção à saúde” e conhecer os elementos que os compõem, no âmbito do SUS. Nosso objetivo é ampliar a discussão sobre o sistema de atenção à saúde, fundamentado no atendimento por níveis de atenção.

Desejamos que você obtenha o máximo de proveito das ideias e dos conteúdos apresentados neste Capítulo, de forma a obter subsídios para análise da maneira como vêm sendo realizadas as atividades nessa área e a refletir sobre a maneira de produzir seu trabalho no serviço público de saúde no Brasil. Bons estudos!

A previsão legal de que **a saúde é direito de todos e dever do Estado** explicita que o Brasil optou por um sistema público, universal e de atendimento integral para todos os cidadãos. Ao conhecermos sobre os modelos de atenção em saúde atualmente utilizados no SUS, estamos perpassando por todos os níveis de complexidade de atendimento: desde a prevenção, os atendimentos ambulatoriais, até o atendimento mais complexo possível nos grandes hospitais do SUS.

Precisamos entender a complexidade do atendimento para compreendermos o grande desafio da implantação do SUS de forma efetivamente integral: como garantir o atendimento à população historicamente desassistida em saúde e, ao mesmo tempo, garantir a redução das desigualdades e o acesso ao atendimento?

Compreender as áreas de atenção à saúde torna-se, assim, fundamental para subsidiar a discussão, pelos gestores do SUS, da operacionalização e implementação dos serviços prestados nas áreas de atenção em saúde, garantindo que o sistema público de saúde no Brasil atenda de forma integral a toda a população e não se converta em um “SUS para pobres”.

Neste Capítulo apresentaremos as definições adotadas pelo Ministério da Saúde como forma de melhor delimitar o entendimento das áreas de atenção primária, de média e de alta complexidade no SUS. Apesar do conceito de atenção por níveis receber algumas críticas, o entendimento do seu funcionamento e da lógica proposta é importante. Vamos lá!

Modelos de Atenção

A lógica da organização do SUS pressupõe a constituição de uma rede de serviços organizada de forma regionalizada e hierarquizada, com a finalidade de se conhecer os problemas de saúde de cada população. Essa lógica favorece a realização de ações de vigilância epidemiológica, sanitária; de controle de vetores; e de educação em saúde, além do acesso aos demais níveis de complexidade, como atenção ambulatorial e hospitalar (SOLLA; CHIORO, 2008).

A forma de organização pode ser entendida como modelo de atenção, que é apresentado por Paim (2008) como a forma de organização de unidades de prestação de serviços de saúde, incluindo **estabelecimentos***, redes, sistemas. Outra concepção apresentada pelo autor é a forma de organização do processo de prestação de serviços: atenção à demanda espontânea; oferta organizada/**ações programáticas***; vigilância da saúde,

SAIBA MAIS

***Estabelecimentos** – unidades de produção de serviços. Redes – conjunto de estabelecimentos voltado à prestação de serviços comuns ou interligados mediante sistemas de referência e contrarreferência. Sistema – conjunto de instituições de saúde submetidas a leis e normas que regulam o financiamento, a gestão e a provisão dos serviços. Fonte: Elaborado pelo autor deste livro.

***Ações programáticas** – programas de controle de doenças e programas de atenção a grupos populacionais específicos. Fonte: Paim (2008).

de, contemplando território, condições e modos de vida; e integralidade. Para o autor, os modelos de atenção refletem combinações tecnológicas dispostas nos meios de trabalho. São a lógica que orienta e organiza os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas de

saúde (PAIM, 2008). Além disso, como dimensões gerenciais e organizativas podem ser alvo de uma conjunção de propostas e estratégias sinérgicas com vistas à transformação do modelo de atenção (TEIXEIRA, 2002 apud PAIM, 2008).

Os modelos de atenção à saúde são definidos por Mendes (2010, p. 2.302) como:

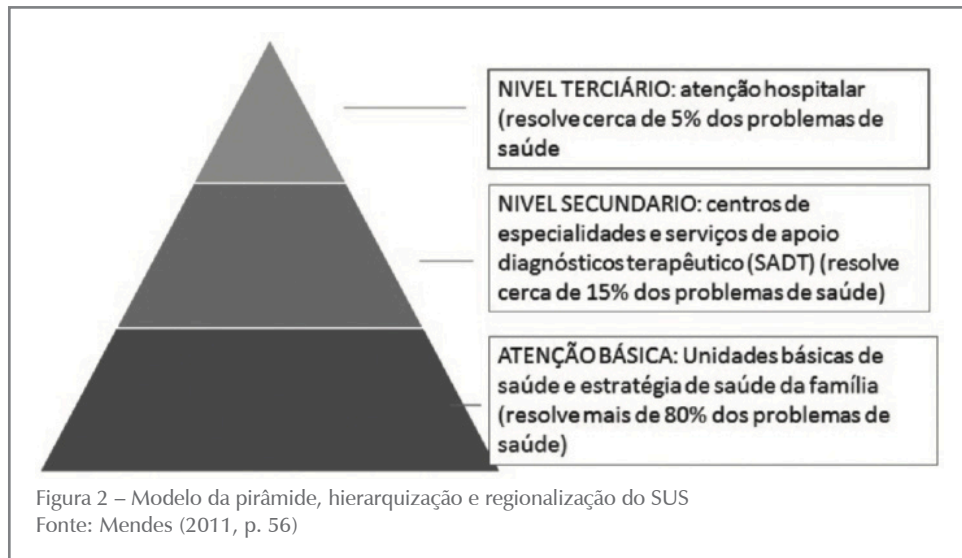
Sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

Os modelos de atenção à saúde, conforme apresentado por Mendes (2010), podem ser basicamente voltados ao atendimento de condições agudas de saúde ou ao atendimento de condições crônicas de saúde.

A seguir, vamos explicar as diferentes propostas de atendimento desses modelos.

Apesar de o modelo hierarquizado ser o mais difundido e o cuidado à saúde no SUS estar organizado em atenção básica, atenção de média complexidade e de alta complexidade, não existe relevância entre os níveis de atenção. É importante aqui apresentar a interação entre os diversos níveis de atenção e o funcionamento integrado entre eles. Enfatizamos esse tópico por termos, erroneamente, o senso comum de que a prestação de serviços de um hospital, por exigir mais tecnologia, mais recursos, tem mais importância do que o atendimento realizado na unidade de saúde, por exemplo.

Para atender às necessidades dos municípios de garantir a integralidade do atendimento à sua população, nem sempre é necessário que haja, em seu território, todos os níveis de atenção à saúde. Esse é o caso dos pequenos municípios, os quais, para suprir essa necessidade, podem fazer pactos entre municípios. As prefeituras, por meio de consórcios, podem, por exemplo, fornecer o serviço de ultrassonografia ou ressonância, de forma a atender toda uma microrregião e assim otimizar os recursos, através de pactos regionais, garantindo às populações dessas localidades acesso a todos os níveis de complexidade do sistema. A prioridade para todos os municípios é ter a atenção básica operando em condição plena e com eficácia. A Figura 2 apresenta o modelo da pirâmide: hierarquizado e regionalizado do SUS.



A descrição dos níveis de atenção será apresentada com maiores detalhes a seguir. Porém, vamos salientar aqui que seu entendimento é de suma importância para que você possa compreender a complexidade existente no âmbito do SUS. Inicialmente, entendia-se os níveis como complexidade da atenção básica ou complexa, pela incorporação de tecnologias de saúde. Nesse entendimento, a atenção básica, por não utilizar equipamentos de alta tecnologia, como tomógrafos, por exemplo, estaria apresentada como baixa complexidade e teria procedimentos definidos na tabela de faturamento do SUS também de baixa complexidade. Já **o atendimento hospitalar, pela necessidade de equipamentos e tecnologias complexas, é definido como de alta complexidade, ou atenção terciária**. Para Mendes (2011), a atenção ambulatorial primária pode ser considerada complexa, apesar de não utilizar equipamentos de alta tecnologia, por trabalhar diretamente com mudanças de hábitos dos pacientes, como no caso de tratamento de obesidade e hipertensão, o que é bastante complexo, por exemplo.

SAIBA MAIS

Esse entendimento é discutido principalmente por Mendes (2011) conforme será, apresentado no Capítulo 6, quando formos discutir as Redes de Atenção em Saúde.

Como está seu entendimento sobre os modelos de atenção à saúde? Caso você tenha alguma dúvida, não hesite em contatar seu tutor ou retomar os pontos não compreendidos. Somente depois, continue a leitura deste Capítulo.

A Atenção Básica à Saúde

A atenção básica à saúde é também apresentada como **atenção primária à saúde**, sendo o primeiro nível de atenção à saúde, de acordo com o modelo adotado pelo SUS, conforme demonstrado pela Portaria n. 648, de 28 de março de 2006, do Ministério da Saúde.

SAIBA MAIS

Um marco histórico mundial de atenção primária à saúde é a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em Alma-Ata, cidade do Cazaquistão, em 1978. No evento, foi definida a Declaração de Alma-Ata, que afirma ser responsabilidade dos governos a saúde de seus povos, por meio de medidas sanitárias e sociais, reiterando a saúde como direito fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A atenção primária refere-se, segundo Giovanella e Mendonça (2008, p. 575), a um “[...] conjunto de práticas em saúde, individuais e coletivas que, no Brasil, durante o processo de implementação do SUS, passou a ser denominado de atenção básica de saúde”. É definida pelas autoras como atenção ambulatorial de primeiro contato que tem diferentes concepções em sua implementação, direcionada a cobrir as afecções e condições mais comuns e a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população.

Conforme apresentado em BRASIL (2011b), o nível de atenção primária à saúde é a porta de entrada do sistema e o nível que emprega tecnologia de baixa densidade.

A atenção primária inclui um rol de procedimentos menos complexos caracterizados por apresentar tecnologia de baixa densidade. A atenção primária é subentendida como sendo capaz de atender à maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade. Porém, sua organização, desenvolvimento e aplicação nem sempre são de simples compreensão, exigindo profundo conhecimento da realidade da população atendida. Como infraestrutura necessária para a atenção primária, destacamos a unidade básica de saúde, com ou sem o **Estratégia Saúde da Família**.

SAIBA MAIS

Estratégia Saúde da Família – É a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde como prioritária para a organização da atenção básica; é formada por equipe multiprofissional composta de médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros. Para conhecer a cobertura atual da Estratégia de Saúde da Família, acesse o Portal Saúde. Fonte: Brasil (2014b).

Cabe à atenção primária o encaminhamento dos usuários para os atendimentos de média e alta complexidade. Segundo Brasil (2011b), é possível suprir até 80% das necessidades e problemas de saúde da população

de um município se a atenção básica estiver organizada. Isso mostra a importância desse nível de atenção no contexto do SUS.

A oferta de serviços de atenção primária é de responsabilidade do gestor municipal, sendo o financiamento para essas ações de responsabilidade das três esferas de governo.

Os atributos da atenção primária à saúde apresentados por Giovanella e Mendonça (2008) estão demonstrados no Quadro 2.

Atributos da atenção primária à saúde	Definição
Primeiro Contato	Serviços procurados regularmente cada vez que o paciente necessita de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de sua saúde. Porta de entrada preferencial do sistema de saúde: ponto de início da atenção e filtro para acesso aos serviços especializados.
Longitudinalidade	Exige uma responsabilidade longitudinal pelo usuário com continuidade da relação equipe-paciente ao longo da vida, independentemente da ausência ou da presença de doença.
Abrangência ou integralidade	Reconhecimento de amplo espectro de necessidades, considerando-se os âmbitos orgânicos, psíquicos e sociais da saúde, dentro dos limites de atuação pessoal de saúde. Requer a oferta de serviços preventivos e curativos e a garantia de acesso a todos os serviços para todas as faixas etárias, procurando solucionar grande parte das demandas ou encaminhando, quando necessário.
Coordenação	Coordenação das diversas ações e dos serviços essenciais para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas.
Orientação para a comunidade	Conhecimento das necessidades de saúde da população adscrita em razão do contexto econômico e social, dos problemas de saúde e dos recursos disponíveis na comunidade. Participação da comunidade nas decisões sobre sua saúde.
Centralidade na família	Consideração do contexto e da dinâmica familiar para bem avaliar como responder às necessidades de cada membro. Conhecimento dos membros e de seus problemas de saúde.
Competência cultural	Reconhecimento de diferentes necessidades dos grupos populacionais, suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações dos processos saúde-enfermidade.

Quadro 2 – Atributos da atenção primária à saúde
Fonte: Giovanella e Mendonça (2008, p. 577)

A Média Complexidade no SUS

A média complexidade no âmbito do SUS, com relação ao seu papel e poder organizativo, é definida, por exclusão, pelas ações que transcendem aquelas da atenção básica e as que ainda não se configuram como alta complexidade. Vem sendo compreendida como serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de atenção especializada de menor complexidade tecnológica.

A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde, define complexidade em saúde como:

[...] ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. (BRASIL, 2011b, p.12).

Os procedimentos da média complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no SIA, como: cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumatológico-ortopédicos; ações especializadas em odontologia; entre outros.

No Brasil, a oferta de serviços de média complexidade constitui-se em um dos maiores pontos de estrangulamento do sistema e tem sido organizada com base na lógica da oferta de procedimentos, desconsiderando as necessidades e o perfil epidemiológico, ou conjunto de doenças e agravos, da população. Existe uma baixa capacidade de regulação sobre a oferta e enorme dificuldade de aquisição de serviços, configurada em uma oferta muitas vezes insuficiente e, em outras, desregulada, mais condicionada por razões de mercado e menos pelas necessidades de atenção à saúde. Os efeitos do estrangulamento da oferta da atenção ambulatorial de média complexidade forçam, de certa forma, a ampliação da demanda para a alta complexidade, com graves prejuízos à população e repercussão nos custos do sistema. Nesse estrangulamento, destacamos as consultas médicas especializadas e os procedimentos de patologia clínica e diagnóstico por imagem – principalmente radiologia e ultrassonografia (SOLLA; CHIORO, 2008).

Segundo Mendes (2011), os municípios, buscando superar as dificuldades de realização de procedimentos de maior complexidade, tentaram construir sistemas de saúde autônomos, muitas vezes em articulação regional, sem observar a necessidade de **economia de escala**, com serviços mal dimensionados para as necessidades da população que se tornam ociosos, custosos e inviáveis técnica e financeiramente.

SAIBA MAIS

Economia de escala é quando ocorre aumento do volume de produção e, em contrapartida, ocorre redução dos custos. Segundo Possas (1993), a redução pode se dar, por exemplo, pela possibilidade de utilização de métodos produtivos mais automatizados ou avançados.

Por essa razão, discussões sobre a adoção de critérios de organização que não a lógica da hierarquia são frequentes atualmente no Brasil, conforme será apresentado no Capítulo 6.

A Alta Complexidade no SUS

O nível de atenção de alta complexidade é representado pelos procedimentos que, no contexto do SUS, abrangem alta tecnologia e alto custo (BRASIL, 2009a). O objetivo é proporcionar à população acesso a serviços qualificados e integrados à atenção básica e de média complexidade. Os procedimentos de alta complexidade são, em sua maioria, relacionados na tabela do SUS como procedimentos hospitalares. Porém, alguns procedimentos ambulatoriais, também definidos como de alta complexidade, são responsáveis por grande consumo de recursos financeiros, apesar do menor número de incidências, como é o caso de procedimentos de diálise, quimioterapia, radioterapia e hemoterapia.

Não obstante todas as mudanças nos sistemas de saúde e os questionamentos sobre o papel dos hospitais, estes seguem ocupando papel-chave na prestação de serviços em saúde (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008). No Brasil, os hospitais são o centro do setor saúde, são hospitais públicos e privados prestando serviço à população, o que faz com que nosso sistema de saúde seja **hospitalocêntrico** (LA FORGIA; COUTOLLENC, 2009).

SAIBA MAIS

No modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde prevalece a hegemonia das práticas hospitalares e curativas, em detrimento de práticas extra-hospitalares, em especial de atenção básica, tanto preventivas quanto curativas (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008).

A organização hospitalar pode ser entendida por seu caráter preventivo, curativo ou reabilitador a pacientes em regime de internação ou ambulatorial (GONÇALVES *et alli*, 2010). Nos hospitais são utilizadas tecnologias de ponta e constituem, ainda, um espaço de prática de ensino-aprendizagem e produção científica.

Os hospitais podem ser classificados quanto ao tipo de administração ou ao nível de atenção do serviço prestado. Na classificação quanto ao tipo

de administração, podem ser públicos – administrados por autoridades federais, estaduais ou municipais – e privados – subdivididos em convênios, ou contratados pelo SUS, ou não contratados pelo SUS (BRASIL, 2011b).

Dos recursos gastos no setor da saúde, os hospitais consomem cerca de 2/3 do total, e aproximadamente 70% desse total é financiado com recursos públicos, via SUS. Segundo dados apresentados por Marinho, Cardoso e Almeida (2009), os hospitais do SUS já realizaram mais de 11 milhões de internações/ano, que custaram aproximadamente R\$7,6 bilhões, prestando assistência à saúde para aproximadamente 95% da população brasileira, incluindo algo em torno de 70% dos cuidados secundários e 90% dos cuidados mais complexos. O SUS responde por 68% das internações, 73% dos atendimentos de emergência e 67% do atendimento ambulatorial brasileiro, sendo a maioria dos hospitais de pequeno porte (60%, com menos de 50 leitos), e a maioria privada (65%) responsável por 70% dos leitos (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Após apresentarmos a assistência à saúde por níveis de atendimento, iremos aprofundar os conceitos de Redes de Atenção à Saúde no Capítulo 6, para fazermos um contraponto a essa abordagem como nova proposta de assistência.

TEXTO COMPLEMENTAR

Agora que você conhece os modelos e os níveis de atenção à saúde e compreende a articulação entre os pontos de atenção à saúde, poderá aprofundar seus conhecimentos por meio da leitura complementar dos *links* que relacionamos a seguir:

- *DATASUS* – traz informações sobre serviços de saúde e situação de saúde da população brasileira. Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br>>. Acesso em: 26 out. 2021.
- *Departamento de Atenção Primária à Saúde* – acesso direto aos sistemas de informação da atenção primária da Secretaria de Atenção Primária do Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br>>. Acesso em: 26 out. 2021.
- *Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)* – entidade nacional que congrega os médicos que atuam em postos e outros serviços de Atenção Primária à Saúde, incluindo os do Programa de Saúde da Família (PSF). Disponível em: <<http://www.sbmfc.org.br/default.asp>>. Acesso em: 26 out. 2021.
- *Rede de pesquisa em APS* – portal desenvolvido com o objetivo de propiciar a comunicação e articulação entre pesquisadores,

profissionais, usuários e gestores da APS. Disponível em <<https://redeaps.org.br/rede-aps/>>. Acesso em: 26 out.de 2021.

- *Atenção Primária e Promoção da Saúde* – esse livro aborda o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS), o seu papel na construção do SUS, seus princípios e sua importância para a eficiência e efetividade dos sistemas de saúde, bem como destaca alguns desafios para o seu fortalecimento. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/atencao-primaria-e-promocao-da-saude/>>. Acesso em: 26 out. 2021.
- *Assistência de Alta e Média Complexidade no SUS* – esse livro aborda a legislação que orienta a organização das ações de média e alta complexidade do SUS, as responsabilidades dos gestores e a forma de financiamento, com o objetivo de apoiar a gestão estadual. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro9.pdf>. Acesso em: 26 out. 2021.

Resumindo

Neste Capítulo, vimos que os modelos de atenção em saúde são formas de organização dos serviços, tendo como referência a sua complexidade tecnológica. Conforme definido pelo Ministério da Saúde, o modelo de atenção atualmente mais disseminado é o modelo hierarquizado, que apresenta três níveis de atendimento à população:

- a) atenção básica à saúde, ou atenção primária, definida como o conjunto de práticas em saúde, individuais e coletivas, referentes ao primeiro contato e de menor densidade tecnológica, entre outras atribuições;
- b) atendimento de média complexidade que corresponde a consultas a especialistas, a exames diagnósticos, entre outros, e representam o maior gargalo do sistema de saúde no Brasil; e
- c) o atendimento de alta complexidade, que são aqueles atendimentos maiores, consumidores de recursos de grande monta e de elevada densidade tecnológica.

ATIVIDADES

Preparamos para você algumas atividades com o objetivo de reforçar o conteúdo que você estudou neste Capítulo. Em caso de dúvida, não hesite em fazer contato com seu tutor.

1. Com suas palavras, explique o significado dos níveis de atenção existentes no SUS e descreva o funcionamento de cada um.
2. Quais são os objetivos da estruturação do sistema de saúde em níveis de atenção?
3. Pontue os tipos de procedimentos assistenciais relacionados com os níveis de atenção.
4. Com a sua experiência na área da saúde (e como usuário de serviços de saúde), tente organizar, por ordem de complexidade (nos três níveis de atenção, por exemplo), as unidades e os serviços de saúde que você e sua família utilizam para resolver os problemas de saúde que eventualmente os acometem.
5. Nas imagens, a seguir, identifique o tipo de nível de atenção existente e discorra a respeito.

a)



Fonte: Brasil (2009d)

b)



Fonte: News Rondônia (2012)

c)



Fonte: Barreto (2011)

d)



Fonte: Secretaria de Saúde (2011)

e)



Fonte: Vilela (2013)

f)



Fonte: Farmácia Popular (2014)

CAPÍTULO IV

A GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA DO SUS

Prof. Márcio Augusto Gonçalves

Objetivos Específicos de Aprendizagem

Ao finalizar este Capítulo, você deverá ser capaz de:

- Conceituar gestão administrativa e financeira no SUS;
- Identificar os conceitos e a importância da gestão de suprimentos;
- Identificar os conceitos e a importância da gestão de recursos humanos no âmbito do SUS; e
- Analisar a relação público-privada na saúde.

A Gestão Administrativa e Financeira do SUS

Prezado estudante,

Neste Capítulo, você vai perceber que conhecer a gestão de recursos do SUS, sejam eles administrativos, financeiros ou humanos, é de grande relevância para os gestores de saúde, em qualquer esfera de gestão. Os recursos são escassos e a demanda por serviços de saúde é infinita, conforme reforçamos aqui. Por isso, a gestão assume a importância necessária para que possamos realizar mais com os recursos que temos. É o que podemos chamar de Melhor Valor do Dinheiro.

Os pontos aqui apresentados são fundamentais para que você possa compreender a amplitude da nossa discussão sobre financiamento, utilização de recursos, gestão, relação público-privada, entre outros. Aproveite e bons estudos!

A Gestão Financeira do SUS

O financiamento da saúde tem sido apontado como um dos desafios para a implementação do SUS e como preocupação permanente dos gestores e dos envolvidos diretamente com a construção do sistema de saúde, tornando-se tema constante em todas as discussões das instâncias gestoras. A compreensão e mensuração do cenário do financiamento, mais especificamente da sustentabilidade financeira do setor saúde, é tema necessário. Isso pela necessidade de garantir a fundamentação legal de

universalidade e integralidade na prestação de serviços em saúde em um cenário de restrições orçamentárias e financeiras e de diversidades de um Brasil com tantas desigualdades sociais e regionais.

Nesta seção, apresentaremos a estrutura básica da área financeira, alguns conceitos de financiamento da saúde.

Com isso, não pretendemos esgotar o assunto sobre o financiamento da saúde, mas evidenciar ferramentas utilizadas para gestão financeira no Brasil. Vamos lá!

Estrutura Básica da Área Financeira

As instituições de saúde no setor público são fundamentalmente:

- os órgãos de Estado, responsáveis pela arrecadação de receitas, realização de despesas e fiscalização dos gastos (controle interno) – são aqueles investidos de autoridade, como o Poder Executivo (Administração Direta), o Poder Judiciário e o Poder Legislativo;
- os fundos ou contas independentes (fundos de saúde, por exemplo) ou extraorçamentárias, cujas receitas e despesas são administradas com certa autonomia;
- os organismos auxiliares, constituídos por empresas cujas gestões obedecem à autoridade política. Estão à margem do mercado e sua finalidade consiste em fornecer bens e serviços aos organismos estatais. Exemplo disso são as fábricas de medicamentos nos diversos níveis de gestão do SUS;
- outras entidades da Administração Indireta, como autarquias, empresas estatais (como fundações hospitalares, por exemplo) e sociedades de economia mista. (BRASIL, 2011a, p. 78).

Nos sistema de atenção à saúde, a expressão **captação de recursos*** é mais utilizada no contexto da consecução de recursos por meio de cooperação técnica e financeira entre órgãos ou entidades; e o termo **recurso a fundo perdido** era associado à falta de uso e descontrole do gasto público. Atualmente, com a incidência de maior controle e governança no setor público, esse termo está em desuso.

SAIBA MAIS

***Captação de recursos** – termo utilizado para descrever a mobilização dos recursos para a operacionalização das diversas atividades inerentes ao funcionamento das organizações governamentais e não governamentais (estas sem fins lucrativos), em apoio à sua finalidade principal, independentemente da fonte ou do método utilizado para gerá-los. Fonte: Brasil (2011e).

As principais fontes de recursos identificadas no sistema de saúde são:

- recursos governamentais, próprios ou transferidos;
- renda gerada pela venda de serviços; e
- recursos captados através de doações (de indivíduos ou instituições).

O termo **mobilizar recursos** está sendo mais utilizado que o termo **captação de recursos**, sendo identificado com a otimização dos recursos existentes (aumento da eficácia e eficiência dos planos), a conquista de novas parcerias e a obtenção de fontes alternativas de recursos financeiros, sejam eles recursos humanos, de equipamentos, materiais ou serviços.

Financiamento da Saúde

Na construção do SUS, o financiamento destaca-se como preocupação permanente de todos os envolvidos diretamente no seu processo de implementação.

O financiamento de ações e serviços de saúde tem despertado atenção e preocupação crescentes nos mais diversos segmentos da sociedade brasileira, seja pela importância em si, seja pela participação, cada vez maior do setor não só na economia nacional, mas em particular nas contas públicas e nos orçamentos das famílias (BRASIL, 2011i).

Os recursos financeiros para o SUS tem sido insuficientes para estruturar um sistema público universal de qualidade, mesmo com uma legislação construída ao longo dos anos.

O Brasil, possui uma composição de gasto em saúde incompatível com o financiamento de um sistema público universal.

Os gastos públicos correspondem a 45,7% dos gastos totais em saúde em 2011, valor muito inferior se comparado com países que possuem sistemas públicos universais, tais como, o Reino Unido (82,8%) e também com Estados Unidos (47,8%), Argentina (66,5%) e Chile (48,4%) (BRASIL, 2015).

Recursos do SUS

Antes da promulgação da CF/88, as ações de saúde de caráter curativo eram financiadas pelo sistema previdenciário, e as ações de saúde pública por recursos fiscais. Após a CF/88, o Sistema de Saúde Brasileiro (SUS), integrou as ações curativas às preventivas e passou a ser financiado, nos termos do artigo 195, por recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes (RADICCHI, 2004).

O artigo 31 da Lei n. 8.080/90, também chamada Lei do SUS, define que o orçamento da Seguridade Social destinará ao SUS, de acordo com a

receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).

Segundo o Ministério da Saúde, o financiamento do SUS é feito pelas três esferas de governo – federal, estadual e municipal –, conforme determina a CF/88, que estabelece as fontes de receita para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2012b).

O setor da saúde brasileiro é financiado por várias fontes e através de diversos tipos de arranjos e fluxos financeiros. As fontes que asseguram o maior aporte de recursos ao Ministério da Saúde são: a Contribuição sobre o Faturamento (Fonte 153 – COFINS) e a Contribuição sobre o Lucro Líquido (Fonte 151). Os aportes provenientes de Fontes Fiscais são destinados praticamente à cobertura de despesas com Pessoal e Encargos Sociais.

Além dos recursos oriundos do Tesouro, nas esferas estadual e municipal, o financiamento do SUS conta com recursos transferidos pela União aos Estados e pela União e Estados aos municípios. Os repasses só são possíveis se previstos no orçamento e identificados nos fundos de saúde estadual e municipal como receita operacional proveniente da esfera federal e/ou estadual e utilizados na execução de ações previstas nos respectivos planos de saúde e na Programação Pactuada e Integrada (PPI) (BRASIL, 1996).

A Emenda Constitucional n. 29 (EC n. 29/2000) de 13 de setembro de 2000 determinou a vinculação e definiu 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. Os estados e municípios devem destinar, como percentual mínimo para o gasto próprio em saúde, respectivamente 12% e 15% de suas receitas. Já a participação da União ocorre pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

A Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012 regulamentou o art 198 da Constituição Federal, definiu os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabeleceu critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo (Brasil, 2015).

Apesar de não ter modificado os percentuais da União para aplicação dos recursos, a regulamentação da lei trouxe, entre os pontos positivos, a definição do que se entende por ações e serviços públicos de saúde (ASPS), para fins de verificação do cumprimento da emenda.

O subfinanciamento do setor público continua a ser um fator impeditivo para o cumprimento dos preceitos constitucionais de acesso universal e atendimento integral. Mais recentemente, em 2016, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 95, estabelecendo um Novo Regime Fiscal (BRASIL, 2016). Determinou-se um teto de gasto para as despesas primárias da União, sem definição de limite para as despesas financeiras.

O ajuste fiscal implementado no Brasil, na prática, segundo Santos e Vieira (2018), não apresentou como principal finalidade o controle do equilíbrio momentâneo nas contas públicas, mas impôs uma diminuição da participação do Estado na oferta de bens e serviços à população, pela redução do gasto com políticas públicas, o que irá diminuir a participação das despesas primárias no PIB de cerca de 20% em 2016 para 16% a 12% do PIB até 2026, a depender do tamanho da economia.

A EC 95 age diretamente no gasto federal e isso, por 19 anos, impactará na estabilidade do SUS e na sua progressiva expansão, gerando descompasso entre o gasto federal, em trajetória de redução, e o crescimento econômico e as mudanças demográficas e seus efeitos nas condições sanitárias e nas demandas de saúde da população (JACCOUD; VIEIRA, 2018).

A transferência dos recursos, em quaisquer das modalidades de financiamento do SUS, é processada pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS). Esses recursos são repassados de forma regular e automática, tendo como base os sistemas de informação, proporcionais à agilidade necessária ao atendimento dos objetivos definidos no Planejamento do SUS, de forma segura e controlada.

O **SIAFI** é o principal instrumento de administração orçamentária e financeira da União. Nele são registradas todas as transferências realizadas pelo FNS (BRASIL, 2003):

SAIBA MAIS

Para saber mais sobre o SIAFI visite o site: <<https://www.gov.br/tesouronacional/pt-br/siafi>>.

- **Transferências fundo a fundo:** os repasses dos recursos federais para financiamento de ações e serviços de saúde são realizados principalmente por meio de transferências fundo a fundo para Estados, municípios e Distrito Federal. São feitos por meio de repasse direto dos recursos do FNS para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, fundamentados nas condições de gestão – qualificação e certificação dos programas e incentivos do Ministério da Saúde e respectivos tetos financeiros (BRASIL, 2003).
- **Pagamento direto aos prestadores:** consiste na transferência de recursos de financiamento para pagamento de incentivos específicos

a prestadores de serviços ou em casos de programas específicos, como o Programa Nacional de Incentivo à Parceria entre os Hospitais Filantrópicos e sem fins lucrativos e o Sistema Único de Saúde (INTEGRASUS), que permite o repasse de recursos com base em termos de compromisso de gestão.

Os repasses do SUS são realizados geralmente levando em conta a distribuição *per capita*, a implantação das políticas nacionais e a produção e prestação de serviços de saúde.

As transferências SUS instituídas pelo Pacto de Gestão em 2006 apresentavam seis blocos de financiamento: atenção básica, assistência farmacêutica, vigilância em saúde, média e alta complexidade, gestão e investimentos. Os recursos vinculados a cada bloco de financiamento deveriam ser utilizados exclusivamente em ações pertencentes ao próprio bloco e aplicados de acordo com a programação elaborada com base nos instrumentos legais orçamentários (Plano Plurianual – PPA, Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e Lei Orçamentária Anual – LOA).

Em 2017, o repasse de recursos federais para estados e municípios relativos aos seis blocos foi alterado e substituído por dois blocos: custeio e capital. Essa proposta foi chamada de SUS Legal e apresentada pelo Ministério da Saúde sob alegação da necessidade de aumentar a autonomia municipal e agilizar a gestão financeira da política. Essa mudança do mecanismo de transferências federais para as unidades subnacionais teve o apoio da CIT sob o argumento de que os recursos eram transferidos de uma forma engessada e que isso dificultava a gestão local, fazendo com que em determinadas áreas sobrassem recursos e em outras faltassem (JACCOUD; VIEIRA, 2018).

SAIBA MAIS

Para saber mais, acesse:

- JACCOUD, L.; VIEIRA, F. S. *Federalismo, Integralidade e Autonomia no SUS: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação*. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33855>.
- *Mudanças no Financiamento da Saúde* – Disponível em: <<https://www.cnm.org.br/biblioteca/exibe/3540>>.
- No site do FNS - <<https://portalfns.saude.gov.br>> - você consegue consultar pagamentos (últimos pagamentos efetuados pelo fundo) e portarias que dizem respeito a gestão financeira dos entes federativos.

Utilização dos Recursos

Muito se tem falado sobre a fonte de recursos para o financiamento do SUS, na lógica do **onde serão provisionados os recursos** e **quem paga a conta**. A discussão sobre **para onde estão indo os recursos** não tem sido estudada com a mesma intensidade, apesar de haver fundamentação legal que exige o conhecimento da utilização dos recursos na prestação de serviços.

A remuneração dos serviços prestados pelos prestadores de serviços deve possibilitar o equilíbrio financeiro desse prestador, conforme está definido na Lei n. 8.080/90.

O pagamento aos prestadores de serviços de saúde, conforme fundamentado pela normatização do SUS, deve possibilitar o equilíbrio financeiro das instituições prestadoras de serviço. Para sabermos o que é esse **equilíbrio**, precisamos saber **quanto custa** o serviço prestado e como são feitos os repasses aos prestadores. Os mecanismos de remuneração ou de transferências financeiras, conforme Andreazzi (2003), podem ser:

- **Ex post (pós-pagamento)** – quando o pagamento é feito após a prestação do serviço. Nesse caso, quanto mais procedimentos e mais complexo o atendimento em um hospital, mais recursos ele receberá. O incentivo para o hospital é manter o custo de tratamento do caso abaixo do valor estabelecido em tabela (ANDREAZZI, 2003; LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).
- **Ex ante (pré-pagamento)** – os valores que serão repassados são calculados com base em critérios prévios, independentemente da produção, em geral populacionais. O financiamento dessas unidades está contemplado em um contrato de gestão entre a organização e o agente financiador, no contexto dos orçamentos globais, com base em um programa de trabalho.
- **Esquemas mistos** – são aqueles que agregam o pagamento global e por produção, de forma complementar.

Até alguns anos atrás, antes do Pacto de Gestão do SUS, a quase totalidade dos repasses aos prestadores era feita por meio de pagamento pós-produção, tendo como base os valores dos procedimentos definidos na tabela do SUS (ALEMÃO, 2012). Porém, o Ministério da Saúde, buscando a melhor utilização dos recursos, tem incentivado o repasse por meio de esquemas mistos. Os sistemas de produção do SUS, conforme apresentamos no Capítulo 2, com base nos valores definidos na tabela do SUS, não são atualmente a única forma de repasse aos prestadores de serviços do SUS. Os valores repassados a título de incentivo e incremento, por meio de pagamento global ou contratualização, são importantes formas de repasse aos prestados.

Essa é uma questão que necessita de maiores discussões e evidências empíricas, por ser ainda uma fala comum a de que **o SUS paga mal, os valores da tabela do SUS são inferiores aos custos dos tratamentos**, entre outras.

Lembre-se de que precisamos ser cautelosos quanto a fazermos um paralelo entre valores de repasse do SUS via tabela SUS e custos de produção dos serviços prestados.

Nesse sentido, é necessária a produção de estudos que apresentem efetivamente como os recursos financeiros estão sendo utilizados pelos prestadores de serviços e o que isso representa em termos de qualidade e quantidade dos serviços prestados ao usuário cidadão sem deixar de lado a necessidade de buscar o equilíbrio financeiro que viabilize aos prestadores de serviços atenderem às diretrizes do SUS.

Vamos apresentar aqui como são efetivamente **comprados** os serviços de saúde. Conforme definido no Pacto pela Saúde, os gestores do SUS necessitam integrar os serviços de saúde ao **planejamento de saúde de sua região**. Dessa forma, o gestor municipal e o gestor estadual definem os serviços que serão comprados para atendimento à população. Para prestarem serviços ao SUS, os prestadores são credenciados como serviços públicos em saúde, nos tipos de regime: federal, estadual ou municipal, da Administração Pública Direta, Indireta ou Fundacional. Serviços da iniciativa privada também podem ser credenciados para participar do SUS, sendo a preferência das entidades filantrópicas. A participação se dá por meio de convênio, para serviços filantrópicos, ou contrato de prestação de serviços de saúde, para entidades lucrativas. A participação é firmada com o gestor do SUS estadual ou municipal.

SAIBA MAIS

Conforme o Planejamento do SUS e o Programa Anual de Saúde, que estudamos no Capítulo 1.

Para prestar serviços ao SUS, os prestadores e os gestores públicos definem um Termo de Compromisso de Gestão, ou Termo de Contratualização, dos serviços a serem prestados, ou seja, um contrato de prestação de serviço que permite ao gestor a regulação, a fiscalização e o controle e a avaliação do prestador de serviços.

A Contratualização define as responsabilidades sanitárias e as atribuições dos respectivos gestores, definindo eixos temáticos e questões centrais, as metas e os objetivos definidos em cada ano e os indicadores de monitoramento, alinhados ao Pacto de Gestão. O gestor analisa a estimativa de necessidade com base na população e distribuição geográfica (ALEMÃO, 2012).

A Contratualização é trabalhada sempre de forma tripartite, consolidando a definição das responsabilidades do gestor municipal, estadual e fe-

deral do SUS, de acordo com a necessidade do município e região. Nela são pactuadas, conforme apresentado em Brasil (2006b):

- **metas físicas de produção** – o prestador de serviços oferece o serviço com base na sua capacidade instalada e sua série histórica de produção. O gestor compra o serviço conforme a necessidade da população local e referenciada;
- **metas de valor do contrato** – são definidos os valores a serem repassados ao prestador considerando a produção real realizada, tendo como base a produção acordada e os valores de tabelas vigentes; e
- **metas de qualidade** – são aquelas que têm por objetivo avaliar a qualidade do serviço prestado. São metas baseadas em indicadores que representam a avaliação da assistência médica, da gestão da unidade e da formação dos seus recursos humanos. Dessa forma, não basta apenas produzir, mas o prestador tem de atender também à exigência de qualidade, como atender à taxa de infecção hospitalar acordada ou taxa de mortalidade.

A Eficiência do SUS

O livro *SUS: avanços e desafios*, publicado pelo Ministério da Saúde, apresenta como um dos objetivos centrais dos sistemas de saúde a **eficiência**. Essa eficiência pode ser medida em duas dimensões principais: **técnica** e **alocativa**.

Os sistemas de saúde são eficientes tecnicamente quando produzem o máximo de serviços para um determinado nível de recursos ou quando produzem um dado nível de serviços a um custo menor; e são eficientes alocativamente quando designam os recursos à atividade sem que estes apresentem valor máximo. (BRASIL, 2006a, p.79).

A Ineficiência de Escala

O Ministério da Saúde define que os serviços de saúde devem ser organizados em redes de forma a concentrar alguns recursos e dispersar outros (Brasil, 2006a). Segundo a Organização Mundial de Saúde, os serviços que devem ser concentrados são os que beneficiam a economia de escala. Em geral, os serviços de atenção primária à saúde devem ser dispersos; ao contrário, serviços de maior densidade tecnológica devem ser concentrados.

São necessários estudos sobre escalas no setor saúde com o intuito de aumentar a eficiência dos sistemas de saúde. Um tipo de serviço de saúde muito suscetível à escala são os hospitais, e os que apresentam maior economia de escala são os hospitais que têm entre 100 a 450 leitos.

Além dos **tipos de eficiência**, há também os **tipos de ineficiência**, como a subutilização de leitos hospitalares, por exemplo. Temos hoje, no Bra-

sil, uma taxa de ocupação baixa, gerando grande desperdício de recursos, que são escassos. Existe no setor da saúde uma relação estreita entre escala e qualidade: geralmente os serviços de saúde ofertados em maior volume apresentam melhor qualidade. Quando temos, por exemplo, um hospital que faz um volume maior de cirurgias cardíacas, a tendência é que esse hospital apresente uma qualidade maior nesse tipo de serviço.

A Ineficiência Alocativa

As ineficiências alocativas serão analisadas na perspectiva dos gastos em procedimentos de alta complexidade. Para obtenção de um sistema de atenção à saúde eficiente, é necessária uma alocação equilibrada dos recursos, sejam eles financeiros, humanos, tecnológicos e de materiais, nos diversos níveis de atenção à saúde. Essa proposta foi apresentada por Mendes (2011) quando o autor propôs o modelo de saúde em redes de atenção – que veremos no Capítulo 6. Conforme o Ministério da Saúde, a estruturação das redes implica equilibrar as ações e os gastos do sistema de saúde nos níveis de atenção primária, secundária e terciária à saúde (BRASIL, 2011a).

Observamos que 43% dos gastos da saúde são para atendimento à assistência hospitalar e ambulatorial (ações de média e alta complexidade). Como o setor hospitalar é o que consome mais recursos no SUS, o Ministério da Saúde apresenta alguns pontos de discussão sobre a ineficiência no setor hospitalar, que são: o forte subfinanciamento das ações de média complexidade, gerando restrições quanto ao atendimento, além de uma migração interna desses recursos para os procedimentos de alta complexidade, e também a falta de oferta de alguns serviços de alta complexidade pelo sistema de saúde suplementar, isto é, pelos prestadores privados, por apresentarem altos custos (BRASIL, 2011a). Esses serviços, como é o caso do fornecimento de medicamentos de alto custo, são impossíveis de serem pagos pelos planos de saúde, e muito menos pelo desembolso do usuário. Nesse caso, o que ocorre é um crescente processo de **judicialização da saúde**.

SAIBA MAIS

Judicialização é termo utilizado para os diversos processos que tramitam na justiça brasileira com objetivo de acesso a medicamentos e a tratamentos médicos.

Gestão Administrativa do SUS

Vamos agora discutir sobre a gestão administrativa do SUS.

A complexidade do SUS, suas particularidades e regulamentações exigem do gestor de saúde conhecimento das funções administrativas para a organização dos serviços prestados, de forma a obter melhores resultados. A gestão administrativa e financeira do SUS representa um dos temas de maior relevância para os gestores da saúde pública, seja no nível

municipal, estadual ou federal. As fundamentações legais do SUS preveem a organização dos sistemas públicos de saúde em tópicos, como planejamento e orçamento; financiamento e recurso – sejam financeiros ou humanos –; descentralização, municipalização; e outros pontos que exigem uma otimização na gestão dos recursos. Nesse sentido, recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, Estados e municípios devem ser mobilizados para a prestação de serviços de assistência à saúde da população. O objetivo é a melhoria da capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência e adequada organização dos serviços públicos, evitando a duplicidade de meios para fins idênticos.

Em relação à organização, à direção e à gestão do SUS, a lei estabelece o princípio da direção única exercida em cada esfera de governo, definindo atribuições e competências para a União, o Distrito Federal, os Estados e os municípios, comuns ou específicas.

Funções Administrativas

A gestão, ou a ação administrativa, pressupõe o desenvolvimento de um processo que envolve as funções de **planejamento, execução, direção e controle**. A Figura 4 apresenta o conceito simplificado de cada função, enfatizando o seu significado básico.

PLANEJAMENTO	ORGANIZAÇÃO	DIREÇÃO	CONTROLE
<ul style="list-style-type: none"> › Decisão sobre os objetivos. › Definição de planos para alcançá-los. › Programação de atividades. 	<ul style="list-style-type: none"> › Recursos e atividades para atingir os objetivos; órgão e cargos. › Atribuição de autoridade e responsabilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> › Preenchimento dos cargos. › Comunicação, liderança e motivação do pessoal. › Direção para os objetivos. 	<ul style="list-style-type: none"> › Definição de padrões para medir desempenho, corrigir desvios ou discrepâncias e garantir que o planejamento seja realizado.

Figura 4 – Elementos do processo de gestão
Fonte: Brasil (2011a, p. 20)

A implantação de programas de qualidade é um instrumento de modernização na gestão pública e deve enfatizar os princípios da qualidade e da participação, incorporando práticas de gestão por excelência, por resultados, e baseadas no desempenho, na prevenção de erros e na participação de servidores na definição dos processos de trabalho.

Gestão de Suprimentos

A **gestão de suprimentos**, como materiais e medicamentos, equipamentos e instalações, envolve transferir materiais da fonte (fabricante) ao usuário (transferir material insumos ao serviço para que o produto final seja a qualidade do paciente, sala cirúrgica) e sua disponibilização última (para um paciente, programa ou serviço).

A **gestão de materiais** envolve compra, distribuição, estocagem, orçamentação, controle e processamento. Na saúde, a gestão de materiais serve a um propósito duplo: proporcionar maior eficiência na utilização dos recursos orçados e retroalimentar a elaboração do orçamento e do planejamento de compras (BRASIL, 2011a).

Para o Ministério da Saúde, a **gestão de compras** visa a fundamentar as políticas de compras, a distribuição de materiais e medicamentos, além de gerenciar a compra e manutenção de equipamentos e instalações, para que haja a melhor utilização dos recursos.

A CF/88 explicita a obrigatoriedade de execução de processo de licitação pública nas compras públicas, incluindo aqui as do setor da saúde, por meio da **Lei n. 8.666**, de 21 de junho de 1993. Essa lei, dividida em cinco Capítulos, descreve em seus artigos as condições, restrições, modalidades de licitações e sanções pertinentes à contratação de obras, serviços, inclusive de publicidade, compras, alienações e locações no âmbito dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios (BRASIL, 1993). As formas de a Administração Pública contratar e as modalidades de contratação estão apresentadas na Figura 5.

SAIBA MAIS

A Lei n. 8.666/93, a Lei n. 10.520, de 17 de julho de 2002, Lei do Pregão, e a Lei 14133/21 constituem a legislação básica sobre licitações e contratos para a Administração Pública. Conheça a íntegra dessas leis no Portal do Planalto. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8666cons.htm> e <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10520.htm>; <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8666compilado.htm>; <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10520.htm> e <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Lei/L14133.htm>. Acesso em: 27 set. de 2021.

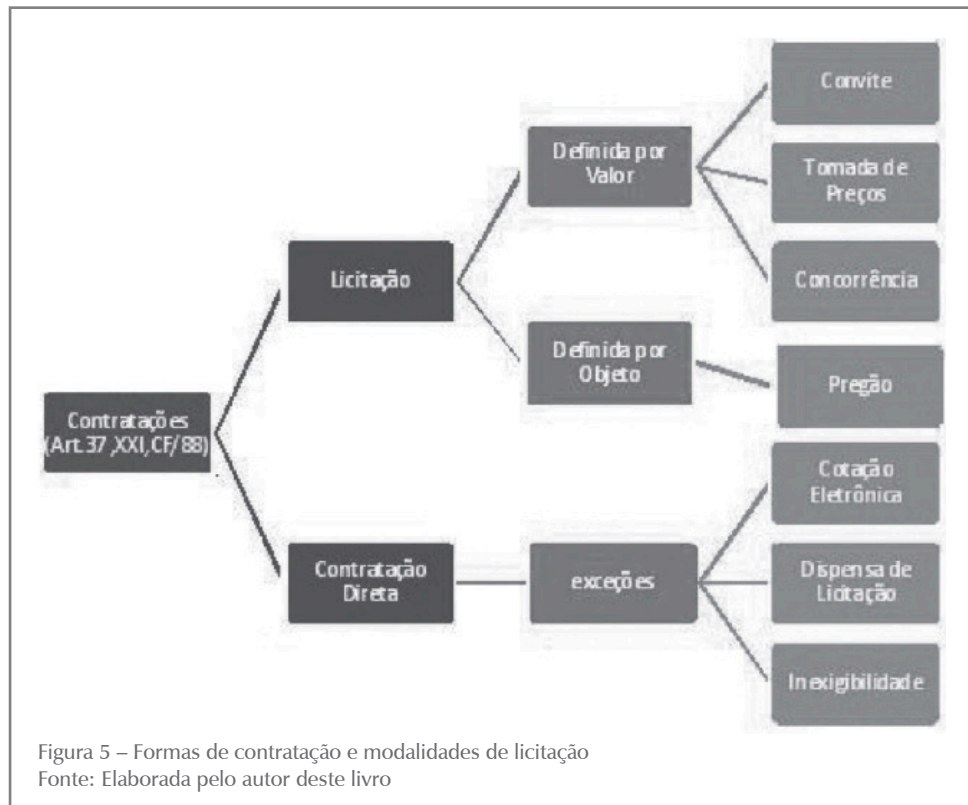


Figura 5 – Formas de contratação e modalidades de licitação
Fonte: Elaborada pelo autor deste livro

Em 01 de Abril de 2021 foi sancionada a Lei 14.133, ao qual estabelece normas gerais de licitação e contratação para as Administrações Públicas diretas, autárquicas e fundacionais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

O Processo de compras nacional na área pública deve obedecer à Lei 8666/93, Lei 14.133/21, Lei n. 10520/02 – pregão, Lei 12.462/11 – Regime Diferenciado de Compras (RDC), Decreto 3.555/00 pregão, Decreto 5450/05 pregão e cotação eletrônicos, Decreto 9178/17, entre outras legislações.

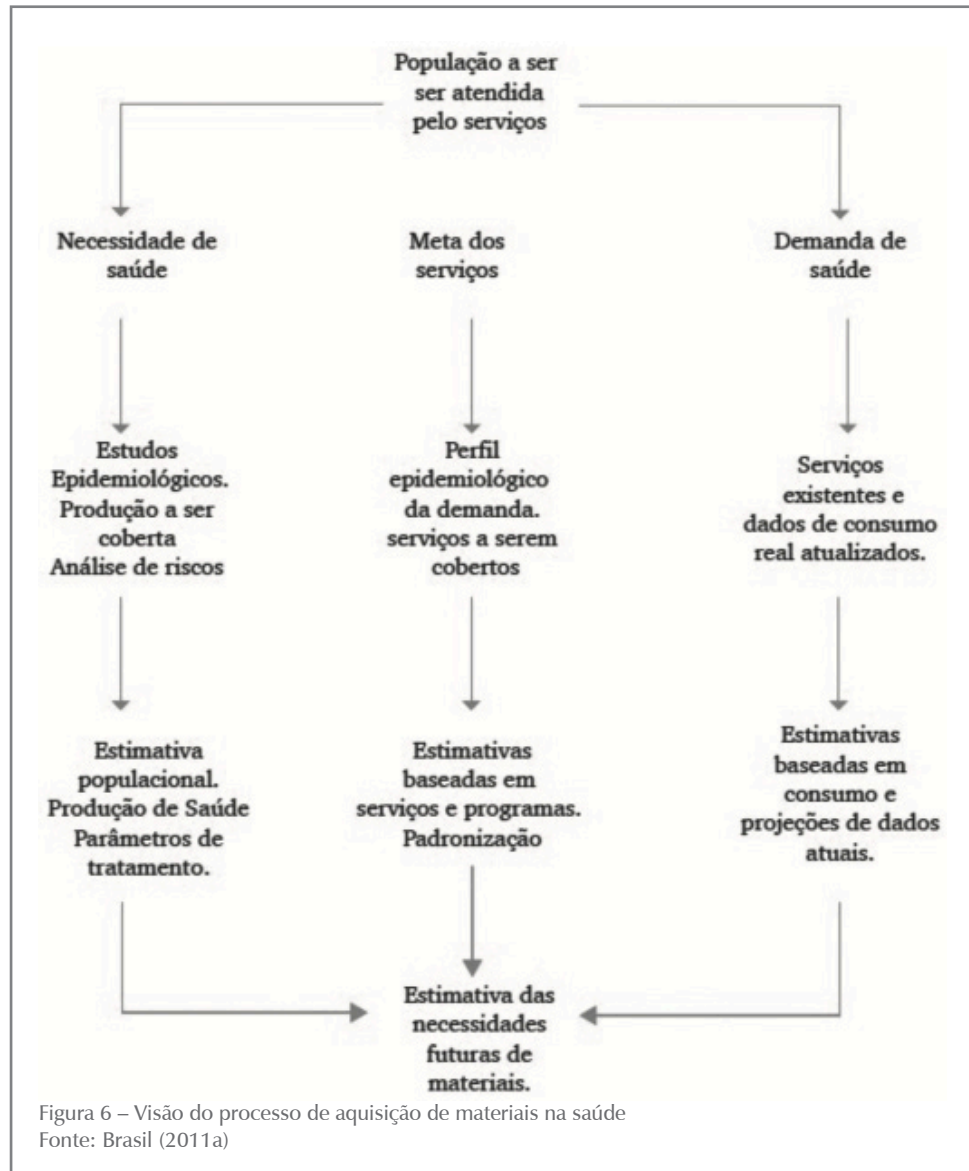
O processo de compras em saúde nem sempre apresenta a eficiência requerida. A complexidade de um processo típico de compras aumenta a importância do planejamento futuro. As principais áreas da gestão de insumos materiais são: **materiais e medicamentos, equipamentos e instalações.**

O Banco Mundial (2007) pontua algumas questões sobre a gestão de materiais:

- a aquisição de materiais e medicamentos representa 20% dos recursos financeiros no setor saúde e é geralmente de responsabilidade das secretarias de saúde estaduais e municipais; e
- quanto maior o valor das aquisições, mais complexos são os métodos e requerimentos para a realização da compra, no intuito de evitar a corrupção e o favoritismo de certos fornecedores. Essas dificuldades frequentemente resultam na falta de materiais e medicamentos ou na realização de compras de emergência, com preços bem mais altos para atender às necessidades imediatas. Isso pode ser evitado por meio de um melhor controle de estoques e aquisições em tempo hábil.

A área de saúde necessita de insumos, ou materiais básicos, como medicamentos, equipamentos médicos e materiais logísticos a serem utilizados em ações e serviços de atenção primária, de média e alta complexidade, de urgência e de emergência. Logo, a **gestão de recursos** envolve um processo mais abrangente do que a aquisição e controle de estoques de materiais: envolve o processo de **gestão logística dos materiais.**

A Figura 6 demonstra a visão do processo de aquisição de materiais na saúde.



Essa visão expressa que as estimativas das necessidades de material para futuras aquisições devem depender da análise da população a ser atendida combinada com a demanda de serviços, fundamentadas em dados epidemiológicos, séries históricas e projeções de consumo. É um trabalho complexo que exige análise de especialistas e deve ser orientado para a tomada de decisão quanto às compras ou à melhoria das condições de armazenamento e distribuição dos materiais.

Controle de Estoques

Estoques são todos os bens e materiais mantidos por uma organização para suprir demandas futuras. A efetiva **gestão de estoques** está prevista na Lei de Licitações, que apresenta ser de responsabilidade do órgão o controle dos bens estocados, de forma a não incorrer no mau uso dos recursos públicos.

A função predominante na gestão de estoques no setor público é a de alimentar a produção, no sentido de prover os materiais para a prestação

dos serviços. A questão da aquisição e do controle de estoque deve levar em conta o acesso aos materiais, seja dos usuários do SUS, seja dos órgãos prestadores de serviços.

Segundo Relatório do Banco Mundial (2007), o controle inadequado dos estoques e a existência de vários estoques paralelos dentro das unidades de saúde, além de métodos ineficientes de dispensar os medicamentos aos pacientes hospitalizados, contribuem para desperdícios, perdas e desvios significativos, possivelmente chegando a 10% do total.

Controle Patrimonial

O **controle patrimonial** representa o procedimento de controle dos bens de durabilidade superior a dois anos: móveis, equipamentos e outros classificados como material permanente (BRASIL, 2011a).

Segundo o Ministério da Saúde, os bens que são incorporados na carga patrimonial são os adquiridos por compra, comodato, doação (BRASIL, 2011h). Para controle desses bens, é necessário que se tenha um sistema que possibilite o monitoramento de suas movimentações. Nas movimentações internas é imprescindível o registro no sistema de patrimônio para garantir o controle físico dos bens; e, nas movimentações externas, entre órgãos, é necessária autorização formal do órgão que está cedendo o bem. O procedimento de baixa, isto é, de retirada quando das alienações por venda, doação ou permuta, sinistros furto, roubo, incêndio, entre outros, também exige procedimento específico.

O controle patrimonial é feito com base em leis federais, estaduais e normas internas dos órgãos, ou entidades, e dos responsáveis pelo seu controle interno e externo.

Suporte Logístico

Segundo o Ministério da Saúde, o **planejamento logístico** é responsável por monitorar e otimizar toda a cadeia logística, com o objetivo de garantir a distribuição de insumos estratégicos nos prazos previstos e necessários para atendimento eficiente e eficaz ao SUS (BRASIL, 2011g).

A cadeia logística de insumos estratégicos para saúde compreende, além do planejamento, a aquisição, a armazenagem e a distribuição dos Insumos Estratégicos em Saúde (IES).

O Ministério da Saúde possui um Sistema de Logística em Saúde (SILOS) idealizado no Departamento de Logística em Saúde (DLOG), pela Coordenação-Geral de Gestão e Planejamento Logístico em Saúde (CGGPL) e desenvolvido pelo DATASUS. Esse sistema busca suprir a necessidade de automação dos processos de planejamento, controle e monitoramento das compras de insumos estratégicos em saúde realizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012c).

O SILOS tem como objetivos gerir o processo de logística integrada do Ministério da Saúde, planejando, coordenando, orientando e avaliando o armazenamento e a distribuição dos produtos IES; aperfeiçoar, reduzir e agilizar os fluxos de compras; garantir a segurança e a integridade das informações; consolidar o plano de demanda do Ministério da Saúde; e assessorar as áreas demandadas.

Para contratação do fornecimento de bens e prestação de serviços relativos a IES, é necessária a criação do Termo de Referência eletrônico. Os procedimentos que devem ser adotados, por meio do DLOG, foram fixados pela **Portaria n. 2.710**, de 17 de novembro de 2011.

SAIBA MAIS

Essa legislação pode ser estudada por meio do *link* disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2710_17_11_2011.html>. Acesso em: 27 set. 2021.

Gestão de Recursos Humanos

O setor de saúde, conforme apresentado por Silva (2009), tem como característica a utilização intensiva de profissionais que exercem autonomia técnica. A autonomia técnica corresponde à liberdade de julgamento e de tomada de decisão frente às necessidades de saúde dos usuários. A organização e o fluxo do trabalho ficam sob a responsabilização dos profissionais técnicos. A autora apresenta uma relação direta entre a função recursos humanos e o processo de trabalho, o que implica uma relação entre a gestão de recursos humanos e os resultados esperados.

Na gestão de serviços de saúde, a importância dos recursos humanos é de conhecimento universal. A complexidade da área de saúde exige uma grande e complexa variedade de ocupações profissionais, sejam elas assistenciais ou administrativas. Isso complica o desenvolvimento e a implementação das principais funções de recursos humanos, como **recrutamento, retenção, remuneração, educação, qualificação e avaliação de desempenho**.

Apesar da relevância da gestão de recursos humanos, esse aspecto nem sempre tem a atenção devida dos gestores públicos, mas com certeza é um de seus maiores desafios, devido às características do setor. A complexidade das funções torna a definição das competências e o monitoramento das atividades algo complexo.

Mais do que em qualquer outro setor, a promoção da qualidade nos recursos humanos no setor saúde é muito importante, pois a adequação da qualificação do pessoal está relacionada com possíveis consequências de vida ou morte. Você concorda com essa assertiva? Reflita sobre ela e discuta sua conclusão com seus colegas de curso.

No setor público de saúde, o recrutamento e a retenção de pessoal competente podem ser desafiantes pela presença de um forte mercado de trabalho privado. Além disso, o gasto com pessoal é considerado de peso no orçamento geral do setor e varia de 60 a 65% dos gastos hospitalares e de 85 a 90% dos gastos em unidades ambulatoriais, sem, contudo, haver uma boa administração de recursos humanos (BANCO MUNDIAL, 2007).

O Banco Mundial apresenta alguns aspectos do perfil da gestão de recursos humanos no SUS. São importantes considerações que nos permitem entender como se dá a gestão desses recursos, uma vez que aponta a precariedade do controle de pessoal, a pouca supervisão das horas de trabalho e do absenteísmo (BANCO MUNDIAL, 2007). Também foi registrada a baixa qualificação e motivação dos profissionais e uma estrutura de incentivos que desestimula a produtividade e a eficiência.

Segundo Banco Mundial (2007), esses são problemas endêmicos, ou próprios, das secretarias e também das unidades de saúde. Para obtenção de melhora na qualidade do atendimento aos recursos humanos existentes e de seu alavancamento, é necessária maior responsabilização pela prestação de contas e pelo controle, treinamento e estrutura de incentivos que motive a eficiência dos colaboradores.

Também fica evidente que a legislação rígida que governa os recursos humanos no setor da saúde dificulta a gestão e a torna onerosa. Porém, esse não o único problema identificado. A prática de gestão inadequada ou a ausência de gestão são apontadas como causa do uso ineficiente de recursos e implicam: a composição de pessoal ineficiente, a adoção de práticas inadequadas, a ausência de sistema efetivo de incentivos e avaliação de desempenho e o baixo nível de remuneração para profissionais qualificados, resultando em alta rotatividade em muitas unidades, o que compromete a continuidade dos trabalhos.

Já abordamos neste capítulo o financiamento da saúde, a transferência e utilização de recursos, a eficiência do SUS, e a gestão administrativa com suas funções administrativas. Vamos falar no próximo tópico sobre a interrelação do público e do privado para a assistência à saúde.

O Público e o Privado na Saúde

O SUS, como já falado anteriormente, está fundamentado nos princípios de integralidade, universalidade, igualdade e financiamento por meio de tributos. No entanto, herdou do período anterior à Constituição de 1988, um forte segmento de prestadores e de empresas de assistência privada de saúde, os planos e seguros privados.

A permissão da iniciativa privada na assistência à saúde de forma complementar admite a contratação das instituições prestadoras privadas pelo Estado, pelas empresas que comercializam os seguros privados e, ainda, diretamente pela população, sendo que grande parte dos prestadores privados e dos médicos pode atuar tanto no sistema público como no privado (Santos, Santos e Borges; 2013).

Entre as características apresentadas pelo mix público -privado está a prestação e produção de serviços no SUS. Este produz serviços em unidades de saúde, incluindo os hospitais públicos e privados complementares, que podem ser conveniados ou contratados. Segundo Santos, Santos e Borges (2013), há diversas formas de imbricamento público -privado no campo da prestação de serviços:

1. nos casos em que os serviços de saúde não são prestados em unidades próprias (públicas). Nessa situação, a compra e a venda de serviços se dão entre o poder público e os prestadores privados;
2. devido a superposição de demandas aos prestadores privados, os quais prestam serviços às operadoras privadas de assistência à saúde e, paralelamente, vendem também serviços ao poder público (SUS);
3. pelo pagamento privado direto de empresas e indivíduos a prestadores privados de serviços de saúde, já que tais pagamentos constituem outro grande segmento de consumo de mercado;
4. pela compra junto a estabelecimentos públicos, seja por meio de seguros privados ou pelo pagamento privado direto, de serviços médico-hospitalares de média e alta complexidade, como os hospitais universitários e de ensino, que realizam serviços de saúde para o SUS. Esse arranjo é possível porque, embora o SUS não permita o financiamento privado de seus serviços, há uma lacuna na legislação que possibilita a venda dos serviços para o setor privado por meio das fundações criadas ou contratadas para gerenciar serviços desses hospitais, as quais não tem impedimento para vender serviços para o setor privado.

De acordo com as autoras (Santos, Santos e Borges, 2013), existe ainda outras formas de imbricamento público-privado que ocorrem no campo do financiamento, tais como:

- pelas desonerações fiscais a prestadores privados e consumidores dos seus serviços;
- pelo gasto de órgãos públicos com prestadores privados e operadoras de seguros de saúde para a assistência à saúde de seus trabalhadores e familiares, e:

- pelo uso de serviços do SUS por clientes de operadoras privadas, nos casos em que não ocorre o ressarcimento ao sistema público.

O setor privado prestador de serviços de saúde soube acomodar-se às novas regras estabelecidas no interior da política de saúde a partir do final da década de 80. Com a instituição do SUS e a definição da iniciativa privada ter um caráter complementar no funcionamento do sistema, este grupo (hoje composto também por novos segmentos empresariais) foi capaz de desviar seus investimentos para outras esferas da prestação de serviços de saúde, além dos convênios tradicionais com o sistema público, consolidando sua posição na política setorial (Bodstein e Souza, 2003).

O capital privado na saúde encontra-se diversificado em diversas frentes de atuação, por meio dos chamados planos de saúde, das cooperativas que mantêm convênio com os sistemas municipais ou, ainda, por intermédio da manutenção de convênios com o SUS. É certo que este segmento, visto no seu conjunto, mantém enorme vitalidade e capacidade de dinamização interna e de adaptação a mudanças nas regras do jogo.

O cenário hoje exhibe um arranjo complexo, onde coexistem novas formas de relação entre a área pública e a área privada, mas também entre os parceiros dentro do próprio setor público. Neste setor, com a consolidação do processo de descentralização, determinam-se experiências locais assentadas em modelos de gestão diversos, com maior ou menor incorporação do setor privado ao sistema, bem como formas distintas de tratar com mecanismos de controle sobre os serviços prestados pela estrutura conveniada (Bodstein e Souza, 2003).

Estão cada vez mais frequentes na pauta da política de saúde os mecanismos de regulação, como os para a contratualização, as centrais de regulação de leitos e de procedimentos especializados. Também aumentam os questionamentos, disseminação da implantação de diversas experiências de formas de gestão cada vez mais imbricadas entre o público e o privado na saúde, como as Organizações Sociais, e surgem sugestões de revisões do modelo jurídico dos prestadores públicos e privados, como por exemplo a proposta de Fundação Estatal (Santos, Santos e Borges, 2013).

As questões levantadas neste tópico são apenas algumas pinceladas referentes sobre a relação público-privada na saúde que necessita de mais pesquisas na área. O assunto é muito mais longo e profundo. Esperamos que tenha atizado a vontade de aprender ainda mais sobre esta relação tão complexa e que envolve muitos atores e situações.

TEXTO COMPLEMENTAR

Se você deseja aprofundar seu conhecimento sobre a gestão administrativa e financeira do SUS, aproveite as indicações de leitura a seguir:

- *Manual Instrutivo do Financiamento da Atenção Primária à Saúde* – disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portal-dab/publicacoes/manual_financiamento_aps.pdf>. Acesso em: 24 set. 2021.
- *Gestão Administrativa e Financeira do SUS* – disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.8.pdf>. Acesso em: 27 set. 2021.
- *Portal da Transparência do Governo Federal* – nesse portal são apresentadas informações quanto à utilização de recursos públicos na saúde e de assuntos relacionados à gestão pública. Disponível em: <<https://www.portaltransparencia.gov.br/sobre/o-que-e-e-como-funciona>>. Acesso em: 27 set. 2021.

Resumindo

Neste Capítulo apresentamos a você a Gestão Administrativa, Financeira e de Recursos Humanos do SUS, assim como a relação público-privada na saúde. Estes são tópicos de maior relevância para os gestores da saúde pública em quaisquer esferas de gestão. Demonstramos a estrutura básica das áreas administrativa e financeira do SUS no que diz respeito as entradas e utilização de recursos.

Também vimos como se constitui o SUS – planejamento, orçamento, financiamento e recursos humanos –, conforme dispositivos contidos na Lei Orgânica de Saúde, ou Lei n. 8.080/90.

As formas de gestão apresentadas nesta Unidade buscam propiciar a você, gestor público, subsídios para a adequação do seu trabalho, privilegiando a implementação de serviços necessários à atenção à saúde em seus âmbitos de atuação.

ATIVIDADES

Agora que apresentamos os conceitos de gestão de recursos, abordando aspectos referentes ao financiamento no SUS que fundamentam discussões sobre a gestão da operacionalização de recursos no SUS, você já tem subsídios para responder às atividades a seguir.

1. Os recursos para o financiamento da saúde são provenientes de onde? Comente sobre as principais leis e a sua importância para o financiamento da saúde?
2. Descreva as principais formas de transferência de recursos.
3. A ineficiência no setor saúde é discutida no dia a dia do cidadão brasileiro. Exemplifique o que você considera como ineficiência e apresente propostas para melhorar a alocação dos recursos da saúde.
4. Como as funções administrativas, a exemplo do controle de suprimentos, podem impactar na gestão financeira e na eficiência da prestação de serviços do SUS?
5. Especifique algumas situações da relação público-privado na prestação de serviços em saúde.

CAPÍTULO V

GESTÃO COMPARTILHADA
NO SUS

Prof. Márcio Augusto Gonçalves

Objetivos Específicos de Aprendizagem

Ao finalizar este Capítulo, você deverá ser capaz de:

- Entender a gestão do SUS sob a ótica das responsabilidades e atribuições dos diversos entes federados;
- Identificar as atribuições dos conselhos e colegiados no SUS; e
- Compreender o conceito de Contratualização e suas implicações nos resultados dos serviços de saúde no SUS.

Gestão Compartilhada no SUS

Prezado estudante,

Neste Capítulo, discutiremos a gestão do SUS considerando as dificuldades que possam advir de uma gestão compartilhada entre os entes federados, com interesses políticos muitas vezes diversos. Nesse contexto, foram criados mecanismos de negociação e pactuação para harmonizar e fortalecer a atuação das três esferas de governo nos processos de formulação e implementação de políticas de saúde.

Demonstraremos, também, a forma de contratação de serviços, com enfoque na Contratualização.

Para seu pleno entendimento, leia este Capítulo atentamente, pesquise os conteúdos sugeridos que possam complementar seu conhecimento e interaja com seus colegas de curso no AVA. Bons estudos!

Conforme apresentamos no Capítulo 1, o SUS foi regulamentado pela Lei n. 8.080/90 como um conjunto de ações e serviços de saúde que são prestados aos cidadãos pelos órgãos e instituições públicas das três esferas de governo (BRASIL, 1990a). Essa definição apresenta importante característica proposta para o SUS: a operacionalização do SUS requer uma atuação coordenada, e constantemente pactuada, entre as três esferas de governo – União, Estados e municípios.

A Gestão do SUS em cada Esfera de Governo

O SUS, desde a sua instituição pela Lei Orgânica da Saúde, vem sofrendo profundas mudanças, principalmente em razão do processo de descentralização das responsabilidades, das atribuições e dos recursos para Estados e municípios.

A concepção de gestão do SUS é de um sistema de saúde descentralizado, administrado democraticamente com a participação da sociedade organizada e das distintas esferas de governo. Podemos compreender o processo de descentralização em saúde no Brasil não apenas no âmbito das transferências de serviços, mas também das responsabilidades, do poder e dos recursos da esfera federal para a estadual e a municipal (BRASIL, 2011d).

Essa concepção de descentralização, a definição dos gestores e suas competências são importantes na discussão do papel de cada esfera de governo no SUS.

As funções do Executivo na saúde são desempenhadas, no âmbito nacional, pelo Ministro da Saúde; no âmbito estadual, pelo Secretário de Estado da Saúde; e, no âmbito municipal, pelo Secretário Municipal de Saúde. E os gestores da saúde desempenham práticas de gestão necessárias à implementação de políticas na área de saúde, como:

- a formulação de políticas e de planejamento;
- o financiamento da saúde;
- a coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema/redes e dos prestadores públicos ou privados); e
- a prestação direta de serviços de saúde.

Essas são consideradas macrofunções gestoras na saúde e cada uma delas compreende um conjunto de subfunções e de atribuições dos gestores do SUS em cada esfera governamental (Brasil, 2011).

Conforme já foi apresentado, em relação à organização, à direção e à gestão do SUS, a Lei n. 8.080/90 estabelece o princípio da direção única exercida em cada esfera de governo.

No Quadro 3, sintetizamos as atribuições e as competências de cada esfera de governo na gestão do SUS.

Gestor Federal	Gestor Estadual	Gestor Municipal
<ul style="list-style-type: none"> • formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição; • participar na formulação e na implementação das políticas de controle das agressões ao meio ambiente, de saneamento básico e relativas às condições e aos ambientes de trabalho; • definir e coordenar os sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade, de rede de laboratórios de saúde pública, de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária; • participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgãos afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana; • participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador; • coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica; • estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios; • estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano; • promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área da saúde; • formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais; • identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde; • controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde; • prestar cooperação técnica e financeira aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional; • elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde; • promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os municípios dos serviços e das ações de saúde, respectivamente de abrangência estadual e municipal; • normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados; • acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais; • elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com estados, municípios e Distrito Federal; • estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o território nacional, em cooperação técnica com estados, municípios e Distrito Federal. 	<ul style="list-style-type: none"> • promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde; • acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS); • prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde; • coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de: vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição e saúde do trabalhador; • participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana; • participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico; • participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho; • formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde, em caráter suplementar; • identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional; • coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa; • estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e a avaliação das ações e dos serviços de saúde; • formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano; • colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras; • acompanhar a avaliação e a divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da UF. 	<ul style="list-style-type: none"> • planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde; • participar do planejamento, da programação e da organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde, em articulação com sua direção estadual; • participar da execução, do controle e da avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho; • executar serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição, saneamento básico e saúde do trabalhador; • dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde; • colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes para controlá-las; • formar consórcios administrativos intermunicipais; • gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros; • colaborar com a União e com os estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras; • celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução; • controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde; • normatizar complementarmente as ações e os serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Quadro 3: Atribuições e competências dos entes federados
Fonte: Brasil 2011p. 35.

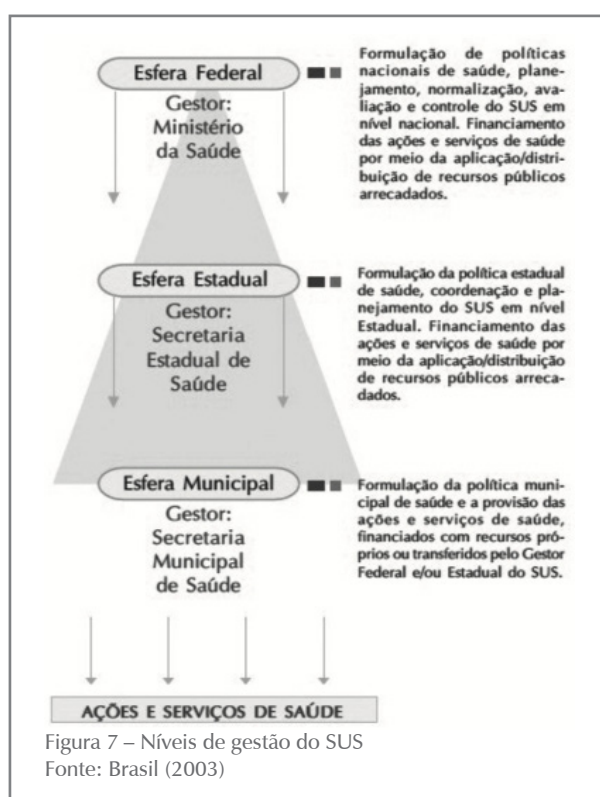
Além das competências específicas de cada esfera de governo citadas no quadro 3, podemos citar como atribuições comuns da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em seu âmbito administrativo, tais como:

- definir as instâncias e os mecanismos de controle, de avaliação e de fiscalização das ações e dos serviços de saúde;
- administrar os recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
- acompanhar, avaliar e divulgar o nível de saúde da população e as condições ambientais;
- organizar e coordenar o sistema de informação em saúde;
- elaborar normas técnicas e estabelecer padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
- e a promoção da saúde do trabalhador;
- participar na formulação da política e na execução das ações de saneamento básico e colaborar na proteção e na recuperação do meio ambiente;
- elaborar e atualizar periodicamente o Plano de Saúde;
- participar na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- elaborar proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS) em conformidade com Plano de Saúde;
- elaborar normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- realizar operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;
- atender as necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou irrupção de epidemias – para tanto, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;
- implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;
- elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para

a definição e o controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

- promover a articulação da política e dos planos de saúde;
- realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
- definir as instâncias e os mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
- fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

A Figura 7 mostra os níveis de gestão do SUS nas três esferas de Governo e destaca as competências políticas e financeiras de cada gestor.



Pacto pela Saúde

O Pacto pela Saúde é um marco importante na gestão do SUS, tanto administrativa quanto financeiramente, e foi regulamentado pela Portaria n. 399/06 (BRASIL, 2006b).

O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS acordado entre as três esferas de gestão (União, Estados e municípios) que objetivou promover inovações nos processos e nos instrumentos de gestão, visando a alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS. Ele redefiniu as responsabilidades de cada gestor em virtude das necessidades de saúde da população e da busca pela equidade social (BRASIL, 2006d).

As Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde consolidaram-se em três dimensões: Pacto Pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

A seguir, vamos detalhar os compromissos assumidos pelos entes federativos no Pacto pela Saúde, sempre preocupados com a realidade social, política e administrativa do País e com suas especificidades regionais. Confira!

O Pacto pela Vida

O Pacto pela Vida representa o compromisso do gestor do SUS com as prioridades que mais impactam a saúde da população, conforme apresentado na Portaria n. 399/06 do Ministério da Saúde. Esses compromissos prioritários de assistência derivam da situação da saúde da população e devem ser cumpridos pelos três entes federados. No Pacto pela Vida também são detalhados os objetivos propostos, os processos e os resultados pretendidos, bem como os compromissos orçamentários e financeiros.

Ao longo dos anos, desde a sua criação, as prioridades foram sendo alteradas. Em 2006, por exemplo, as prioridades eram:

- saúde do idoso;
- câncer de colo de útero e de mama;
- mortalidade infantil e materna;
- doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;
- promoção da saúde; e
- atenção básica à saúde.

Em 2008 algumas dessas prioridades foram alteradas e outras inseridas no programa, a exemplo das hepatites e da AIDS, na área de doenças emergentes e endemias.

Além dessas doenças, novas linhas foram inseridas, como:

- saúde do trabalhador;
- saúde mental;
- busca de maior resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência;
- atenção integral às pessoas em situação de risco ou de violência; e
- saúde do homem.

Pacto em Defesa do SUS

O Pacto em Defesa do SUS expressa os compromissos dos gestores com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do SUS, estabelecidos na CF/88. Esse Pacto buscou ações que visam a qualificar e a assegurar o SUS como política pública, tendo como uma de suas iniciativas a garantia de financiamento, de acordo com as necessidades do sistema.

No Pacto em Defesa do SUS, o fortalecimento da mobilização social por meio da promoção e desenvolvimento da cidadania é uma prioridade que toma a saúde como um direito. Por meio dele, buscou-se maior diálogo com a sociedade, para além dos limites institucionais do SUS. Também é prioridade desse Pacto elaborar e divulgar a **Carta dos Direitos dos Usuários do SUS**, a qual tem como princípios (BRASIL, 2007a, p. 3):

SAIBA MAIS

Leia a íntegra da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS no endereço eletrônico: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 09 out. 2021.

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

E você, já conhecia os princípios da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS? Reflita sobre como o Pacto em Defesa do SUS como política pública pode mobilizar a sociedade em prol do seu desenvolvimento e compartilhe suas ideias com seus colegas de curso do AVA.

O Pacto de Gestão

O Pacto de Gestão objetiva consolidar o processo de descentralização administrativa na perspectiva da solidariedade e da autonomia dos entes federados. Isso implica compartilhar responsabilidades, com a finalidade de qualificar a gestão pública do SUS, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas (BRASIL, 2006b).

O Pacto de Gestão estabeleceu diretrizes que valorizam a relação solidária entre os gestores do SUS. Os eixos de ação pactuados incluem a descentralização dos processos administrativos relativos à gestão nas Comissões Intergestores Bipartite, a partir de diretrizes e normas estabelecidas nessa Comissão; à regionalização do atendimento à saúde; ao financiamento da saúde, que considera o financiamento responsabilidades das três esferas de governo; à redução das iniquidades regionais e repasses fundo a fundo; entre outros.

O Pacto pela Saúde estabeleceu as “responsabilidades coletivas dos três entes gestores e o compromisso com resultados sanitários a serem atingidos em âmbito setorial” (LIMA; QUEIROZ, 2012, p. 235).

As relações federativas do SUS e a forma de atuação federal se modificaram a partir do Pacto pela Saúde, pela necessidade de maior cooperação intergovernamental na política de saúde e um maior protagonismo dos estados e municípios na condução da regionalização, por meio da flexibilização dos critérios a serem utilizados no planejamento regional (VIANA; LIMA, 2011).

Em 2011, o Decreto 7.508 regulamentou a Lei 8080/90, e propôs a organização do sistema, com destaque para as funções de planejamento, assistência à saúde e relações interfederativas no SUS. Ressaltou a organização do SUS de forma regionalizada e hierarquizada, e considerou a região de saúde, com a finalidade de agregar o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Para maior fortalecimento da articulação interfederativa, foram criadas as Comissões Intergestores Regionais (CIR), antigas Comissões de Gestão Regional (CGR), e reafirmado o papel das Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Comissões Intergestores Bipartite (CIB).

A Comissão Intergestora Tripartite (CIT)

A Comissão Intergestora Tripartite (CIT) é responsável pela definição de diretrizes, estratégias, programas, projetos e alocação de recursos do SUS. É coordenada pelo Ministério da Saúde, tem caráter nacional e conta com 15 membros, representantes das três esferas de governo, sendo cinco conselheiros do Ministério da Saúde, cinco do CONASS e cinco do CONASEMS. A representação de Estados e municípios nessa Comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões do País (BRASIL, 2011a).

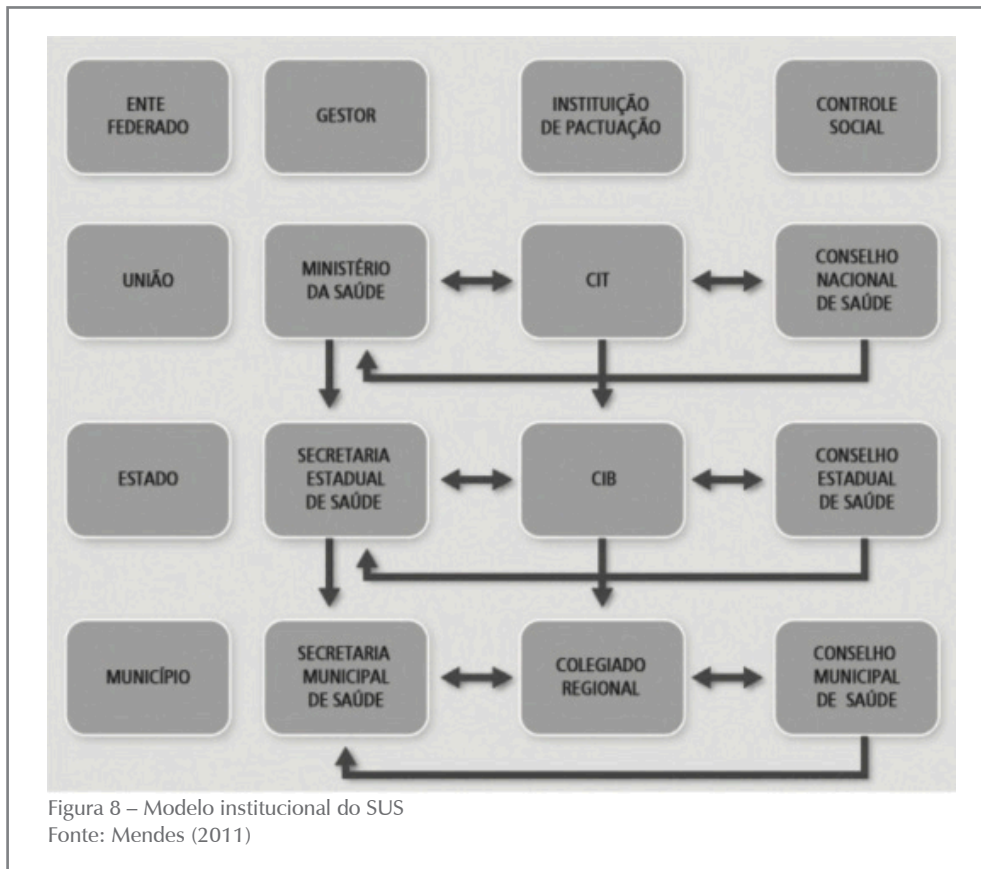
A CIT teve papel importante na regulamentação do processo de descentralização do SUS – que, por ser complexo, exigiu muitas negociações. Ela também foi relevante na discussão sobre os mecanismos de repasse de recursos financeiros federais do SUS a Estados e municípios. Muitas vezes são formados grupos técnicos dentro da CIT, compostos de representantes das três esferas, para o reconhecimento de demandas, conflitos e problemas comuns a elas. Na CIT não existe o mecanismo de voto

para a tomada de decisão: as resoluções devem ser tomadas por consenso, de forma a estimular o debate e a negociação (BRASIL, 2011d).

Comissão Intergestora Bipartite (CIB)

A Comissão Intergestora Bipartite (CIB) é a instância para negociação de aspectos operacionais do SUS em nível estadual, como a descentralização regional, com participação paritária. É composta de representantes da respectiva Secretaria Estadual de Saúde e dos municípios de cada Estado, indicados pelos COSEMS, existentes em cada unidade da federação (BRASIL, 2011d).

A Figura 8 apresenta o modelo institucional do SUS, representando as interligações entre os entes federados, os gestores, as instituições de pactuação e os órgãos de controle.



Participação da Comunidade na Gestão do SUS

A participação da comunidade na gestão do SUS está definida na Lei n. 8.080/90, cujas normas gerais orientam essa participação por meio de Conferências e Conselhos de Saúde, regulamentados pela Lei n. 8.142/90 (BRASIL, 2011d).

Segundo o Ministério da Saúde, as duas principais formas de participação da sociedade na gestão do SUS são:

- **Conferências de Saúde** – são instâncias colegiadas, de caráter consultivo, por meio das quais é possível o controle social no âmbito do Poder Executivo. Têm como objetivo avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes da política de saúde nos diversos níveis de governo. A Conferência Nacional de Saúde acontece de quatro em quatro anos, após a realização das conferências estaduais e municipais (BRASIL, 2011d).
- **Conselhos de Saúde** – têm atuação independente do governo, embora façam parte de sua estrutura e busquem participar da discussão de políticas de saúde. São órgãos do controle do SUS pela sociedade nas esferas municipal, estadual e federal. Os Conselhos têm caráter permanente e deliberativo e são compostos de representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Os Conselhos atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, em sua área de atuação, controlando até mesmo os aspectos econômicos e financeiros. As decisões dos Conselhos serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 2011d).

Nas Conferências e nos Conselhos de Saúde participam os seguintes segmentos da sociedade: usuários dos serviços de saúde, prestadores de serviços, profissionais de saúde e representantes do governo. Existem outras instâncias colegiadas responsáveis pelo gerenciamento do SUS, apreciando, entre outras questões, os pactos e as programações entre gestores e buscando a integração entre as esferas governamentais.

As principais instâncias para condução das negociações são as Comissões Intergestoras, subordinadas aos Conselhos de Saúde, que as fiscalizam e sobre elas deliberam. Surgiram a partir da necessidade de conciliar as características do sistema federativo brasileiro com as diretrizes do SUS (BRASIL, 2011c).

TEXTO COMPLEMENTAR

Toda sugestão de leitura complementar visa a engrandecer o seu processo de aquisição do conhecimento; portanto, uma ação que aprofunda o conteúdo elaborado pelo professor para cada Capítulo.

- *Diretrizes Operacionais para os Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão* – da Série A Normas e Manuais Técnicos. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/webpacto/regulacao.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2021.
- *Pacto pela Saúde: aproximações e colisões na arena federativa*. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/nBxQX8FRrFjTs6jb7YSVW6d/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 30 out. 2021.

Resumindo

Neste Capítulo discutimos a gestão compartilhada do SUS para compreender de que forma a Lei n. 8.080/90 preconiza a participação da sociedade no planejamento e controle da execução das ações e serviços de saúde. Participação esta que se dá por intermédio dos conselhos presentes na União, nos Estados e municípios.

Também compreendemos que a CIB, com a participação dos Estados e municípios, e a CIT, com a participação da União, Estados e Municípios, são os fóruns de discussões mais importantes para a efetiva participação da sociedade na gestão do SUS.

ATIVIDADES

Neste Capítulo você conheceu a gestão do SUS sob a ótica do compartilhamento das responsabilidades e atribuições entre os diversos entes federados. Confira se você teve bom entendimento do que lhe apresentamos realizando as atividades propostas a seguir. Se precisar de auxílio, não hesite em contatar seu tutor.

1. Defina o conceito de gestão compartilhada do SUS.
2. Delimite as atribuições e competências dos entes federados em relação à gestão do SUS.
3. Identifique as formas de participação da comunidade na gestão do SUS e descreva-as.
4. Demonstre como funciona a participação da comunidade na gestão do SUS em sua/seu cidade/Estado.

CAPÍTULO VI

REDES DE ATENÇÃO
À SAÚDE

Prof. Márcio Augusto Gonçalves

Objetivos Específicos de Aprendizagem

Ao finalizar este Capítulo, você deverá ser capaz de:

- Entender o conceito de Rede de Atenção à Saúde;
- Compreender os principais elementos constitutivos da Rede de Atenção à Saúde; e
- Refletir sobre os modelos de atenção e os níveis de atenção desse arranjo organizacional.

Redes de Atenção à Saúde

Prezado estudante,

Neste Capítulo, vamos apresentar o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde buscando fundamentar a discussão sobre os modelos de atenção à saúde. Nosso objetivo é facilitar seu entendimento por meio de um modelo de atenção diverso do modelo hierarquizado, apresentado nos Capítulos anteriores.

Assim, convidamos você a trilhar mais alguns passos nesta disciplina a fim de concluirmos nossos estudos sobre *Organização e Funcionamento do SUS*. Boa leitura!

A proposta de organização do SUS em Redes de Atenção à Saúde (RAS) é um conceito que está sistematizado de forma abrangente no livro *Redes de Atenção à Saúde*, de Eugenio Villaça Mendes, publicado em 2011.

A organização em redes propõe um arranjo organizacional que integra os diversos níveis de atenção à saúde de forma a buscar a otimização dos recursos em saúde. Diversas ações estão sendo implementadas para reforçar o atendimento em rede, como a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências.

As RAS têm por fundamento buscar a produção de serviços de saúde com maior eficácia e a melhoria na eficiência da gestão do sistema de

saúde no espaço regional, além de contribuir para o avanço do processo de efetivação do SUS.

O Ministério da Saúde apresenta as RAS como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde que apresentam diferentes densidades tecnológicas integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, objetivando a garantia à integralidade do cuidado (BRASIL, 2014).

Para que a proposta de um sistema integrado de saúde, fundamentado na assistência em rede, tenha mais resolutividade, devemos considerar a **economia de escala**, a qualidade na assistência, o acesso aos recursos e a sua disponibilidade (MENDES, 2011). Para o autor, essa é a assistência sem “muros”, isto é, sem barreiras de acesso entre os níveis de atenção: do domicílio ao hospital, dos generalistas aos especialistas, do setor público ao privado, ambos interligados, de forma a otimizar os recursos e a ampliar as oportunidades de cuidados adequados.

SAIBA MAIS

Discutimos economia de escala ao longo do Capítulo 4 deste livro. Se necessário, retome essa leitura.

Vamos entender como a proposta de atenção em rede difere do modelo hierárquico – piramidal – formado segundo as complexidades relativas de níveis de atenção?

Conforme demonstrado por Mendes (2011), o modelo hierarquizado é apresentado como um sistema fragmentado cujos pontos de atenção à saúde trabalham isolados e incomunicáveis, sendo, portanto, incapazes de prestar atenção contínua à população. Nesse modelo, a população atendida não está vinculada, ligada, ao atendimento na região dela. Diferentemente, as RAS são organizadas através de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde que prestam assistência contínua e integral a uma população definida.

O sistema de atenção à saúde brasileiro, como está atualmente normatizado, vige numa visão de estrutura hierárquica definida por níveis de complexidade crescentes, estabelecendo que a atenção primária à saúde seja menos complexa do que a atenção nos níveis secundário e terciário, o que leva a uma banalização da atenção primária à saúde e uma sobrevalorização, seja material ou simbólica, das práticas que exigem maior densidade tecnológica (MENDES, 2011). Para o autor, é um sistema fragmentado que apresenta sérios problemas teóricos e operacionais e está fundamentado num conceito equivocado de complexidade, incoerente com a situação de saúde, o que explica os poucos resultados sanitários obtidos no controle das condições crônicas pelo SUS.

O Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta as RAS, define que cada região deve oferecer serviços de atenção primária, ur-

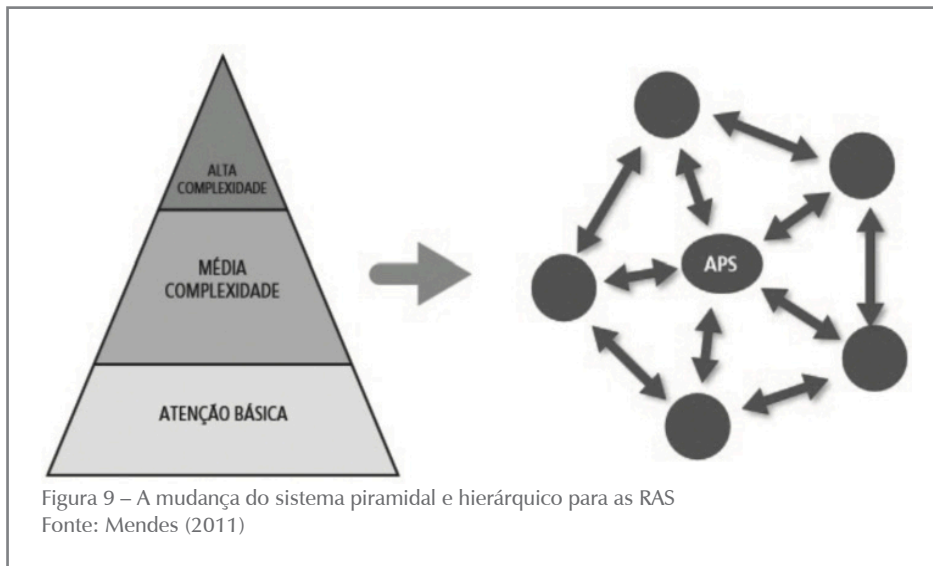
gência e emergência, atendimento psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, além de vigilância em saúde (BRASIL, 2011a). Também define que, em relação à hierarquização, as portas de entrada do SUS, pelas quais os pacientes podem ter acesso aos serviços de saúde, são: atenção primária; atenção de urgência e emergência; atenção psicossocial e, ainda, especiais, de acesso aberto.

Os Fundamentos das RAS

Para Mendes (2011), o sistema de atenção à saúde em rede deve apresentar as seguintes fundamentações: estar voltado para a atenção às condições crônicas; utilizar intensiva tecnologia da informação, de forma a eliminar os registros clínicos feitos à mão; promover a educação permanente dos profissionais de saúde; coordenar a assistência ao longo de toda a rede de atenção, incentivando o trabalho multidisciplinar e monitorando os processos e os resultados do sistema.

As RAS, como dito anteriormente, devem fundamentar-se em economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção (MENDES, 2011).

A proposta de organização em RAS está ilustrada na Figura 9 e apresenta as mudanças do sistema de atenção à saúde da forma hierárquica para o modelo de RAS, tendo como ponto central a atenção primária em saúde.



Os Elementos Constitutivos das RAS

Mendes (2010) apresenta três elementos fundamentais das RAS: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. Uma mudança fundamental apresentada pelo autor é a da gestão com base na oferta para a gestão com base na população.

A População

A população sob a responsabilidade sanitária e econômica das RAS é apontada por Mendes (2011) como seu primeiro elemento e sua razão de ser – sua marca.

A atenção à saúde baseada na população é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, sob sua responsabilidade, segundo os riscos, de implementar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas preferências. (MENDES, 2010, p. 2.300).

Para que uma população seja de responsabilidade das RAS, deve haver a organização do cadastramento das famílias, de forma a poder identificar informações que permitam avaliar os fatores de riscos e estratificar as condições de saúde estabelecidas. Essas informações devem estar em sistemas informatizados que permitam vincular as famílias à unidade de atenção primária à saúde/equipe da Estratégia de Saúde da Família, conforme definido no Programa Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012a).

A Estrutura Operacional

A estrutura operacional é o segundo ponto essencial das RAS e constitui-se dos nós das redes e das ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós (MENDES, 2010). A estrutura operacional compõe-se de cinco elementos, conforme apresentado por Mendes (2011): o centro de comunicação das redes de atenção; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança. Esses componentes serão detalhados mais à frente.

Os componentes da estrutura estão representados na Figura 10. Os três primeiros correspondem aos nós das redes, o quarto corresponde às ligações que comunicam os diferentes nós e o quinto componente governa as relações entre os quatro primeiros.

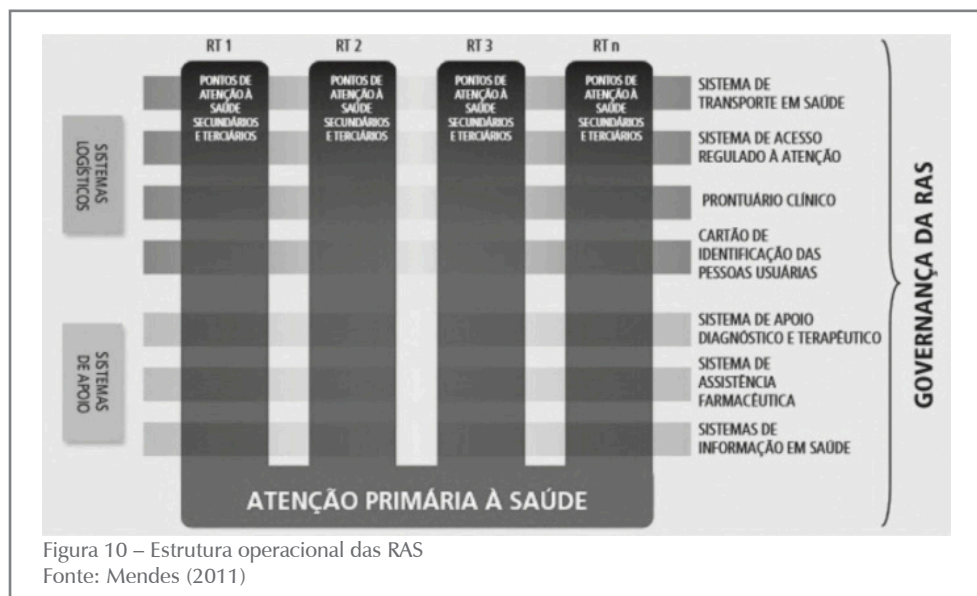


Figura 10 – Estrutura operacional das RAS
Fonte: Mendes (2011)

Centro de Comunicação das RAS

É o nó que coordena os fluxos e contrafluxos do sistema de atenção à saúde. É constituído pela atenção primária à saúde – a unidade de atenção primária à saúde ou a equipe do Programa de Saúde da Família.

Os Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários

São os nós da rede que ofertam determinados serviços especializados. Em geral, os pontos de atenção secundária e terciária são constituídos por unidades hospitalares e por unidades ambulatoriais, estas podendo estar situadas em hospitais ou fora deles.

Os nós secundários têm menor densidade tecnológica que os nós terciários e tendem a ser mais concentrados espacialmente (MENDES, 2010) e, por isso, ofertados nas microrregiões sanitárias, compondo o nível de atenção secundária, ou de média complexidade. Os pontos de atenção terciária, por sua alta densidade tecnológica, são ofertados nas macrorregiões sanitárias, compondo o nível de atenção terciária, ou de alta complexidade. Contudo, ao comporem as RAS, não há subordinação entre eles, uma vez que são igualmente importantes para a conquista de objetivos comuns.

Na proposta das RAS, os pontos de atenção secundária e terciária trabalham de forma integrada, planejada e articulada com os demais níveis de atenção. Nos pontos de atenção secundária de uma RAS, durante todo o tempo, são estabelecidas linhas-guias de condução do atendimento, construídas com base em evidências e protocolos clínicos, que normalizam, em detalhes, toda a carteira de serviços ofertada.

Para Mendes (2011), os hospitais, nas RAS, devem desempenhar função diferenciada das definidas atualmente. Eles devem estar inseridos sistematicamente e de forma integrada nos demais pontos de atenção das diferentes redes temáticas de atenção à saúde; cumprir principalmente a função de atender às condições agudas e aos momentos de agudização das condições crônicas, conforme estabelecido em diretrizes baseadas em evidência; ter seus recursos reorganizados, para que possam prestar atenção hospitalar no lugar certo, com custo certo e com qualidade certa; introduzir tecnologias de gestão da clínica, a partir do desenvolvimento e da incorporação de diretrizes clínicas, construídas com base em evidências.

Serviços de Apoio

Mendes (2011) afirma que os serviços de apoio são o terceiro componente das RAS, sendo apresentados como os lugares institucionais onde são prestados serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde. Os pontos de apoio estão organizados em três campos distintos: do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde.

O Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

O sistema de apoio diagnóstico e terapêutico envolve os serviços de diagnóstico por imagem, os serviços de medicina nuclear diagnóstica e terapêutica, a eletrofisiologia diagnóstica e terapêutica, as endoscopias, a hemodinâmica e a patologia clínica (anatomia patológica, genética, bioquímica, hematologia, imunologia e microbiologia e parasitologia). Devem estar organizados em rede, integrados nas RAS como componente transversal de todas as redes temáticas, conjugando, dialeticamente, escala, qualidade e acesso e distribuídos, otimamente, pelos territórios locais, microrregionais e macrorregionais, de acordo com suas densidades tecnológicas e com a disponibilidade de recursos para operá-los (MENDES, 2011).

O Sistema de Assistência Farmacêutica

O sistema de assistência farmacêutica, conforme apresentado por Mendes (2010), envolve:

[...] organização complexa exercitada por um grupo de atividades relacionadas com os medicamentos, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade, englobando intervenções logísticas relativas à seleção, à programação, à aquisição, ao armazenamento e à distribuição dos medicamentos, bem como ações assistenciais da farmácia clínica e de vigilância, como o formulário terapêutico, a dispensação, a adesão ao tratamento, a conciliação de medicamentos e a farmacovigilância. (MENDES, 2010, p. 2.301).

Para o autor, os dois grandes componentes do sistema de assistência farmacêutica são a logística dos medicamentos e a farmácia clínica.

Os Sistemas de Informação em Saúde

A construção social das RAS, para serem consequentes, devem estar suportadas por informações de qualidade, ofertadas por bons sistemas de informação em saúde (MENDES, 2010). O autor assevera que os sistemas de informação em saúde constituem-se num esforço integrado para coletar, processar, reportar e usar informação e conhecimento para influenciar as políticas, os programas e a pesquisa em saúde.

Os Sistemas Logísticos das RAS

Mendes (2011) apresenta um quarto componente das RAS: os sistemas logísticos. Os sistemas logísticos são soluções, fundamentadas em tecnologias da informação, que visam a garantir a organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas nas RAS. Isso permite um sistema de referência e contrarreferência ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio, nessas redes. Estão ligados ao conceito de integração vertical, obtendo menores custos de transação no sistema e aumento da produtividade pela otimização dos recursos.

Os principais sistemas logísticos das RAS são o cartão de identificação dos usuários, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transporte em saúde (MENDES, 2010).

O Sistema de Governança Único

O quinto componente das redes de atenção à saúde é o sistema de governança. Mendes (2010) apresenta a governança das RAS como o arranjo organizativo uni ou pluriorganizacional que possibilita definir objetivos de curto, médio e longo prazo. Esse arranjo articula os nós de forma a permitir a gestão de todos os componentes das RAS e objetiva maior cooperação entre eles, aumento de interdependência e melhores resultados sanitários e econômicos para a população atendida. Para o autor, a governança de redes deve ser feita por meio de arranjos interfederativos, materializados por meio das Comissões Intergestores. Dessa forma, haveria a definição da missão e dos objetivos de todos os nós da rede, num trabalho conjunto para melhoria da assistência.

O Modelo de Atenção à Saúde

O terceiro elemento constitutivo das RAS são os modelos de atenção à saúde. Os modelos de atenção à saúde são definidos por Mendes (2010, p. 2.302) como:

Sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevacente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

Os modelos de atenção à saúde, conforme apresentado por Mendes (2010), são basicamente voltados ao atendimento de condições agudas de saúde ou ao atendimento de condições crônicas de saúde.

Acompanhe, a seguir, as diferentes propostas de atendimento desses modelos.

Atualmente, o modelo de atenção à saúde foca o atendimento das condições agudas. Isso significa que o modelo é centrado na doença, no atendimento; e os hospitais têm maior importância.

O modelo de saúde proposto pela RAS está centrado no atendimento das condições crônicas e foi definido por Mendes (2010) como Modelo de Atenção Crônica (MAC), centrado na Unidade Primária de Saúde.

Vamos exemplificar o MAC para facilitar a sua compreensão.

Considere o caso do senhor José, paciente diabético e hipertenso. Tomando como base o modelo de atenção às condições agudas, o senhor José, no caso de ter uma crise de pressão arterial ou uma crise glicêmica, seria atendido em um hospital. No MAC, centrado na Atenção Primária à Saúde (APS), o senhor José seria identificado em sua comunidade, faria parte do cadastro da Unidade Primária de Saúde, ou da equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), que identificaria que ele é um paciente crônico (por apresentar hipertensão e diabetes). Assim, seria possível identificar o grupo de risco do senhor José, que teria o acompanhamento sistematizado da equipe da ESF, com a disponibilização dos medicamentos e exames necessários para o controle da sua doença. Caso houvesse a necessidade de hospitalização, a equipe de ESF encaminharia e acompanharia o tratamento a ser realizado no hospital e também após a internação.

O exemplo esclareceu o funcionamento do MAC? Em caso de restar alguma dúvida, contate seu tutor antes de continuar sua leitura.

Essa é a proposta de rede integrada e centrada na população de risco, e não nas condições de agudização da doença. Mendes (2010, 2011) apresenta diversos estudos empíricos que evidenciam que os modelos centrados na APS apresentaram resultados melhores e mais equitativos; foram mais eficientes; tiveram custos menores e produziram mais satisfação para as pessoas usuárias quando comparados com sistemas de fraca orientação para a APS. No MAC apresentado por Mendes (2011), o modelo de rede está centrado na atenção primária, o que implica superar o paradigma atual da atenção básica.

E nesse contexto, o modelo proposto só prestará serviços de qualidade se a APS apresentar todos os atributos e funções. Atualmente, no Brasil, a ESF representa um ciclo de APS, sem contudo ter a qualidade necessária no atendimento prestado. Isso pela necessidade de investir mais na atenção primária, com maior disponibilização de recursos, criação de equipes multiprofissionais e aumento nas condições tecnológicas, de forma a melhorar a qualidade do serviço prestado.

Essa é uma mudança paradigmática prioritária para os gestores do SUS, nas três instâncias federativas. E, muito importante, não será uma mudança tão barata, pois exigirá investimentos adicionais consideráveis.

O Quadro 4 apresenta uma síntese comparativa entre o modelo hierarquizado, fragmentado, e o modelo integrado, que traz a proposta de RAS.

CARACTERÍSTICAS	SISTEMA FRAGMENTADO	RAS
Coordenação da atenção	Organizado por componentes isolados.	Organizado por um contínuo de atenção.
Forma de Organização	Organizado por níveis hierárquicos.	Organizado por uma rede polir- quica.
Foco	Orientado para a atenção a condições agudas por meio de unidades de pronto atendimento.	Orientado para a atenção a condições crônicas e agudas por meio de uma RAS.
Objetivos	Objetivos parciais de diferentes serviços e resultados não médicos.	Objetivos de melhoria da saúde de uma população com resultados clínicos e econômicos medidos.
População	Voltado para indivíduos.	Voltado para uma população adscrita estratificada por subpopulações de risco e sob responsabilidade da RAS.
Sujeito	O sujeito é o paciente, que recebe prescrições dos profissionais de saúde.	O agente é corresponsável pela própria saúde.
Forma de ação do sistema	Reativa e episódica, acionada pela demanda dos usuários.	Proativa e contínua, baseada em planos de cuidado de cada usuário, realizados conjuntamente pelos profissionais e pelo usuário e com busca ativa.
Ênfase nas intervenções	Curativas e reabilitadoras sobre condições estabelecidas.	Promocionais, preventivas, curativas, reabilitadoras ou paliativas, atuando sobre determinantes sociais da saúde intermediários e primários e sobre as condições de saúde estabelecidas.
Modelo de atenção à saúde	Fragmentado por ponto de atenção à saúde, sem estratificação de riscos e voltado para as condições de saúde estabelecidas.	Integrado, com estratificação de riscos.
Modelo de Gestão	Gestão por estruturas isoladas (gerência hospitalar, gerência APS etc.)	Governança sistêmica que integra a APS, os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e logísticos.
Tecnologia da Informação	Fragmentada, pouco acessível e com baixa capilaridade.	Integrada e articulada em todos componentes da RAS.
Ênfase do cuidado e conhecimento da ação clínica	Cuidado profissional centrado nos profissionais, especialmente os médicos.	Cuidado multiprofissional, atenção colaborativa.
Planejamento	Gestão da oferta.	Gestão de base populacional.
Sistema de financiamento	Financiamento por procedimentos.	Financiamento por captação ou por desfecho de condições de saúde.
Organização territorial	Territórios político-administrativos definidos pela lógica política.	Territórios definidos pelos fluxos sanitários da população em busca de atenção.
Participação social	Participação social passiva e comunidade vista como cuidadora.	Participação social ativa por meio de conselhos de saúde, com presença na governança em rede.

Quadro 4 - Diferenças entre o sistema fragmentado e as RAS
Fonte: Mendes (2011)

Política de Urgência e Emergência

A política de urgência e emergência do SUS e a ESF constituem uma organização dos serviços de saúde em rede. A Rede de Atenção às Urgências no SUS, inicialmente fundamentada pela Portaria n. 1.863, de 29 de setembro de 2003, está regulamentada pela Portaria n. 1.600, de 7 de julho de 2011. Essa portaria reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências visando a organizar o atendimento de urgência no SUS e a definir suas diretrizes: melhoria do acesso, regionalização, garantia do atendimento de caráter multiprofissional, entre outros.

A Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. A base do processo e dos fluxos assistenciais da Rede de Atenção às Urgências são o **acolhimento com classificação do risco***, a qualidade e a resolutividade na atenção e deve ser requisito de todos os pontos de atenção, tendo como prioridade as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica. A operacionalização da Rede de Atenção às Urgências será gradual e seguirá fases para sua execução (MENDES, 2011).

SAIBA MAIS

***Acolhimento com Classificação de Risco** – é um modo de operar os processos de trabalho em saúde assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários. Fonte: Brasil (2009b).

TEXTO COMPLEMENTAR

Para saber mais sobre as RAS e, assim, refletir com propriedade sobre os modelos de atenção à saúde mencionados neste Capítulo, leia as obras sugeridas a seguir.

- *Redes de Atenção à Saúde* – de Eugenio Vilaça Mendes. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2021.
- *Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências* – da Série E Legislação da Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2021.

Resumindo

Neste último Capítulo demonstramos os conceitos e a proposta de organização e funcionamento das RAS, modelo idealizado principalmente por Eugênio Villaça Mendes e apresentado no seu livro *Redes de Atenção à Saúde*. Esse modelo contrapõe-se ao sistema fragmentado implementado pelo SUS e vigente no País.

ATIVIDADES

Preparamos para você algumas atividades com o objetivo de reforçar o conteúdo apreendido neste Capítulo. Caso tenha alguma dúvida, faça uma releitura cuidadosa dos conceitos ainda não entendidos ou, se achar necessário, entre em contato com seu tutor.

1. Segundo Mendes (2010), o sistema de atenção à saúde em rede deve apresentar as seguintes fundamentações: estar voltado para a atenção às condições crônicas; utilizar intensiva tecnologia da informação, de forma a eliminar os registros clínicos feitos à mão; promover a educação permanente dos profissionais de saúde; coordenar a atenção ao longo da rede de atenção; incentivar ao trabalho multidisciplinar; e monitorar os processos e os resultados do sistema. Identifique situações e ações que reforcem as fundamentações das RAS nos meios de comunicação disponíveis.
2. Quais são os atributos de uma RAS?
3. As RAS constituem-se de três elementos fundamentais: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. Delimite as características de cada elemento.
4. Baseado no conteúdo aprendido durante todo o curso, busque uma situação ocorrida no SUS e a analise nas diversas perspectivas existentes: planejamento, gestão de recursos, princípios do SUS, gestão da informação, consulta em sistemas existentes, gestão administrativa do SUS, RAS, níveis de atenção à saúde etc.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estamos finalizando a nossa disciplina *Organização e Funcionamento do SUS*. Esperamos que o conteúdo disponibilizado a você sobre a complexidade do sistema de saúde brasileiro, que é único e integral, permita-lhe refletir sobre quais práticas tornam o atendimento em saúde eficiente, eficaz e efetivo. Como dissemos na apresentação deste livro, o SUS é a melhor proposta de sistema de saúde do mundo. No entanto, não está livre de inadequações.

Não pretendemos aqui esgotar esse assunto, pois muito ainda precisa ser pesquisado, analisado e melhorado, como será feito complementarmente por meio do estudo das demais disciplinas deste curso.

Desejamos que esta disciplina tenha aguçado a sua curiosidade e, cada vez mais, que você se aprofunde nos conhecimentos em torno da gestão dos serviços da saúde. Esperamos, ainda, que você tenha compreendido que todos somos usuários do SUS, conforme apresentado no I Seminário Nacional do Observatório de Custos por um dos grandes construtores do processo de gestão do SUS, o professor e consultor da OPAS/MS Elias Antônio Jorge, “[...] o SUS será ‘SUSstentável’ quando toda a comunidade se comprometer em exigir a qualidade e a transparência dos recursos utilizados”. Sucesso!

REFERÊNCIAS

ALEMÃO, M. M. **Financiamento do SUS paralelo aos gastos na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais**: um estudo de caso compreensivo fundamentado na base de conhecimento gerada com metainformação custo. 2012. 186 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal de Minas Gerais, 2012. Disponível em: <<http://cepead.face.ufmg.br/btd/files/366/a366t1.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2014.

ANDREAZZI, M. F. S. **Formas de remuneração de serviços de saúde**. Texto para Discussão n. 1.006. Brasília, DF: PEA, 2003. Disponível em: <https://ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_1006.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2014.

BANCO MUNDIAL. Relatório N. 36.601–BR. Brasil. **Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil**: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos. 2007. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Governanca_SUS_-_Relatorio_banco_mundial.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2014.

BARRETO, Mena. **Heliponto do Hospital João XXIII agiliza atendimentos e salva vidas, em MG**. 2011. Disponível em: <<http://www.pilotopolicial.com.br/heliponto-do-hospital-joao-xxiii-agiliza-atendimentos-e-salva-vidas-em-mg/>>. Acesso em: 26 jun. 2014.

BIREME. **Portal Biblioteca Regional de Medicina**. 2014. Disponível em: <<http://www.bireme.br/local/Site/bireme/P/descricao.htm>>. Acesso em: 2 jan. 2014.

BODSTEIN, R.; SOUZA, R.G. Relação Público e privado no setor saúde: tendências e perspectivas na década de 90. In: GOLDENBERG, P., MARSIGLIA, RMG and GOMES, MHA., orgs. **O Clássico e o Novo**: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 444 p. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/d5t55/pdf/goldenberg-9788575412510-19.pdf>>. Acesso: 20 set. 2022.

BRAGA NETO, F. C.; BARBOSA, P. R.; SANTOS, I. S. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, L. *et alli*. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 2009a. 3. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde. 480 p.: il. color. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2014.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. 4. ed. Brasília, DF: CONASS, 2011b. v. 4. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da saúde**. 2. ed. Brasília, DF: CONASS, 2011c. v. 2. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. 1. ed. Brasília, DF: 2011d. Coleção Para Entender a Gestão do SUS.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. 2006a. Brasília, DF: Ed. CONASS. 164 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **A Gestão Administrativa e Financeira no SUS**. Brasília, DF: CONASS. 2011a. Disponível em: <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_8.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2014.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 11 abr. 2014.

_____. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2011e. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 2 jul. 2014.

_____. **Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3 do art. 198 da Constituição Federal Brasília. 2012d. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 9 jun. 2014.

_____. **Lei n. 10.520, de 17 de julho de 2002**. Institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências. 2002a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10520.htm>. Acesso em: 11 mar. 2014.

_____. **Lei n. 4.320, de 17 de março de 1964**. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. 1964. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4320.htm>. Acesso em: 11 abr. 2014.

_____. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 3 abr. 2014.

_____. **Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 31 jan. 2014.

_____. **Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993**. Regulamenta o artigo 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8666cons.htm>. Acesso em: 16 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007a. 9 p. (Série E. Legislação de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS. DATASUS**. 2014a. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATA-SUS/index.php>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Gestão financeira do Sistema Único de Saúde**: manual básico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Fundo Nacional de Saúde. 2003. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Manual%20FNS.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). 2011f. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 30 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 2.710, de 17 de novembro de 2011**. Fixa os procedimentos a serem adotados nas contratações destinadas ao fornecimento de bens e à prestação de serviços relativos a Insumos Estratégicos para a Saúde (IES) por meio do Departamento de Logística em Saúde (DLOG/SE/MS). 2011g. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2710_17_11_2011.html>. Acesso em: 30 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 204 de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. 2007b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-204.htm>>. Acesso em: 30 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 3.085, de 1º de dezembro de 2006**. Regulamenta o Sistema de Planejamento

do SUS. 2006d. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 dez. Seção 1, p. 39-40.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006b. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43-51.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2006c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 2 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Manual Técnico Operacional do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - SIGTAP**. 2011h. Disponível em: <ftp://ftp2.datasus.gov.br/pub/sistemas/tup/downloads/manual/sigtap_web_manual.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009d. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. 2014b. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS: acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. 2009b. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 56 p.: il. color.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Logística em Saúde. Coordenação Geral de Gestão e Planejamento Logís-

tico em Saúde. **SILOS: Sistema de Logística em Saúde: guia do usuário**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde**. SIOPS. 2012b. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 3 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil: síntese**. 2005. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_pela_saude_ac.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Programação anual de saúde 2013**. PAS. 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PAS_2013.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos**. 2009c. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno2_planejasus_2ed.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2014.

_____. **Portaria n. 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Aprova a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. 1996. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 10 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS. **Organização Pan-Americana da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 140p. Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/siops>>. Acesso: 20 set 2021.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **A Gestão do SUS: Para Entender a Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf>>. Acesso em: 15 agosto 2021.

_____. **Emenda Constitucional n.95**. Brasília, DF: Casa Civil, 2016. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em 13 de agosto de 2021.

CARVALHO, D. M. T. de. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. **Revista Ciência Saúde Coletiva** [online], v. 12, n. 4, p. 879–892, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400010>>. Acesso em: 20 mar. 2014.

FARMACIA POPULAR. **Serviços**. [2014]. Disponível em: <<http://www.farmacianacional.com.br/loja/institucional/10/servicos/1>>. Acesso em: 26 jun. 2014.

GIOVANELLA, L. *et alli*. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.. **Atenção primária à Saúde**. In: GIOVANELLA, L. *et alli*. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

GONÇALVES, M. A.; TEIXEIRA, L.; FROES, E. Gestão estratégica de informações baseada em custo: um estudo de aplicação no setor serviços. **Revista Brasileira de Administração Contemporânea (RBAC)**, Rio de Janeiro: ANPAD. 1998.

GONÇALVES, M. A. **Estudo comparativo da gerencia de organizações usando informações financeiras**. 2002. 452f. Tese (Doutorado em Administração) – Aston University. Reino Unido, 2002.

_____*et alli*. Gestão hospitalar: a aplicabilidade do sistema ABC. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde (RAHIS)**, v. 4, p. 73–86, 2010.

HOUAISS, Instituto Antônio Houaiss. **Dicionário eletrônico da Houaiss da Língua Portuguesa**. Versão monousuário, 3.0. Objetiva: junho de 2009. 1 CD-ROM.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa da assistência médico-sanitária**. 1999. Rio de Janeiro: IBGE.

JACCOUD, L.; VIEIRA, F. S. **Federalismo, Integralidade e Autonomia no SUS**: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação. Texto para Discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: 2018. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33855>. Acesso em: set. 2021.

LA FORGIA, G.M.; COUTTOLENC, B. **Desempenho hospitalar no Brasil**: em busca da excelência. 2009. Editora Singular.

LIMA, L. D.; QUEIROZ, L. F. N. O processo de descentralização e regionalização do SUS no contexto do pacto pela saúde. In: MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. **Políticas de Saúde no Brasil**: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 229 – 252, 2012.

MARINHO, A.; CARDOSO, S.S., ALMEIDA, V. V. **Uma política de investimentos defensiva para o resultado operacional de hospitais públicos na presença de filas e de desigualdades de acesso a hospitais privados**. Rio de Janeiro: IPEAD, 2009. Texto para Discussão 1.418.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. **Revista Ciência Saúde Coletiva** [online], v.15, n.5, p. 2297–2305, 2010. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Ed. Organização Pan-Americana da Saúde. 2011. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1402&Itemid=>. Acesso em: 5 jan. 2014.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. **Manual do Gestor Municipal de Saúde**. 2009. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/manual_gestor_municipal_saude.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2014.

MORESI, E. A. D. Delineando o valor do sistema de informação de uma organização. **Revista da Ciência da Informação**, Brasília, DF, v. 29, n. 1, p. 14–24, jan./abr., 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ci/v29n1/v29n1a2.pdf>>. Acesso em: 3 fev. 2014.

NEWS RONDONIA. **Mobilização quer unificar dia de doação de leite humano**. 2012. Disponível em: <<http://www.newsrondonia.com.br/noticias/mobilizacao+quer+unificar+dia+de+doacao+de+leite+humano/17809>>. Acesso em: 26 jun. 2014.

PAIM, J.S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et alii. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

RADICCHI, A. L. A. **O Financiamento do Sistema Único de Saúde**. Material disciplina Políticas de Saúde. Doutorado Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. Minas Gerais: UFMG, 2004. Não publicado.

REPO, A. J. The Value of Information: Approaches in Economics, Accounting, and Management Science. **Journal of the American Society for Information Science**, v. 40, n. 2, p. 68-85, 1989.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE (RIPSA). **Portal virtual**. [2014]. Disponível em: <<http://www.ripsa.org.br/php/index.php>>. Acesso em: 2 jan. 2014.

SANTOS, T.O.; PEREIRA, L.P.; SILVEIRA, D.T. Implantação de sistemas informatizados na saúde: uma revisão sistemática. **Rev. Eletron Comun Inf Inov Saúde**. jul-set. 2017. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1064>>. Acesso em out. 2021.

SANTOS, I. S.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n. 7, p. 2303-2314, July 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000702303&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: set. 2021.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (Estado). **Estado recomenda realização do Teste do Pezinho do 3º ao 7º dia de vida**. 2011. Disponível em: <<http://www1.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=noticias&cod=25642>>. Acesso em: 26 jun. 2014.

SILVA, N. C. **Gestão de recursos humanos na saúde da família: fato ou ficção?** Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Nig.One/UFMG, 2009.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção Ambulatorial Especializada. *In*: GIOVANELLA, L. *et alli*. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

TEIXEIRA, C. F. (Org.). **Promoção e Vigilância da Saúde**. Salvador: EDUFBA-CEPS-ISC, 2002. 237 p.

VIANA, A. L; LIMA, L. D. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestores Bipartites. *In*: VIANA, A. L, LIMA, L. D. (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria Ltda, p. 11-24, 2011.

VILELA, Silvano. **Como fazer a coleta para o exame urocultura com TSA, ATB para obter um resultado correto**. [2013]. Disponível em: <<http://www.plugbr.net/como-fazer-a-coleta-para-o-exame-urocultura-com-tsa-atb-para-obter-um-resultado-correto/>>. Acesso em: 26 jun. 2014.