

# O QUE É O SUS?

UMA INTRODUÇÃO SOBRE O  
SISTEMA BRASILEIRO DE SAÚDE



**GOVERNADOR DE MATO GROSSO DO SUL**

REINALDO AZAMBUJA SILVA

**SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE**

GERALDO RESENDE PEREIRA

**SECRETÁRIA ADJUNTA DE SAÚDE**

CHRISTINNE CAVALHEIRO MAYMONE GONÇALVES

**DIRETOR-GERAL DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

ANDRÉ VINICIUS BATISTA DE ASSIS

**DIRETOR DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DR. JORGE DAVID NASSER**

ANDRÉ VINICIUS BATISTA DE ASSIS



## **ELABORAÇÃO**

MARCIA NAOMI S. HIGASHIJIMA

ANA PAULA R. O. GOLDFINGER

BIANCA C. CORREA

NOELINI S. PINTO

## **REVISÃO**

MARCIA NAOMI S. HIGASHIJIMA

## **DIAGRAMAÇÃO**

WELLINGTON R. DE ALMEIDA

BREDA NAIA MACIEL AGUIAR

## **PARCERIA**

ESCOLA TÉCNICA DO SUS “PROF<sup>a</sup>. ENA DE ARAÚJO GALVÃO”

COORDENADORIA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

TELESSAÚDE BRASIL REDES – NÚCLEO MATO GROSSO DO SUL

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser. O que é o SUS? Uma introdução sobre o sistema brasileiro de saúde. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, 2021. Disponível em <http://www.esp.ms.gov.br/>

Todos os direitos desta edição reservados à ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DR. JORGE DAVID NASSER. É permitida a reprodução total ou parcial deste material, desde que citada a fonte.

**MÓDULO I** REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: O início do Sistema Único de Saúde

**MÓDULO II** PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

**MÓDULO III** ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

**MÓDULO IV** GESTÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Conhecendo a Secretaria de Estado de Saúde

Planejar para promover saúde

**MÓDULO V** CONSELHOS E COMISSÕES DE REPRESENTAÇÃO

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

Comissão Intergestores Tripartite, Bipartite e Regional

Comissão de Integração ensino-serviço

**MÓDULO VI** QUALIFICAÇÃO E FORMAÇÃO EM SAÚDE NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

Escola de Saúde Pública Dr. Jorge Nasser

Escola Técnica do Sus "Professora Ena de Araújo Galvão"

Telessaúde Brasil Redes – Núcleo Mato Grosso do Sul

# ***SEJA BEM-VINDO (A)!***

Este material compõe o curso “O que é o SUS? Uma Introdução sobre o Sistema Brasileiro de Saúde”, realizado pela Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser, em parceria com o Telessaúde – Núcleo Mato Grosso do Sul.

O curso é autoinstrucional, com carga horária de 40 horas. E tem por objetivo qualificar trabalhadores do SUS quanto a construção histórica do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como seus princípios organizativos. Assim, é esperado que você compreenda a construção histórica do SUS, como se organiza, seus princípios e diretrizes, a importância da participação e controle social, conheça a Secretaria de Estado de Saúde e como se organiza para apoiar os municípios, e as instituições do Estado responsáveis pela qualificação dos trabalhadores do SUS.

Convidamos você a refletir sobre o nosso SUS, a partir da sua experimentação com este curso.

Até mais!



# **MÓDULO I**

**REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA:  
O início do Sistema Único de Saúde**



O Sistema Único de Saúde nasce a partir do movimento da **REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA**, e aqui vamos conversar sobre isso.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas leis nº 8.080 (BRASIL, 1990a) e nº 8.142 (BRASIL, 1990b), conhecidas como lei orgânica da saúde. A partir daí, vem sendo socialmente construído em consenso pelas três esferas de governo, ou seja, governos federal, estaduais e municipais, e materializadas em portarias ministeriais. Os princípios do SUS, fixados na constituição federal e detalhados nas leis orgânicas da saúde, foram o resultado de um longo processo histórico e social, que buscava interferir nas condições de saúde e na assistência prestada à população brasileira.

Profissionais de saúde, pesquisadores e estudiosos da área preocupados com a saúde pública desenvolveram teses e integraram discussões políticas, nascendo assim a reforma sanitária brasileira. Este processo teve como marco institucional a **8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**, realizada entre 17 e 21 de março de 1986, contando com a participação de setores organizados da sociedade, com destaque para a participação dos usuários. O movimento emerge no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão “reforma sanitária” foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população.





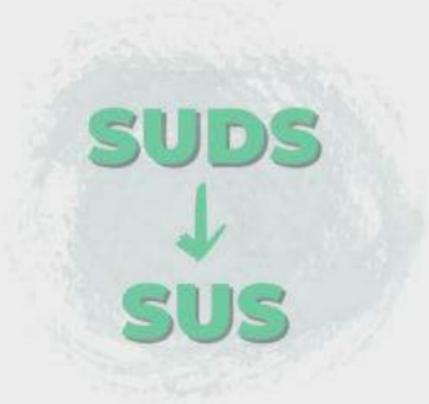
Nessa Conferência promovida pelo Ministério da Saúde, que contou com a presença de quase cinco mil pessoas, evidenciou-se que as modificações no setor da saúde transcendiam os marcos de uma simples reforma administrativa e financeira. Havia necessidade de uma reformulação mais profunda, com a ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional. Uma questão fundamental para os participantes foi a da natureza do novo sistema de saúde: se estatal ou não, de implantação imediata ou progressiva. Recusada a ideia da estatização, manteve-se a proposta do fortalecimento e da expansão do setor público.

## O QUE É SAÚDE?

Seu documento final define o **CONCEITO DE SAÚDE** como o **resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde**, ou seja, saúde é atrelada a *determinação social*. Aprova a criação de um Sistema Único de Saúde, que se constituísse em um novo arcabouço institucional, com a separação total da saúde em relação à Previdência. E, utilizado como base para as discussões na Assembleia Nacional Constituinte.

# JÁ OUVIU FALAR EM DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE?

A **DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE** é um referencial teórico que discute a abrangência da coletividade e do caráter histórico-social do processo saúde-doença, não colocando em foco discussões de dados epidemiológicos individuais. Propicia explicitar a relação entre o biológico e o social (ROCHA, DAVID, 2015). Assim, a determinação social expõe que o processo de saúde e adoecimento é multideterminado pelas relações estabelecidas e pelos serviços disponíveis. Assim, doença ou saúde não são vistas somente pela ausência ou presença de enfermidade no corpo biológico. Vamos pensar, quem você pensa que possui o maior risco de adquirir um quadro de diarreia: a criança que tem o esgoto de sua casa canalizado para o córrego que passa ao fundo da sua casa ou a criança em que a casa tem ligação ao tratamento de esgoto? Observa-se como as condições sociais, relacionais e econômicas conversam com a sua condição de saúde e da coletividade.



**SUDS**



**SUS**

Entre a 8ª Conferência de 1986 e a Constituição de 1988 ocorreu a criação do **SISTEMA UNIFICADO DESCENTRALIZADO DE SAÚDE**, com o decreto presidencial de 20 de julho de 1987. Esse Sistema representou um rearranjo institucional objetivando a universalização do atendimento, com a redefinição dos princípios de integração, integralidade, hierarquização, regionalização do sistema de saúde, e controle social. Sua implementação aconteceu por meio de convênios entre o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social e as Secretarias Estaduais de Saúde e foi importante na reforma administrativa do setor, tendo consequências políticas.

## ***VOCÊ JÁ PENSOU COMO ERA ANTES DO SUS?***

A saúde pública era responsabilidade do INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E PREVIDÊNCIA SOCIAL, o Inamps. E somente era atendida a população que trabalhava em empregos formais e possuíam a carteira assinada, ou seja, contribuíam diretamente para a Previdência Social. Pessoas desempregadas, em empregos informais ou autônomas tinham de recorrer aos serviços privados ou aos serviços assistencialistas, como Santas Casas.

**QUANTAS PESSOAS QUE VOCÊ CONHECE  
NÃO TERIAM DIREITO À SAÚDE?**

O movimento sanitário levantou a bandeira da universalidade, do direito de todos ao acesso aos serviços de saúde, independente da condição de trabalho, renda, patrimônio e educação. Como resultado, a constituição federal aprovou a criação do **SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003).

**Direito a saúde  
é um direito de  
todas e todos.**



# CONSTITUIÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

1988

A **CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA** estabelece que a saúde é um dever do Estado. Aqui, deve-se entender Estado não apenas como o governo federal, mas como poder público, abrangendo a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios. Para se ter saúde, é preciso ter acesso a um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação, etc. Assim, a conquista do povo pode ser encontrada na constituição, no título VII, da ordem social no capítulo II e seção II, os artigos 196, 197, 198 e 200.

# SUS EM TODOS OS LUGARES

A própria constituição traz a determinação social como condição para se ter saúde. Assim, é previsto e dever que o Estado tenha ações efetivas para garantir condições de saúde para a população. Você já parou para pensar como os personagens desta luta foram importantes para a conquista que temos hoje? E que o principal personagem continua sendo nós: a participação popular? Absolutamente todos os moradores deste país fazem uso do SUS. Você sabia que o restaurante que você come precisa seguir as orientações e recomendações da vigilância sanitária? A vigilância sanitária é SUS. O Centro de Controles de Zoonoses é SUS. Vacina é SUS. Formação e qualificação dos profissionais de saúde é SUS.

O **ARTIGO 196** define a universalidade da cobertura do SUS, descrevendo que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas a redução do risco de doença, de outros agravos e, acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A palavra **IGUALITÁRIO** é entendida como **EQUIDADE**. Pois, para necessidades diferentes é preciso serviços e ações diferentes que atendam de forma resolutiva o problema de saúde das pessoas e populações.

Exemplificando: duas pessoas estão na fila para realizar um hemograma completo. Uma vai fazer por rotina, a outra está gestante de oito semanas. Não é possível colocá-las em uma fila sem critérios (fila também precisa de critérios), a gestante tem prioridade para realizar o exame devido a sua nova condição, sendo necessário para verificar se está tudo bem com ela e com o feto, mas isso não pode inviabilizar que a outra pessoa consiga realizar o exame em tempo. Isso nós chamamos de equidade. A ilustração ao lado é um ótimo exemplo.

## IGUALDADE



## EQUIDADE



Já o **ARTIGO 197** considera de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao **PODER PÚBLICO** dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

O **ARTIGO 198** diz que as ações e os serviços de saúde devem formar uma **REDE REGIONALIZADA** e hierarquizada e, cria o SUS definindo suas diretrizes/princípios organizacionais, sendo elas:

- **DESCENTRALIZAÇÃO**
- **ATENDIMENTO INTEGRAL**
- **PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE**

## VAMOS FALAR DELAS...



○ **DESCENTRALIZAÇÃO**, com direção única em cada esfera de governo, ou seja, governo federal, governo do estado e prefeituras municipais possuem autonomia para gerir o sistema, dentro das suas competências. Objetiva uma prestação de serviços com mais eficiência e qualidade e também a fiscalização e o controle por parte da sociedade.

○ **ATENDIMENTO INTEGRAL**, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Assim o sistema de saúde deve estar preparado para ouvir o usuário, entendê-lo inserido em seu contexto social e, a partir daí, atender às demandas e necessidades desta pessoa. Por exemplo, um idoso hipertenso em que peço para que ele coma mais frutas e verduras, diminuir o sal e carboidratos. Será que eu, trabalhador da saúde, parei para perguntar se ele tem condições de ter acesso a alimentos frescos, se ele sabe o que são os carboidratos e a quantidade real que eleingere de sal por semana, verifiquei se ele consegue tomar o remédio da forma correta para que não descompense? Por isso, o usuário deve ser visto como um todo e não como a doença que carrega, pois preciso entender qual a realidade dele para ter uma atuação resolutiva, humanizada, sensível.





- **PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE**, assegura a relevância da inserção da população brasileira na formulação de políticas públicas em defesa do direito à saúde, e instiga o cidadão a perceber-se como ator fundamental na reivindicação pelo direito à saúde. E trinta anos depois da criação do SUS, ainda se percebe a necessidade da criação de uma eficiente rede de informação e comunicação ao cidadão sobre estes espaços de participação.

O texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos **DIREITOS DA CIDADANIA**.

As chamadas **LEIS ORGÂNICAS DA SAÚDE**, são consideradas infraconstitucionais, pois disciplinam legalmente o cumprimento do mandamento constitucional da proteção e da defesa da saúde; e vamos dialogar sobre elas adiante.





A lei n. 8.080 disciplina a **DESCENTRALIZAÇÃO** político-administrativa do SUS, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. Ela regula em todo o território nacional as ações e os serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Institui o Sistema Único de Saúde, constituído pelo 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. Ainda dispõe que iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar.

## FIQUE ATENTO

Apesar da iniciativa privada ser prevista como complementar ou suplementar ao SUS, há grandes contradições; não é à toa que no início do movimento da reforma sanitária isso foi muito debatido. Uma parte desejava que a saúde fosse estatizada (responsabilidade total do Estado) e a outra, que a saúde fosse compartilhada com o setor privado. A grande questão é que o Sistema Único de Saúde tem o grande desafio de ser único. Os planos privados de saúde fazem concorrência, não ressarcem os valores totais dos procedimentos e atendimentos, subfinanciando o SUS e provocando dupla cobertura. Um exemplo claro disso são as pessoas que possuem planos privados de saúde e tomam vacina na rede pública. A saúde privada deve ser complementar e não substitutiva, e o que deve ser assegurado é a cobertura universal, em detrimento das disputas societárias e econômicas que envolvem os recursos deste sistema. Esse é um longo debate, que abarcam diversos interesses políticos. O Centro Brasileiro de Estudos em Saúde Pública traz a luz essa discussão através do artigo “SUS: o desafio de ser único”, escrito por Carlos Octávio Ocké-Reis.

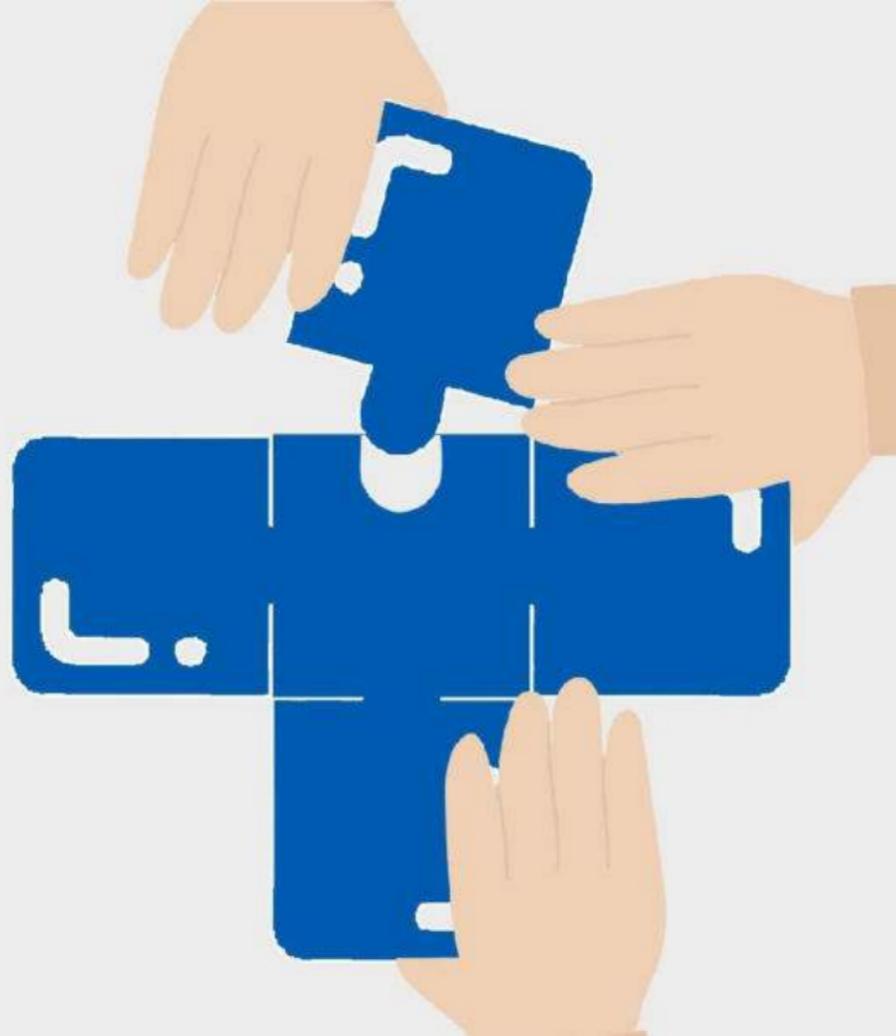
## ***RESUMIDAMENTE, A LEI N° 8.080 DISPÕE:***

- I** Da organização, da direção e da gestão do SUS;
- II** Da definição das competências e das atribuições das três esferas de governo;
- III** Do funcionamento e da participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde;
- IV** Da política de recursos humanos;
- V** Dos recursos financeiros, da gestão financeira, do planejamento e do orçamento.

Por sua vez, a lei n. 8.142 é fruto de grande negociação ocorrida na época entre os vários atores envolvidos no processo de construção do SUS no Brasil. Ela dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências inter-governamentais de recursos financeiros na área de saúde, entre outras providências. Muito importante, instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo, consideradas instancias colegiadas de participação da sociedade (BRASIL, 1990b). Ficou estabelecido que a Conferência Nacional de Saúde fosse realizada a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde nos níveis correspondentes, convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.



**O SUS ESTÁ EM CONSTRUÇÃO DESDE A SUA IMPLANTAÇÃO!** Trinta anos passados, a criação do SUS ainda é vista, em praticamente todo o mundo, como uma das propostas mais avançadas em termos de inclusão social e universalização da assistência. A Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (2018) o considera uma referência obrigatória de nação comprometida com a universalidade em saúde, de gestão pública participativa e fonte de conhecimentos para a Região das Américas e países de outras latitudes. A estruturação e os resultados do SUS no Brasil são internacionalmente conhecidos e valorados positivamente.



## **E OS DESAFIOS DO SUS?**

Aumentam a cada dia. O subfinanciamento crônico, a fragmentação das ações, o fortalecimento da vigilância em saúde, a garantia da integralidade para a redução da judicialização, recursos humanos motivados e com vínculos mais estáveis, aperfeiçoamento das estratégias e mecanismos de participação social, expansão e consolidação de uma atenção básica forte e mais eficiência na gestão do SUS, são alguns desses desafios.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M. **SUS passo a passo**: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais. 2. Ed. Ver. Ampl. – São Paulo: Hucitec; 2007.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, v. 128, n. 182, 20 set. 1990a. p.18055-18059.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b, p. 25694.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS/Progestores, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório 30 anos de SUS** - Que SUS para 2030? Brasília: OPAS; 2018.

ROBERT WOOD JOHNSON FOUNDATION. **Visualización la Equidad en Salud: Una Medida No Se Adjusta a Todos**. An RWJF Collection, June 30, 2017. Disponível em: <https://www.rwjf.org/en/library/infographics/visualizacion-la-equidad-en-salud.html#/download> Acesso em: 06/05/2020 às 07h 46min.

ROCHA, P. R.; DAVID, H. M. S. L. Determinação ou determinantes? Uma discussão com base na teoria da produção social da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** · 2015; 49(1):129-135. DOI: 10.1590/S0080-623420150000100017



## ***MÓDULO II***

**PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

## **RECAPITULANDO...**

No módulo anterior nós conhecemos o movimento da reforma sanitária e como ele foi importante para assegurar o direito à saúde como dever do Estado, dispondo os princípios na Constituição Federal, e diretrizes na Lei Orgânica. Discutimos principalmente sobre os princípios dispostos na Carta Magna: descentralização, integralidade e participação popular. Agora, nós vamos continuar conversando sobre os princípios e diretrizes que estão dispostos na Lei 8.080.

## ***PRINCÍPIOS E DIRETRIZES***

**É importante enfatizar que os princípios e diretrizes devem ser o Norte para os serviços e trabalhadores da área da saúde. Estão descritos para assegurar que não percamos esse direito, e nos lembrar de como podemos fazer mais para garantir que eles sejam efetivados.**

## **UNIVERSALIDADE DE ACESSO**

A universalidade de acesso em todos os níveis de assistência é a expressão de que todos têm o mesmo direito de obter as ações e os serviços de que necessitam, independentemente da complexidade, custo e natureza dos serviços envolvidos. Ele implica a substituição do modelo contributivo de seguro social que vigorou por um longo período no Brasil e condicionava o acesso aos contribuintes da previdência social. Com a universalidade, as condições socioeconômicas da população e a inserção no mercado de trabalho não devem implicar em acesso diferenciado a determinados tipos de serviços.

**TODOS TÊM  
O MESMO  
DIREITO**

**NÃO PODE  
EXISTIR  
DISCRIMINAÇÃO**

## **IGUALDADE**

Por sua vez, igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, reitera que não pode existir discriminação no acesso aos serviços de saúde, ou seja, não é aceitável que somente alguns grupos, por motivos relacionados a renda, cor, gênero ou religião, tenham acesso a determinados serviços e outros não.

## REFLETINDO

A **IGUALDADE** na assistência deve ser levada muito a sério. Não é aceitável que somente alguns grupos tenham acesso, assim como não é aceitável que grupos tenham facilidade de acesso e agilidade no atendimento por conhecer um gestor, um agente político, um trabalhador da saúde e por aí vai... O acesso tem que ser igual, inclusive para informações. As informações precisam ser claras e acessíveis, para o usuário que frequenta rotineiramente a unidade ou para aquele que vai a primeira vez. Você já foi a um lugar em que ficou procurando onde era o banheiro e precisou perguntar? Se a resposta foi sim, então a informação não estava clara e visível. E é desta forma que os usuários podem se sentir em uma unidade, perdidos. Não conhecem o processo de trabalho e conseqüentemente, onde fica a sala de vacina, o horário que ela funciona, que existe o grupo de acompanhamento para gestantes, e toda a cartela de serviços disponível. Veremos a seguir que isso também é diretriz do SUS.

## **INTEGRALIDADE**

A integralidade da assistência pode ser entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema. A ideia é que as ações voltadas para a promoção da saúde e a prevenção de agravos e doenças não sejam dissociadas da assistência ambulatorial e hospitalar voltadas para o diagnóstico, tratamento e a reabilitação (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

**CONJUNTO  
DE AÇÕES E  
SERVIÇOS**

## ***PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE***

A participação da comunidade é a garantia de que a população, por intermédio de suas entidades representativas, possa participar do processo de formulação de diretrizes e prioridades para a política de saúde, da fiscalização do cumprimento dos dispositivos legais e normativos do SUS e do controle e avaliação de ações e serviços de saúde executados nas diferentes esferas de governo. Esse princípio se expressa pela constituição dos conselhos de saúde e pela realização das conferências de saúde que representam um canal permanente de diálogo e interação entre os gestores, os profissionais de saúde e a população (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

***DIÁLOGO E  
INTERAÇÃO***

## ***IMPORTANTE !***

**HÁ OUTROS ESPAÇOS CRIADOS PELOS ENTES FEDERADOS PARA ALÉM DAS INSTÂNCIAS PRINCIPAIS, QUE TAMBÉM IRÃO COMPOR A PARTICIPAÇÃO POPULAR; ESTRATÉGIAS IMPORTANTES PARA DAR VOZ AOS TERRITÓRIOS PULSANTES.**

## **DESCENTRALIZAÇÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA**

A descentralização político-administrativa, associada ao comando único em cada esfera de governo, redefine responsabilidades entre os entes, reforçando a importância dos executivos municipais e estaduais na política de saúde, ou seja, garante autonomia dos governos na elaboração de suas políticas próprias, assim no âmbito nacional, a gestão do sistema deve obedecer as políticas do ministério da saúde, no âmbito estadual, as políticas elaboradas pelas secretarias estaduais e no âmbito municipal, as secretarias municipais de Saúde. O objetivo desse princípio é promover a democratização, melhorar a eficiência, a efetividade e os mecanismos de prestação de contas e acompanhamento das políticas públicas.

**GARANTE  
AUTONOMIA**

## **HIERARQUIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS**

### **DISTRIBUIÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS**

Hierarquização e Regionalização da rede de serviços de saúde consistem em planejar a distribuição das ações e serviços de saúde por níveis de atenção (hierarquização) e segundo necessidades diferenciadas de saúde e dinâmicas territoriais específicas (regionalização). Essa integração da rede de serviços permite que os usuários sejam encaminhados para unidades especializadas quando necessário e retornem à sua unidade básica de origem para acompanhamento (mecanismo de referência e contrarreferência), o que garante um fluxo adequado entre as unidades que compõem o sistema, sejam elas hospitais, postos de saúde, unidades públicas ou privadas credenciadas ao SUS, situadas em diferentes municípios ou estados.

## **ALÉM DESSES PRINCÍPIOS E DIRETRIZES, TEMOS:**

- A preservação da **AUTONOMIA DAS PESSOAS** na defesa de sua integridade física e moral;
- **O DIREITO À INFORMAÇÃO**, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- **A DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES QUANTO AO POTENCIAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE** e a sua utilização pelo usuário;
- **A UTILIZAÇÃO DA EPIDEMIOLOGIA PARA O ESTABELECIMENTO DE PRIORIDADES**, a alocação de recursos e a orientação programática;
- **A CONJUGAÇÃO DOS RECURSOS** financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

- **CAPACIDADE DE RESOLUÇÃO DOS SERVIÇOS** em todos os níveis de assistência;
  - Organização dos serviços públicos de modo a **EVITAR DUPLICIDADE DE MEIOS PARA FINS IDÊNTICOS**;
  - A organização de **ATENDIMENTO PÚBLICO ESPECÍFICO E ESPECIALIZADO PARA MULHERES E VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA** em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013 (BRASIL, 1990a).
- 

## PARA PENSAR

Esses princípios parecem básicos quando pensamos em um atendimento de qualidade, que atenda a nossa necessidade. Vamos pensar: geralmente, saímos satisfeitos de um lugar em que somos bem atendidas e temos nosso problema resolvido. Às vezes, não conseguimos resolver o problema, mas as informações esclarecedoras somadas à cordialidade do atendimento fazem com que eu me sinta contemplada e, provavelmente recomende aquele serviço, não é mesmo? Mas, para isso, precisamos de pessoas comprometidas e que assumam a sua responsabilidade e o que está dentro da sua governabilidade. O SUS é feito de pessoas, de mim, de você, e ocupamos papéis diversos nessa rede, e muitas vezes caberá a nós a responsabilidade pelo sistema ser resolutivo, eficiente, integral, humanizado, por que dependerá da nossa atitude, da nossa ação, do quanto eu me responsabilizo por fazer um SUS melhor. **PENSEMOS SOBRE ISSO.**

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, v. 128, n. 182, 20 set. 1990a. p.18055-18059.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b, p. 25694.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O sistema único de saúde – SUS. In GIOVANELLA, L. (orgs.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2 ed., rev., amp; 2012. p.365-393.



# **MÓDULO III**

**ORGANIZAÇÃO DO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**



Organizar um sistema de saúde do tamanho do **SUS** não é tarefa fácil, e uma das formas escolhidas é a organização por **REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE** (RAS), ratificada pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. A proposta do trabalho em redes vem como sugestão para administrar políticas e projetos em que os recursos são escassos e os problemas complexos, otimizando tempo e recurso (FLEURY; OUVÉNEY, 2007).

As **RAS** são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

## VAMOS LÁ

Compreender as **REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE** não é tarefa fácil, envolve, ao total **14 ATRIBUTOS, 3 ELEMENTOS CONSTITUTIVOS** e **VÁRIOS SISTEMAS** que permeiam as Redes para que elas funcionem de forma adequada. As Redes devem trabalhar como a brincadeira do telefone sem fio, os Pontos de Saúde precisam estar em contato, se conversando para que todos os sistemas trabalhem para o objetivo comum que é a **INTEGRALIDADE** do cuidado. Pois, podemos ter os Pontos de Acesso, mas se eles não se comunicam, não podemos dizer que temos uma rede estabelecida. Então, vamos fazer o esforço de simplificar o máximo possível e apresentar de forma compacta os aspectos principais das **RAS**.

Assim, as **RAS** devem apresentar missão e objetivos comuns, operar de forma **COOPERATIVA E INTERDEPENDENTE** e intercambiar constantemente seus recursos. Não deve estabelecer hierarquia entre os diferentes componentes, pois todos os **PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE** são igualmente importantes e se relacionam **HORIZONTALMENTE**, o que implica num contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário. Convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas. A **ATENÇÃO BÁSICA** é a coordenadora do cuidado e ordenadora da rede.



A atenção deve ser oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências em saúde disponíveis. Focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e geram valor para a sua população (MENDES, 2009).

# VAMOS FALAR SOBRE OS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DAS RAS

Os elementos constitutivos são:

- **POPULAÇÃO E REGIÃO DE SAÚDE**
- **ESTRUTURA OPERACIONAL**
- **MODELO DE ATENÇÃO/GESTÃO A SAÚDE**

## **POPULAÇÃO E REGIÃO DE SAÚDE**

As RAS devem ser capazes de identificar claramente a população e a área geográfica sob sua responsabilidade. A região de saúde deve ser bem definida, baseada em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo-resposta necessário ao atendimento, tendo a melhor proporção possível de estrutura-população-território e viabilidade operacional sustentável.

## **ESTRUTURA OPERACIONAL**

É constituída pelos diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde e pelas ligações que os comunicam.

## **MODELO DE ATENÇÃO/GESTÃO A SAÚDE**

É um sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS, 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, definido em função da visão prevalente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2011).

Há modelos para atendimento das condições agudas e das condições crônicas. As **CONDIÇÕES AGUDAS** são aquelas condições de curso curto que se manifestam de forma pouco previsível, episódica e reativa exigindo um tempo de resposta oportuno do sistema de atenção à saúde (MENDES, 2011). As **CONDIÇÕES CRÔNICAS** são aquelas condições de saúde de curso mais ou menos longo, maior que três meses, ou permanente que exigem respostas e ações contínuas, proativas e integradas do sistema de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias para o seu controle efetivo e eficiente (MENDES, 2011).

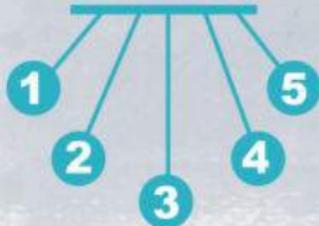
**CONDIÇÕES  
AGUDAS**

**X**

**CONDIÇÕES  
CRÔNICAS**

## ESTRUTURA OPERACIONAL

# RAS



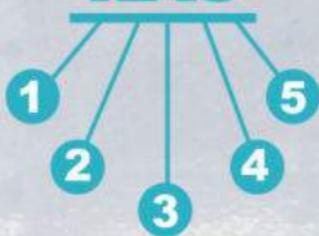
A estrutura operacional das RAS, citada acima, possui cinco componentes:

**1 CENTRO DE COMUNICAÇÃO** é a atenção básica, que ordena os fluxos e contrafluxos do sistema de atenção à saúde;

**2 PONTOS DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA** e terciária, onde se ofertam determinados serviços especializados, que se diferenciam por suas respectivas densidades tecnológicas, sendo os pontos de atenção terciários mais densos tecnologicamente do que os pontos de atenção secundários e, por essa razão, tendem a ser mais concentrados espacialmente;

## ESTRUTURA OPERACIONAL

# RAS

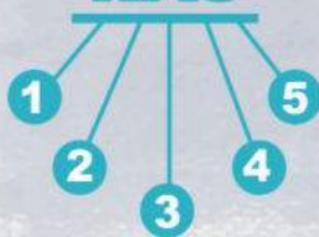


**3 SISTEMAS DE APOIO**, como diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde;

**4 SISTEMAS LOGÍSTICO** são soluções tecnológicas, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas nas redes, permitindo um sistema eficaz de referência e contrarreferência das pessoas e trocas eficientes de produtos e informações, ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio, nas redes de atenção à saúde, um bom exemplo é o prontuário clínico;

ESTRUTURA OPERACIONAL

RAS



**5 SISTEMA DE GOVERNANÇA** objetiva criar uma missão e uma visão nas organizações; definir objetivos e metas que devem ser alcançados no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais para o cumprimento dos objetivos e metas; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e da organização.

# COMPLEXIDADE *X* DENSIDADE TECNOLÓGICA

Você sabe a diferença entre complexidade e densidade tecnológica? Na atenção básica existe uma maior complexidade, pois exige dos profissionais ações e trabalhos relacionados a mudança de comportamento e do estilo de vida do usuário, como o estímulo à alimentação saudável, à atividade física e a interrupção do etilismo e tabagismo, por exemplo. Já nos níveis secundário e terciário de atenção, existe uma menor complexidade, mas uma maior densidade tecnológica, como a máquina que faz hemodiálise.

## PARA SABER

### AS REDES PRIORITÁRIAS SÃO:

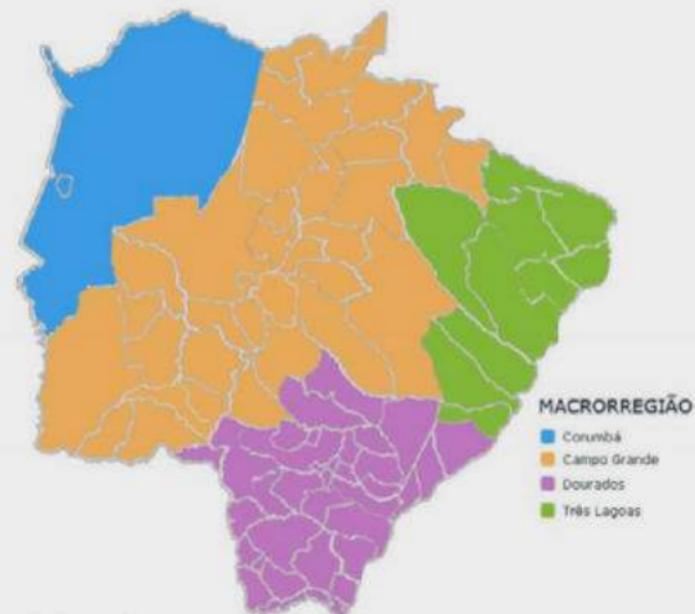
- **Rede Cegonha**, que tem um recorte de atenção à gestante e de atenção à criança até 24 meses;
- **Rede de Urgência e Emergência;**
- **Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas;**
- **Rede de Atenção Psicossocial**, com prioridade para o enfrentamento do álcool, crack, e outras drogas;
- **Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.**

Todas as redes também são **TRANSVERSALIZADAS** pelos temas: Qualificação e Educação; Informação; Regulação; Promoção e Vigilância à Saúde.

**A GOVERNANÇA DAS RAS** é compreendida como a capacidade de intervenção envolvendo diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede. Nesse contexto, o Colegiado de Gestão Regional desempenha papel importante, como um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa onde é exercida a governança, a negociação e a construção de consensos, que viabilizem aos gestores interpretar a realidade regional e buscarem a conduta apropriada para a resolução dos problemas comuns de uma região.

Os **PLANOS DE ATENÇÃO REGIONAIS** (PAR) das RAS de cada região são construídos de acordo com necessidades de saúde e capacidade de oferta e pactuados nas **COMISSÕES INTERGESTORES REGIONAL** (CIR) e **CIB**. O Plano Diretor de Regionalização dividiu os setenta e nove municípios do Estado de Mato Grosso do Sul nas seguintes macrorregiões e microrregiões de saúde:

- **4 MACRORREGIÕES DE SAÚDE:** Campo Grande, Dourados, Corumbá, Três Lagoas.
- **11 MICRORREGIÕES DE SAÚDE:** Aquidauana, Campo Grande, Corumbá, Coxim, Dourados, Jardim, Naviraí, Nova Andradina Paranaíba, Ponta Porã e Três Lagoas.





Para apoiar as regiões de saúde os **NÚCLEOS REGIONAIS** foram implantados em nove municípios: Aquidauana, Coxim, Dourados, Jardim, Naviraí, Nova Andradina, Paranaíba, Ponta Porã e Três Lagoas, atendendo a lógica da regionalização, com a **SECRETARIA ESTADUAL** mais próxima da gestão municipal apoiando e assessorando os municípios nas coordenações e organizações dos programas, projetos e atividades desenvolvidas, assegurando a qualidade das ações e dos serviços de saúde.

De encontro, o Decreto nº 7.508 (BRASIL, 2011), que regulamenta a lei nº 8.080, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, institui a organização do SUS em



**ESTADO**  
**+**  
**MUNICÍPIOS**

regiões de saúde, sendo estas organizadas pelo **ESTADO** em articulação com os seus **MUNICÍPIOS** e que representam o espaço privilegiado da gestão compartilhada da rede de ações e serviços de saúde, tendo como objetivos: Garantir o acesso resolutivo e de qualidade à rede de saúde, constituída por ações e serviços de atenção primária, vigilância à saúde, atenção psicossocial, urgência e emergência e atenção ambulatorial especializada e hospitalar. Efetivar o processo de descentralização, com responsabilização compartilhada, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre os entes federados, e reduzir as desigualdades loco-regionais, por meio da conjugação interfederativa de recursos.

Também é descrita a **RELAÇÃO NACIONAL DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE** (RENASES) como o conjunto de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde oferecidos pelo SUS à população, para atender à integralidade da assistência à saúde, cujo acesso se efetivará nas RAS, baseado em critérios de referenciamento, fundamentados em normas, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do SUS. Assim como a **RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS** (RENAME), que compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

O Decreto nº 7.508 é considerado uma conquista por regulamentar a lei nº 8.080 e dispor sobre a necessária articulação interfederativa para a consolidação do sistema. Os entes federados possuem autonomia, ou seja, direção única em cada esfera, mas são interdependentes; sem um, o outro muito provavelmente não conseguirá alcançar as diretrizes do SUS, por isso as regiões de saúde são tão importantes, pois garantem o cuidado integral e longitudinal.

## EXEMPLIFICANDO

Quando pensamos nesses dois atributos devemos ter uma visão ampla, por exemplo, um usuário com obesidade mórbida não precisa somente de uma cirurgia bariátrica, assim como um paciente diabético com indicação de amputação de membro inferior, ambos precisam além da consulta médica, exige acompanhamento psicológico, nutricional, de fisioterapeuta, de assistente social, de prótese, de medicação, curativo, cirurgia reparadora, e etc., um município, sozinho, muito provavelmente não consegue fazer essa oferta, precisa da rede para atender o usuário em toda a sua necessidade. Você já tinha pensado sobre isso? Também devemos pensar na importância da equipe multiprofissional. Não se faz saúde no SUS com um modelo centrado no médico, em queixa-conduta, em doença. Nosso sistema prevê promoção de saúde e prevenção de doença, precisamos de toda a gama de formações profissionais para dar conta da multiplicidade que é a vida.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, **Diário Oficial da União**, 2010.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2011; 29 jun.

FLEURY, S. M. T.; OUVENEY, A. M. **Gestão de redes**: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.



# ***MÓDULO IV***

**GESTÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE**

## CONHECENDO A SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Como parte do processo de **DESCENTRALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**, o Estado tem suas competências descritas na Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990), e como função principal está o apoio aos municípios para que ofertem serviços de saúde de qualidade, condizentes com os princípios e diretrizes do SUS.

A Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (**SES/MS**) é organizada para coordenar o SUS, no âmbito do Estado, em articulação com o Ministério da Saúde e com as Secretarias e os órgãos municipais de saúde. Com o intuito de orientar e executar as ações que visem à promoção, prevenção, à preservação e à recuperação da saúde da população (MATO GROSSO DO SUL, 2020).



A SES/MS é composta por sete diretorias, tendo atribuições específicas, sendo elas:

- **DIRETORIA-GERAL DO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE:** coordena e controla as atividades orçamentárias, financeiras e contábeis do Fundo Estadual de Saúde, inclusive aquelas executadas por suas unidades gestoras e pelas gestões descentralizadas.
- **DIRETORIA-GERAL DE CONTROLE NO SUS:** estabelece diretrizes para a formulação da política estadual de controle, avaliação e auditoria.
- **DIRETORIA-GERAL DE ATENÇÃO À SAÚDE:** formula e implementa a política e as estratégias da Atenção Básica de Saúde, da assistência ambulatorial especializada, do apoio diagnóstico e terapêutico e de atenção terciária, de acordo com a pactuação entre as instâncias colegiadas intergestoras do Estado, e em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS.
- **DIRETORIA-GERAL DE GESTÃO ESTRATÉGICA:** coordena a formulação da política de regulação assistencial do Estado, acompanhando e avaliando seu desenvolvimento;

○ **DIRETORIA-GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE:** propõe e coordena, em articulação com os municípios, a execução da política de vigilância em saúde ambiental e toxicológica, de vigilância sanitária, de vigilância da saúde do trabalhador, de vigilância epidemiológica, do controle de vetores e de zoonoses, sala de situação, da rede de laboratórios e do centro de informações estratégicas em vigilância em saúde.

○ **DIRETORIA-GERAL DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE:** promove a integração dos setores de saúde e de educação, fortalecendo as instituições formadoras de profissionais atuantes na área, bem como integra e aperfeiçoa a relação entre a gestão estadual e municipal do SUS, nos planos de formação, qualificação e de distribuição das ofertas de educação e de trabalho na área de saúde.

○ **DIRETORIA-GERAL DE ADMINISTRAÇÃO:** coordena, orienta, supervisiona e executa as atividades de material, patrimônio, transporte, tecnologia da informação e serviços gerais, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde.

**ALÉM DA ATRIBUIÇÃO GERAL DESCRITA PARA CADA DIRETORIA-GERAL  
HÁ TANTAS OUTRAS NO REGIMENTO INTERNO DA SES (MATO GROSSO DO  
SUL, 2020), QUE PODE SER ACESSADO NA BIBLIOTECA DESTE CURSO.**

Essas diretorias, juntamente com suas coordenadorias e gerencias, ficam na sede da SES/MS, localizada no Parque dos Poderes, em Campo Grande (MS). Porém, a SES/MS possui **NÚCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE** em Aquidauana, Coxim, Dourados, Jardim, Naviraí, Nova Andradina, Paranaíba, Ponta Porã e Três Lagoas, seguindo a lógica da descentralização da gestão, estando mais próxima dos municípios no apoio às ações em saúde.

A SES/MS se organiza de modo que consiga atender a todas as demandas, e promover saúde à população sul-mato-grossense. Da mesma forma, municípios precisam se organizar, observando seus vazios assistenciais, seu quadro de recursos humanos, as doenças mais prevalentes para então, adequar sua administração de modo que atenda as necessidades de saúde da população.

## **PLANEJAR PARA PROMOVER SAÚDE**

O planejamento em saúde é essencial para promover saúde de qualidade nos territórios. No entanto, muitas vezes o planejamento tem sido visto apenas como um cumprimento normativo, por não compreenderem a sua importância, ou por diminuírem a saúde integral ao atendimento médico, em uma lógica hegemônica, totalmente desvirtuada da proposta da SUS.

Ao se planejar o gestor precisa prever não só recursos financeiros, mas também o que os dados de saúde e doença estão demandando em serviços, sejam ações em grupo, ampliação de recursos humanos, reposição de materiais de insumos ou compra de outros materiais de insumos não previstos e que sempre falta, reforma e ampliação de unidade, redistribuição de territórios adscritos, instalação de sistema de informação, disponibilização de linha telefônica, instalação de internet de qualidade, aquisição de equipamentos de informática, etc., coisas básicas da rotina de uma unidade de saúde que muitas vezes não são consideradas, e trabalhadores precisam utilizar de recursos próprios para conseguir concluir ou iniciar uma ação.



**PLANEJAMENTO**

A Lei Complementar nº 141 (BRASIL, 2012) define que os municípios devem aplicar anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se referem os artigos 156 e 158 da Constituição Federal.

Contudo, é preciso se atentar ao que é considerado despesas com ações e serviços públicos de saúde, sendo:

- ▮ vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
- ▮▮ atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
- ▮▮▮ capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);

- IV** desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
- V** produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;
- VI** saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;
- VII** saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;

- VIII** manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
- IX** investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;
- X** remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;
- XI** ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e
- XII** gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

## **PLANOS DE SAÚDE VÁLIDOS POR 4 ANOS**

O **PLANO MUNICIPAL** e **ESTADUAL DE SAÚDE** tem validade por quatro anos. O Plano de Saúde em vigência (jan/2021) iniciou-se no ano de 2018 e finda em 2021. Durante esses anos, o gestor precisa elaborar a programação anual de saúde, que contemple diretrizes, metas e ações. O planejamento deve ser feito com calma, por isso, sabendo que em 2022 pactua-se novo plano, gestores precisam se organizar ainda em 2021 para elaborar um plano condizente com os princípios e diretrizes do SUS, e com as necessidades de saúde da população.

É esperado que cada unidade de saúde elabore seu próprio plano de ação anual (plano de trabalho), observando o Plano Municipal/Estadual de Saúde, onde elenca quais ações serão desenvolvidas e seu público alvo, quais materiais serão necessários, pactuação de parcerias e etc., suas dificuldades e as estratégias de enfrentamento. Estes planos inclusive devem ser usados pela gestão municipal para seu planejamento, observando o que conseguiu ser alcançado ou não, para rediscutir metas e ações. Aqui, a lógica é da **GESTÃO COMPARTILHADA**, que se mostra muito mais eficaz e adequada que o modelo hierárquico de poderes.

Importante enfatizar que todo Plano deve ser monitorado e avaliado. Sendo necessário estabelecer instrumentos para isso. O **RELATÓRIO** é um deles.

O gestor do SUS em cada esfera deve elaborar Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, que deve conter minimamente, as seguintes informações:

- Montante e fonte dos recursos aplicados no período;
- Auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;
- Oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, confrontando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

Também deverá ser produzido **RELATÓRIO DE GESTÃO** referente ao ano anterior da execução financeira, encaminhado até o dia 30 de março do ano seguinte. Exemplo: A partir das ações executadas no ano de 2020, vou elaborar o Relatório de Gestão e apresentar no Conselho de Saúde até o dia 30 de março do ano de 2021. Lembrando que as ações presentes tanto no relatório quadrimestral quanto no de gestão, deve contemplar o Plano Municipal/Estadual de Saúde.



Ao **CONSELHO DE SAÚDE** caberá emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas da Lei Complementar nº 141 (BRASIL, 2012). E caberá à gestão encaminhar a programação anual do Plano de Saúde ao respectivo Conselho de Saúde para aprovação, antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente, à qual deve ser dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público.

Todos os instrumentos de planejamento e gestão devem, necessariamente, serem inseridos no DigiSUS, o SargSUS está desativado.

**ACESSE**

<https://digisusgmp.saude.gov.br>

## **ATENÇÃO**

Na Portaria nº 2.135 (BRASIL, 2013) é possível compreender com mais detalhes os instrumentos de planejamento e gestão, e os itens que devem compô-los. Recomendamos fortemente a sua leitura, e está disponível na biblioteca deste curso.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), ano CXLIX, nº 11, pág. 01-04, 16/01/2012.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES nº 08, de 02 de março de 2020. Aprova o Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde (SES). **Diário Oficial**, Campo Grande (MS), nº 10.126 – Suplemento, ano XLII, pág. 02-135, 24/03/2020.



# *MÓDULO V*

CONSELHOS E COMISSÕES  
DE REPRESENTAÇÃO

# CONSELHOS DE SAÚDE

Sendo um dos princípios e diretrizes do SUS, vamos falar sobre a **PARTICIPAÇÃO POPULAR** e os principais conselhos e comissões de representação instituídos.



Após a instituição das leis orgânicas, a atuação da comunidade foi ampliada, democratizada, regulamentada e passou a ser denominada de **CONTROLE SOCIAL**. Em seu processo de consolidação no âmbito das políticas públicas, a população, por meio dos conselhos e das conferências de saúde, passa a exercer o controle social, participando do planejamento e da fiscalização das ações governamentais no âmbito da saúde, estabelecendo relações que contemplam a diferença de interesses dos segmentos de usuários, gestores, prestadores de serviço e trabalhadores de saúde em todas as esferas de governo.

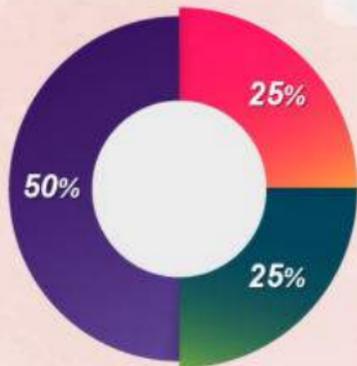
Neste sentido, a Resolução nº 453 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) consolida, fortalece, amplia e acelera o processo de controle social do Sistema Único de Saúde, por intermédio dos conselhos nacional, estaduais, municipais, das conferências de saúde e plenárias de conselhos de saúde. E mais recentemente a Resolução nº 554 (BRASIL, 2017), estabelece diretrizes para a estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

O Conselho de Saúde é uma **INSTÂNCIA COLEGIADA, DELIBERATIVA E PERMANENTE DO SUS** em cada esfera de governo, integrante da estrutura organizacional do ministério da saúde, da secretaria de saúde dos estados, do distrito federal e dos municípios, com composição, organização e competências fixadas na lei nº 8.142 (BRASIL, 1990). O processo bem-sucedido de descentralização da saúde promoveu o surgimento de conselhos regionais,

locais, distritais de saúde, incluindo os conselhos dos distritos sanitários especiais indígenas, sob a coordenação dos conselhos de saúde da esfera correspondente. Assim, **OS CONSELHOS DE SAÚDE SÃO ESPAÇOS INSTITUÍDOS DE PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE** nas políticas públicas e na administração da saúde.

Será composto por representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária.





**○ USUÁRIOS**

**○ TRABALHADORES**

**○ REPRESENTANTES DO GOVERNO**

A composição será paritária, sendo: 50% de entidades e movimentos representativos de usuários; 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde; 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos. O número total de conselheiros será definido pelos Conselhos de Saúde e constituído em lei.

Para saber mais, leia na íntegra as Resoluções CNS nº 453 e nº 554.

# CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE E CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Além do Conselho de Saúde, são constituídos o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

O **CONASS**, conselho de representação nacional dos secretários estaduais de saúde, foi fundado em 1982, com objetivo de tornar as secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal mais atuantes no processo de reforma da saúde, mas foi na década de 1990, na luta por recursos para o sistema de saúde brasileiro e para ampliação do processo de descentralização da gestão do SUS, que firmou-se como entidade representativa de gestores.





Também criado anterior à legislação do SUS, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (**CONASEMS**) teve sua primeira diretoria foi empossada em 1988, e consolida um novo modelo de gestão descentralizado e municipalizado. Entendendo que os municípios não podem ser somente executores de ações, mas assumir também o papel de formuladores de políticas públicas.

**ACESSE**

[www.conass.org.br](http://www.conass.org.br)

[www.conasems.org.br](http://www.conasems.org.br)

# **COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, BIPARTITE E REGIONAL**

A **COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE** (CIT) é uma instância de articulação e pactuação na esfera federal, que atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores das três esferas de governo, ou seja, União, estados, DF e municípios. Tem composição paritária formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde (MS), cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Nesse espaço, as decisões são tomadas por consenso e não por votação.

**CIT**  
**UNIÃO**  
**ESTADOS E DF**  
**MUNICÍPIOS**

**CIB**

**ESTADO  
MUNICÍPIOS**

Por sua vez, a **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE** (CIB) é um espaço estadual de articulação e pactuação política que objetiva orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais do processo de descentralização das ações de saúde. Os secretários municipais, por meio de seus espaços de representação, debatem entre si os temas estratégicos, antes de apresentar suas posições na CIB. Sendo o COSEMS um desses espaços, se apresentando como instância de articulação política, sendo de extrema importância a participação dos gestores locais nesses espaços.

A **COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL** (CIR) é uma instância de cogestão no espaço regional, com o objetivo de constituir um canal permanente e contínuo de negociação e decisão entre os gestores municipais e o estado para constituição de rede regionalizada, pactuando de forma consensual a definição das regras da gestão compartilhada do SUS. Cabe à CIR a pactuação, organização e o funcionamento em nível regional das ações e serviços de saúde integrados na rede de atenção à saúde.



## FIXANDO CONHECIMENTO

Em resumo, os conselhos de saúde são espaços coletivos e democráticos de participação social, onde diversos atores são convocados a participar do controle social do SUS, devendo se posicionar e deliberar para que nenhum direito a menos nos seja tirado, fortalecendo a construção social de uma política pública, exemplo para países desenvolvidos, que é o

### **NOSSO SUS!**

Já as comissões aqui apresentadas são espaços privilegiados de discussão e articulação política entre os gestores dos entes federados. Espaço que deve privilegiar o consenso das decisões para que municípios, estados e União possam garantir, dentro das suas responsabilidades, um SUS digno, gratuito, universal e igualitário para todos.

# COMISSÃO DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

A Comissão de Integração Ensino-Serviço (**CIES**) é um órgão de instância colegiada intersetorial e interinstitucional, de caráter consultivo e deliberativo, não paritária, de natureza permanente, vinculada a Comissão Intergestores Bipartite (**CIB**) e constitui um espaço de planejamento, monitoramento e avaliação das atividades de Educação Permanente em Saúde do Sistema Único de Saúde, conforme lei orgânica (MATO GROSSO DO SUL, 2018).

É responsável pelo apoio técnico, metodológico e pedagógico à estratégia de condução e operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em Mato Grosso do Sul e de processos educativos voltados para a formação/qualificação de pessoal,

com inserção na definição das linhas de pesquisas prioritárias do SUS, no âmbito do Estado de Mato Grosso do Sul, contribuindo com a racionalização de gastos, otimização dos recursos, e potencialização das ações e serviços realizados.

A coordenação da CIES será exercida por um representante da Diretoria-Geral da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde ou similar da Secretaria de Estado de Mato Grosso do Sul.



A CIES é composta por representantes do gestor estadual e gestores municipais de saúde e de educação; trabalhadores do SUS; instituições de ensino superior com cursos na área da saúde; instituições de educação profissional técnico de nível médio, com cursos na área da saúde; movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS; representantes dos Colegiados Intergestores Regionais em Saúde e representante do Conselho Estadual de Educação.

A CIES se apresenta como um espaço importante e potente para debater a formação em saúde, desde o nível técnico à educação permanente no cotidiano do trabalho. Espaço que deve ser preservado e utilizado em toda a sua potência para que as ações formativas possam ir de encontro com as necessidades de saúde da população e os serviços ofertados possam ter valor a quem o usa.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012.

**Diário Oficial da União**, página 139, seção 1, de 6 de junho de 2012. Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 554, de 15 de setembro de 2017.

**Diário Oficial da União**, página 45, seção 1, de 15 de janeiro de 2018. Brasília.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução nº 22/SES/MS. Aprova o Regimento Interno da Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES) Estadual de Mato Grosso do Sul. **Diário Oficial** nº 9.627, 4 de abril de 2018.



# ***MÓDULO VI***

**QUALIFICAÇÃO E FORMAÇÃO  
EM SAÚDE NO ESTADO DE  
MATO GROSSO DO SUL**

# **ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA**

## **DR. JORGE NASSER**



**ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA**  
**DR. JORGE DAVID NASSER**

A Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser (**ESP/MS**) desde a sua fundação em 20 de fevereiro de 1989, busca constituir-se como referência nas ações de integração ensino-serviço-extensão-comunidade no âmbito da saúde pública e coletiva, visando melhor qualidade de vida das pessoas, norteadas por valores éticos, crenças democráticas, inclusão social, respeito às diversidades e aos direitos humanos.

Tem como missão planejar e desenvolver atividades de formação, educação permanente, pesquisa e extensão dos trabalhadores da área de saúde pública fomentando a inovação e a produção tecnológica, a partir das necessidades locais e regionais identificadas, visando o desenvolvimento, sustentação e efetivação dos princípios doutrinários do SUS em Mato Grosso do Sul.

# **ESCOLA TÉCNICA DO SUS “PROFESSORA ENA DE ARAÚJO GALVÃO”**

A Escola Técnica do SUS “Profª Ena de Araújo Galvão” (**ETSUS**), criada por meio do Decreto nº 3.646, de 21 de julho de 1986, e transformada através do Decreto nº 12.127, de 20 de julho de 2006. Carrega a missão de formar e capacitar os trabalhadores de nível médio do SUS e outras clientelas para o exercício profissional, mediante cursos de formação inicial e continuada, formação profissional técnica de nível médio e educação permanente, consubstanciado pelos princípios e diretrizes do SUS.



# **TELESSAÚDE BRASIL REDES – NÚCLEO MATO GROSSO DO SUL**



○ **PROGRAMA NACIONAL DE TELESSAÚDE** foi implantado em 2007, possibilitando a interação entre profissionais de saúde, bem como o acesso remoto a recursos de apoio educacional, clínico e diagnóstico; fortalecendo a integração entre os serviços de saúde e ampliando a resolubilidade deles. A cartela de serviços dispõe das ofertas de telerregulação, teleconsultoria, telediagnóstico, segunda opinião formativa e teleducação.

## CONHEÇA

A ESP/MS, ETSUS e Telessaúde ficam localizadas na avenida Filinto Muller, nº 1480, Vila Ipiranga, Campo Grande (MS). Para mais informações sobre as ofertas disponíveis entre em contato por telefone ou acesse o site.

**ESP/MS** (67) 3345-8000

<http://www.esp.ms.gov.br>

**ETSUS** (67) 3345-8056

<http://www.etsus.ms.gov.br>

**TELESSAÚDE** (67) 3345-8070

<http://telessaude.saude.ms.gov.br/portal/>

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 35, de 4 de janeiro de 2007. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde. **Diário Oficial da União** nº 4, de 5 de janeiro de 2007, Seção 1, página 85.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Decreto nº 4.993 de 20 de fevereiro de 1989. Cria Escola de Saúde Pública e dá outras providências. **Diário Oficial** nº 2502, de 21 de fevereiro de 1989.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Decreto nº 12.127, de 20 de julho de 2006. Transforma o Centro Formador de Recursos Humanos para a saúde, criado pelo decreto nº 3.646, de 21 de julho de 1986, em Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão” e dispõe sobre suas finalidades. **Diário Oficial** nº 6772, de 21 de julho de 2006.

