



Qualificação

**DOS GESTORES DAS
UNIDADES 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

AMANDA ZANDONATI DE CAMPOS

JANAINA TREVISAN ANDREOTTI DANTAS

MARIO EDUARDO BALDO

NOELENI DE SOUZA PINTO

WELLINGTON MIYAZATO

REVISÃO

MARCIA NAOMI S. HIGASHIJIMA

NOELENI DE SOUZA PINTO

REVISÃO FINAL

MARCIA NAOMI S. HIGASHIJIMA

DIAGRAMAÇÃO

WELLINGTON R. DE ALMEIDA

BREDA NAIA MACIEL AGUIAR

MÓDULO I

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

MÓDULO II

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

MÓDULO III

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

MÓDULO IV

PLANEJAMENTO E FINANCIAMENTO EM SAÚDE

MÓDULO V

REGULAÇÃO EM SAÚDE

MÓDULO VI

CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA



MÓDULO I

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

REFORMA SANITÁRIA E A CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA

Neste momento vamos conversar sobre o movimento de Reforma Sanitária no Brasil, o qual marcou o nascimento do **SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**, assegurado pela Constituição Federal Brasileira.

Durante a década de 1970 emerge um movimento que ficou conhecido como **REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA**, integrado por profissionais da saúde, estudantes, professores universitários e pesquisadores, em defesa de mudanças na saúde pública.



E para fortalecer o movimento nesta direção, surgiu o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes - 1976) e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO - 1979). O marco institucional desse processo se deu com a realização da **8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE** em março de 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil pessoas, representantes de vários seguimentos da sociedade civil, discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil (MENICUCCI, 2014; PAIM, 2008).

E O CENÁRIO POLÍTICO E SOCIAL, COMO ESTAVA?

De 1964 a 1985, o Brasil viveu sob o regime de governos militares, com um modelo de Estado altamente centralizado, com planos de desenvolvimento que trouxeram grande impacto para a estrutura econômica e social do país. Com isso, a década de 1980 foi marcada por grave crise mundial, trazendo consigo desequilíbrios macroeconômicos, financeiros e de produtividade que atingiram fortemente a economia brasileira.



Promovida pelo Ministério da Saúde, e presidida por Sérgio Arouca (presidente da Fundação Oswaldo Cruz), essa conferência evidenciou que as modificações em saúde deveriam ir além de uma simples reforma administrativa e financeira. Era necessária uma **MUDANÇA PROFUNDA DO CONCEITO DE SAÚDE**, o qual vai além da ausência de doenças.

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 (MENICUCCI, 2014; PAIM, 2008).

Em 20 de julho de 1987 ocorreu a criação do **SISTEMA UNIFICADO DESCENTRALIZADO DE SAÚDE**, como uma consolidação das Ações Integradas de Saúde. Teve como objetivo a universalização do atendimento, a redefinição dos princípios de integração, integralidade, hierarquização, regionalização e controle social. Sua implementação aconteceu por meio de convênios entre o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e as Secretarias Estaduais de Saúde, tendo um papel importante na reforma administrativa do setor de saúde (ANDRADE, 2007).



VOCÊ SABIA? Antes da criação do SUS, o Ministério da Saúde desenvolvia ações de promoção da saúde e prevenção de doenças apenas em campanhas de vacinação e controle de endemias. A assistência médico-hospitalar era prestada por intermédio do INAMPS, e beneficiavam apenas os trabalhadores da economia formal, com carteira assinada, e seus dependentes, não tendo caráter universal. A saúde ao restante da população se dava através da filantropia e serviços privados.

O movimento de reforma sanitária defendeu o princípio da universalidade, sendo um direito de todos o acesso aos serviços de saúde, independente da condição de trabalho, renda, patrimônio e educação. Com isso, em 1988 foi promulgada a oitava **CONSTITUIÇÃO DO BRASIL**, chamada de “Constituição Cidadã”. Ela foi um marco fundamental na redefinição das prioridades da política de Estado na área da saúde pública.



Aprovou-se então a criação do **SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**, reconhecendo a saúde como um direito de todos e dever do Estado, o qual inclui 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. (ANDRADE, 2007; COHN, 2009).

MOVIMENTO
SAÚDE COM

SISTEMAS
DIA
TAS

D. DE CARIAS
MORREU DON
HOSPITAL

DE
XERÉ

SAÚDE
REALIZADO
DIRETOR DO PLANO
DE SAÚDE DO ESTADO
SAÚDE

SAÚDE

Esses marcos legais podem ser encontrados na constituição, no título VII, da ordem social, no capítulo II e seção II, os artigos 196, 197, 198 e 200.

O artigo 196 cita que a saúde é **DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO**, garantido a universalidade da cobertura do SUS.

Já o artigo 197 dá à **SAÚDE** o caráter de **RELEVÂNCIA PÚBLICA** as ações e serviços de saúde, sendo responsabilidade do Poder Público dispor, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle.

O artigo 198 garante as ações e serviços de saúde através de uma rede regionalizada e hierarquizada que constituem o SUS. É o artigo que cria o SUS e suas diretrizes organizacionais: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

COHN, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 25, n. 7, p. 1614-1619, jul. 2009.

MENICUCCI, T. M. G.; História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, ciências, saúde – Manguinhos**. v. 21, n. 1, p. 77-92, jan/mar. 2014.

PAIM, J. S. A reforma sanitária como um fenômeno sócio-histórico. In: **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 35-48.

LEI ORGÂNICA DA SAÚDE E OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela **LEI ORGÂNICA DA SAÚDE**, composta pelas leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Desde então, o SUS vem sendo construído pelas três esferas de governo - federal, estaduais e municipais, e materializadas em portarias ministeriais. Os princípios do SUS, detalhados na Lei Orgânica da Saúde, são o resultado de um longo processo histórico e social, que buscava interferir nas condições de saúde e na assistência prestada à população brasileira. Vamos conversar sobre elas a seguir (ANDRADE, 2007; BRASIL 1990a, BRASIL, 1990b).



A **LEI Nº 8.080** é o principal eixo para compreensão da política de saúde no Brasil. Ela institui o SUS e define as diretrizes para organização e funcionamento do sistema de saúde brasileiro na esfera pública ou privada, esclarecendo as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. Além disso, discorre sobre a descentralização político-administrativa do SUS. Ainda, dispõe que a iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar (BRASIL 1990a).

EM RESUMO, A LEI Nº 8.080 TRATA:

- **DA ORGANIZAÇÃO, DA DIREÇÃO E DA GESTÃO DO SUS;**
- **DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO;**
- **DO FUNCIONAMENTO E DA PARTICIPAÇÃO COMPLEMENTAR DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE;**
- **DA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS;**
- **DOS RECURSOS E GESTÃO FINANCEIRA, DO PLANEJAMENTO E DO ORÇAMENTO.**

A **LEI N° 8.142** dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e outras providências. É o resultado da luta pela democratização dos serviços de saúde, representando uma vitória significativa. A partir deste marco legal, foram criados os Conselhos e as Conferências de Saúde como espaços vitais para o exercício do controle social no SUS, sendo este um processo no qual a população participa, por meio de representantes, na definição, execução e acompanhamento de políticas públicas de saúde.

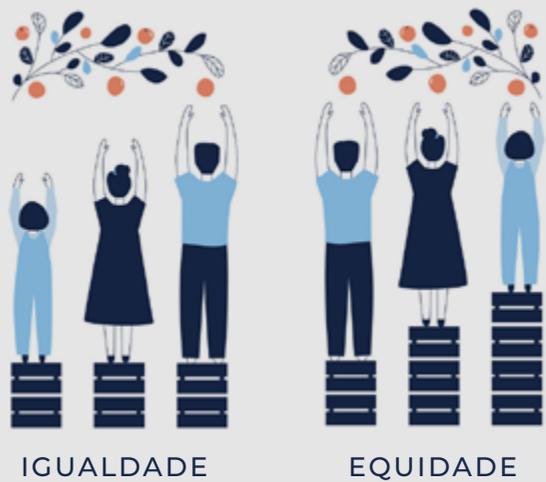
O controle social traz a possibilidade de a sociedade civil interagir com o governo para estabelecer prioridades e definir políticas de saúde que atendam às suas necessidades (BRASIL, 1990b).

EM RESUMO, A LEI Nº 8.142 TRATA:

- **DA PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA GESTÃO DO SUS;**
- **DA TRANSFERÊNCIA INTERGOVERNAMENTAL DE RECURSOS FINANCEIROS NA ÁREA DA SAÚDE;**
- **OUTRAS PROVIDÊNCIAS.**

Os **PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS**, que estão dispostos na Lei nº 8.080, constituem as bases para o funcionamento e organização do sistema de saúde brasileiro e devem nortear os Trabalhadores da saúde em seu processo de trabalho.

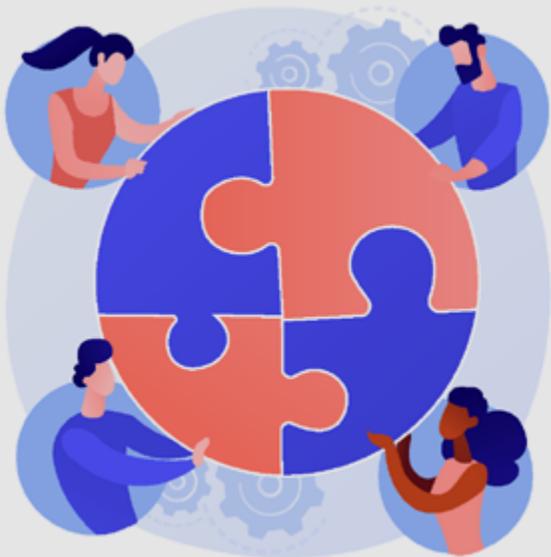
A **UNIVERSALIDADE** é o princípio de que todos têm o mesmo direito de acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência. Implica em um processo de extensão de cobertura dos serviços, de modo que venham a se tornar acessíveis a toda a população. Para isso, é preciso eliminar as barreiras existentes - jurídicas, econômicas, culturais e sociais - entre a população e o serviço de saúde. A barreira jurídica foi eliminada na Constituição Federal, quando tornou a saúde um direito de todos, e não apenas dos trabalhadores que contribuía para a previdência social. Com isso, as condições socioeconômicas da população não devem ocasionar acesso diferenciado ao serviço de saúde (ANDRADE, 2007; MATTA, 2007; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).



O princípio da **EQUIDADE** diz respeito à necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais” com a intenção de alcançar a **IGUALDADE** de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros da sociedade. É preciso reconhecer a existência da desigualdade entre as pessoas e os grupos sociais e que muitas dessas desigualdades são injustas e devem ser superadas. Aspectos como a cor, gênero, classe social ou religião do indivíduo não devem ser determinantes para o acesso aos serviços de saúde. Com isso, torna-se necessário reduzir essas desigualdades, de modo a garantir condições de vida e saúde mais iguais para todos (ANDRADE, 2007; MATTA, 2007; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

A **INTEGRALIDADE** é o princípio responsável pela promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e recuperação, tanto no âmbito individual quanto coletivo, em todos os níveis de complexidade da assistência à saúde. A atenção integral à saúde dispõe de unidades de prestação de serviços com profissionais capacitados e recursos necessários para produção de ações de saúde, que vão desde ações de promoção da saúde a ações específicas de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica direcionadas ao controle de riscos e danos, ações de assistência e recuperação de indivíduos enfermos, como detecção precoce de doenças, ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação (ANDRADE, 2007; MATTA, 2007; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

A **PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE** é o mecanismo pelo qual a comunidade garante a sua participação nas ações de saúde em todas as esferas de governo. De forma institucionalizada temos: os conselhos e as conferências de saúde. Através dessas entidades representativas, a comunidade participa da formulação de políticas de saúde, fiscaliza e avalia as ações executadas pelo governo. É um poderoso instrumento da sociedade, formalmente reconhecido e instituído no interior do SUS para o desenvolvimento da democracia em nosso país (ANDRADE, 2007; MATTA, 2007; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).



A **DESCENTRALIZAÇÃO DA GESTÃO DO SISTEMA**, com direção única em cada esfera do governo, corresponde a distribuição do poder político, de responsabilidades e de recursos da esfera Federal (Ministério da Saúde) para a Estadual (Secretarias Estaduais de Saúde) e Municipal (Secretarias Municipais de Saúde). Com isso, os governos estaduais e municipais passam a ter autonomia para fazer suas próprias políticas, de acordo com a sua necessidade específica. Essa diretriz tem como objetivo melhorar a prestação de contas e acompanhamento das políticas públicas de saúde, promovendo assim, a democratização (ANDRADE, 2007; MATTA, 2007; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).



A **REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE** diz respeito a uma organização do sistema em relação a um território específico, onde se determinam perfis populacionais, indicadores epidemiológicos, condições de vida e suporte social, que devem nortear ações e serviços de saúde por níveis de atenção. Essa organização em rede de serviços de saúde articula as unidades mais simples às unidades mais complexas, através de um sistema de referência e contrarreferência de usuários e de informações, garantindo um fluxo adequado entre as unidades de saúde. Com isso, proporciona-se o estabelecimento de vínculo entre unidades de todos os níveis de complexidade, até mesmo em diferentes municípios (ANDRADE, 2007; MATTA, 2007; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

Cada vez mais fica evidente a necessidade de se pensar em políticas com enfoque regional, adequadas a uma realidade que respeite aspectos históricos e culturais dos processos de gestão, permitindo assim consolidar o desenvolvimento equânime do SUS. Neste sentido, é importante ressaltar o aprimoramento dos processos de planejamento e as práticas de monitoramento e avaliação. E a regionalização segue como um desafio permanente.

Além desses princípios e diretrizes, temos ainda:

- 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;
- integração em nível executivo das **AÇÕES DE SAÚDE, MEIO AMBIENTE E SANEAMENTO BÁSICO**;

- 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;
- a 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;
- e a organização de **ATENDIMENTO PÚBLICO ESPECÍFICO E ESPECIALIZADO PARA MULHERES E VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA** (BRASIL, 1990a).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.845 de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. **Diário Oficial da União**: 148 ed. Seção 1. p. 1 Brasília, DF, 02 ago. 2013.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

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. 1990.

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (Org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80.

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**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 365-393.



MÓDULO II

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATUAÇÃO EM REDE



Segundo a Resolução nº 588, do Conselho Nacional de Saúde, publicada em 12 de julho de 2018, que institui a Política Nacional de **VIGILÂNCIA EM SAÚDE**, a Vigilância em Saúde compreende um conjunto de ações permanentes e sistematizadas de coleta, consolidação e análise de dados, com o intuito de produzir informações sobre eventos relacionados a saúde que subsidiem o planejamento e a implementação de medidas em saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, visando a proteção e promoção da saúde, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças da população. Neste módulo vamos conversar um pouco mais sobre a Vigilância em Saúde.

A principais áreas de atuação da Vigilância em Saúde são:

- VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA;
- PROMOÇÃO DA SAÚDE;
- VIGILÂNCIA DA SITUAÇÃO DE SAÚDE;
- VIGILÂNCIA SANITÁRIA;
- VIGILÂNCIA AMBIENTAL;
- VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR.

PARA MELHOR COMPREENSÃO VAMOS DEFINIR CADA ÁREA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE A SEGUIR.

A **VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA** é o componente da Vigilância em Saúde responsável por prover conhecimento e detectar as mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, visando recomendar medidas de prevenção e controle das doenças, transmissíveis e não-transmissíveis, e agravos à saúde (BRASIL, 1990; BRASIL, 2017; BRASIL, 2018).



As **AÇÕES DE PROMOÇÃO** envolvem atividades relacionadas à imunização e as de diagnóstico laboratorial de apoio a estudos e pesquisas, como por exemplo: identificação genômica das cepas de coronavírus circulantes no Brasil, análise fiscal de amostra de alimentos, análise da qualidade da água destinada ao consumo humano, análise da água utilizada em serviços de hemodiálise, dentre outras análises de interesse público.



A **VIGILÂNCIA DA SITUAÇÃO DE SAÚDE** desenvolve ações de monitoramento permanente dos territórios, baseados em estudos e análises que revelam o comportamento dos principais indicadores de saúde, destacando questões de prioridade para um planejamento de saúde mais efetivo (GOIAS, 2017).

Já a **VIGILÂNCIA SANITÁRIA** é responsável por ações que visam eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, de intervir nos problemas sanitários decorrentes do ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços do interesse da saúde. Sua atuação é bem abrangente envolvendo desde a prestação de serviços relacionados a estética (salões de beleza e congêneres) até o controle de bens de consumo, como produção e comercialização de medicamentos e equipamentos para saúde (BRASIL, 1990; BRASIL, 2017; BRASIL, 2018).



A **VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL** propicia o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção à saúde, prevenção e monitoramento dos fatores de riscos relacionados às doenças ou agravos à saúde (BRASIL, 1990; BRASIL, 2017; BRASIL, 2018).

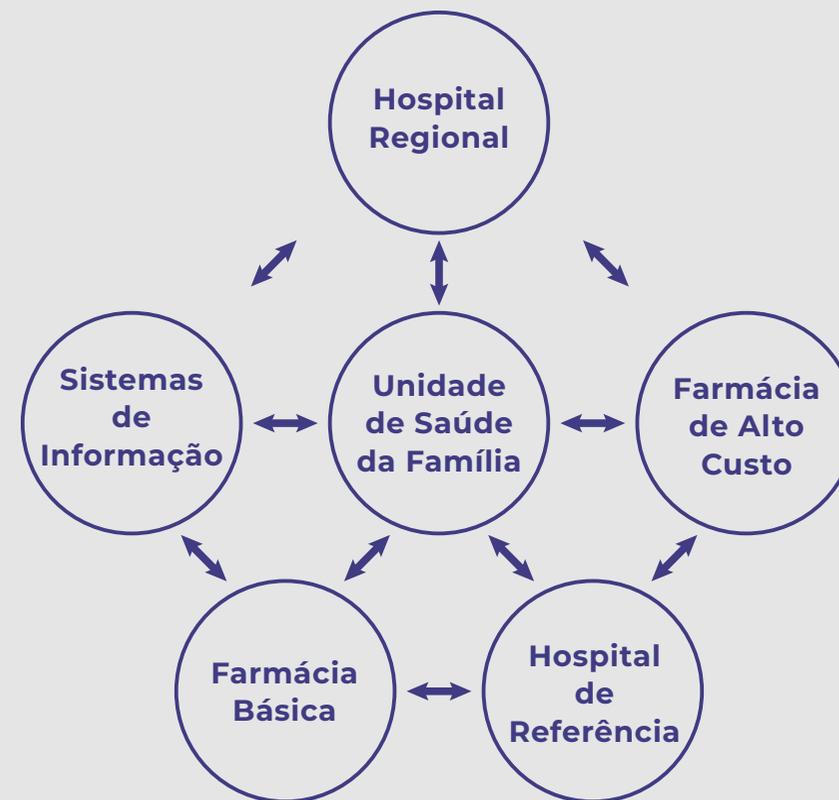
E finalmente, a **VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR** é a área responsável pela promoção, prevenção da morbimortalidade e redução de riscos e vulnerabilidades dos trabalhadores, por meio da integração de ações que intervenham nas doenças e agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento, de processos produtivos e de trabalho (BRASIL, 1990; BRASIL, 2017; BRASIL, 2018).

Posto estas áreas de atuação da Vigilância em Saúde, você deve estar se perguntando, **QUAL O PAPEL DOS DIFERENTES TIPOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA REALIZAÇÃO DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE?**

Primeiramente se faz necessário esclarecer que os serviços de saúde do SUS estão organizados atualmente em redes de atenção “temáticas”, onde os serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, se relacionam e integram uma área específica (materno infantil, psicossocial, oncológica, urgência e emergência, atenção as doenças crônicas e atenção à pessoa com deficiência) visando garantir a integralidade do cuidado (MENDES, 2011; OLIVEIRA, 2016).

A VIGILÂNCIA EM SAÚDE CONTRIBUI PARA A CONSTRUÇÃO DESTAS LINHAS DE CUIDADO, as quais agrupam doenças, agravos e determinantes de saúde, identificando riscos e situações de vulnerabilidade de uma determinada população (BRASIL, 2018; FERREIRA; ZUBEN, 2020).

VOCÊ SABIA? Anteriormente os serviços de saúde eram organizados por níveis de atenção que eram agrupados segundo a densidade tecnológica (nível de atenção primário, secundário e terciário). Essa forma de organização além de possuir um caráter hierarquizado, muitas vezes, erroneamente passava a ideia de que os serviços de atenção básica/primária eram de baixa complexidade, inferindo erroneamente aos gestores que a atenção primária não carecia de grandes investimentos ou até profissionais especializados. Atualmente entende-se que a atenção básica é extremamente complexa visto que é responsável pela resolutividade de 85% das demandas de saúde e ainda, para obtenção de bons resultados requer mudanças de hábitos difíceis de serem mudados como: parar de fumar, exercitar-se regularmente, combate ao alcoolismo e obesidade, dentre outros (MENDES, 2011; OLIVEIRA, 2016).



Fonte: Adaptado de Mendes, 2011.

PARA REFLETIR

VOCÊ CONSEGUE IDENTIFICAR A QUAL REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE SEU SERVIÇO FAZ PARTE? E AINDA, RELACIONAR QUAIS ATIVIDADES REALIZADAS EM SEU SERVIÇO TEM INTERFACE COM AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE?

Segundo Ferreira e Zuben (2020), nos serviços de saúde de média e alta complexidade o **CONHECIMENTO DOS GESTORES SOBRE AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE É FUNDAMENTAL** para:

- 1 |** Realizar busca ativa e notificar as doenças e agravos de notificação compulsória em tempo oportuno;
- 2 |** Realizar investigação de óbitos;

- 3 |** Funcionar como unidades sentinela para notificação de eventos e agravos específicos de interesse em saúde pública;
- 4 |** Qualificar profissionais da assistência para a suspeita, diagnóstico precoce e conduta adequada das doenças e agravos de notificação compulsória;
- 5 |** Alimentar os sistemas de informações oficiais tais como SIM, SINASC, SIH, SIA, SISCAN, dentre outros.

Os problemas e desafios da área de saúde são complexos e dinâmicos, portanto, é imprescindível que os gestores e profissionais de saúde tenham conhecimento da situação de saúde de seu território através de informações, conhecimentos e evidências produzidas com as ações de vigilância em saúde. Isso permitirá a formulação de programas, estratégias e ações mais eficazes e capazes de responder às reais necessidades de saúde da população (FERREIRA; ZUBEN, 2020).

VEREMOS MAIS A SEGUIR

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: [Lei Orgânica da Saúde]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução MS/CNS nº 588, de 12 de julho de 2018. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. **Diário Oficial da União**. Seção 1. Brasília, DF, ed. 155, p.87, 13 ago. 2018.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 4**. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html. Acesso em: 06 jun. 2021.

FERREIRA, M. C.; ZUBEN, A. P. B. V. (Org.). **Vigilância em Saúde nos municípios**. – 1. Ed. – Campinas, SP: IPADS, 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/11/Caderno-de-Textos-Vigilancia-em-Saude-nos-municipios-1-3-1.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2021.

GOIÁS (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS. Escola Estadual de Saúde Pública “Cândido Santiago”. **Atenção à Saúde e Vigilância**. Goiânia: ESAP-GO, 2017.

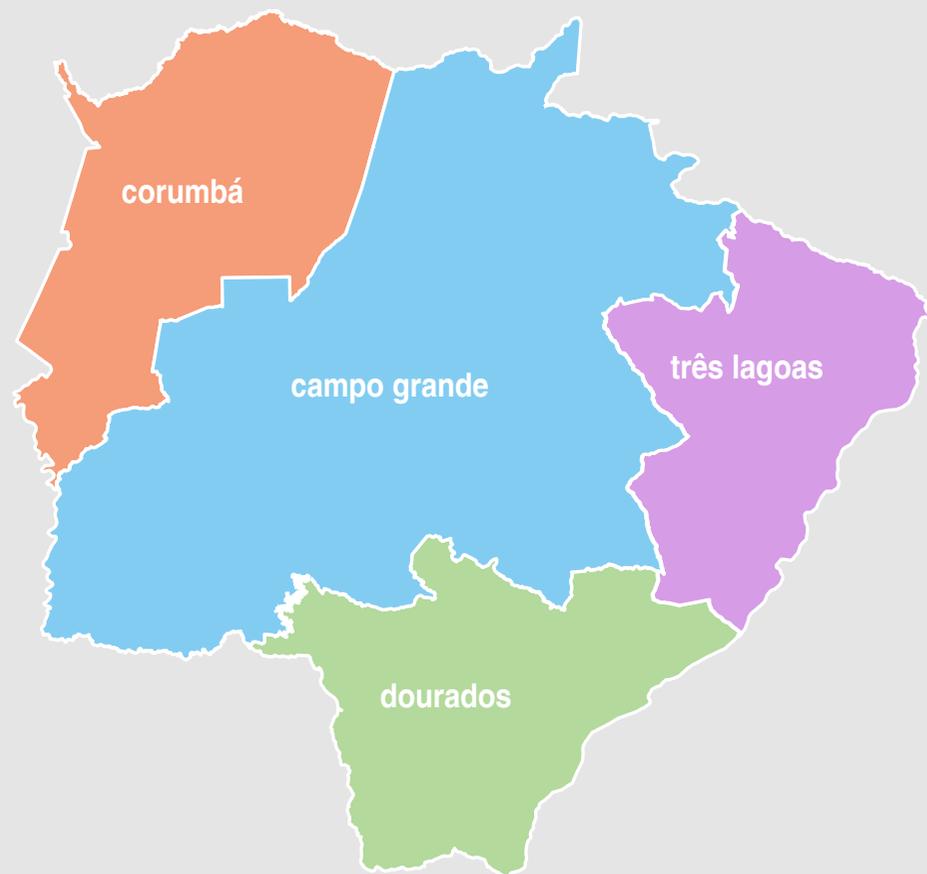
MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. Ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 06 jun. 2021.

OLIVEIRA, N. R. C. (Org.). **Rede de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. São Luís: UMA-SUS/UFMA, 2016.

TERRITÓRIO PARA SAÚDE

Um dos princípios da Política Nacional de Vigilância em Saúde é o **CONHECIMENTO DO TERRITÓRIO**, neste sentido a utilização dos dados epidemiológicos e a avaliação de risco devem nortear a escolha das prioridades nos processos de planejamento, financiamento e orientação das ações (BRASIL, 2018).

Para que haja **INTEGRAÇÃO ENTRE A VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AS DEMAIS ÁREAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE** o primeiro passo é a **COMPATIBILIZAÇÃO DOS TERRITÓRIOS**. Além de delimitar um único espaço geográfico, a organização em territórios permite agrupar de acordo com as características políticas, socioeconômicas e culturais e ainda sobre a distribuição e acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2010; OLIVEIRA, 2016).



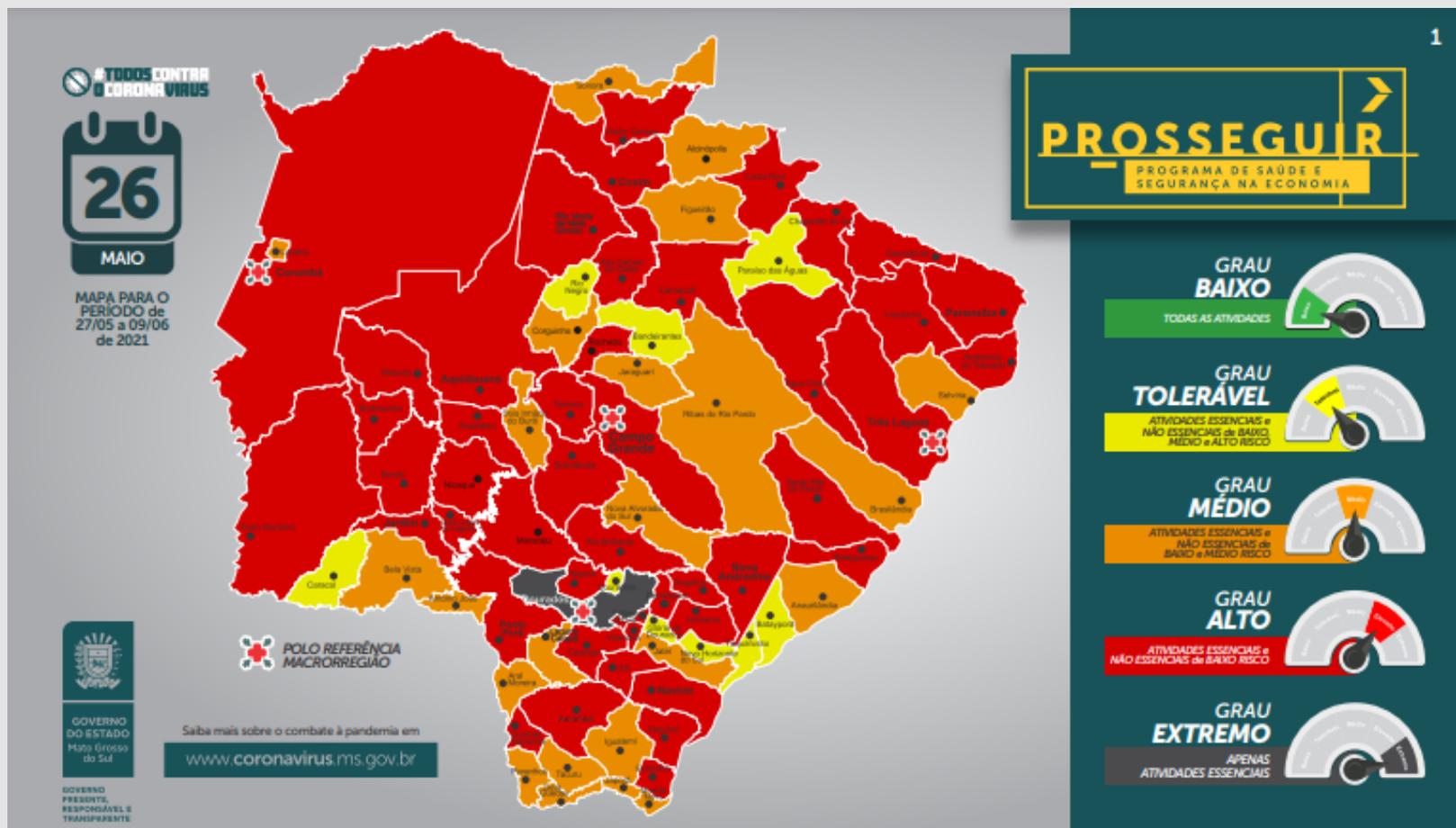
Um exemplo de territorialização em Mato Grosso do Sul é a divisão do estado em 4 (quatro) **MACRORREGIÕES DE SAÚDE**. São elas: Macrorregião de Saúde de **CAMPO GRANDE, DE DOURADOS, DE TRÊS LAGOAS E DE CORUMBÁ** estabelecida na Resolução 04/SES/MS/2013 e alterada pela Resolução nº 90/SES/MS, de 11 de novembro de 2014.



Cada Macrorregião de Saúde é dividida em Microrregiões. A figura abaixo representa as **11 MICRORREGIÕES DE SAÚDE** do Estado de Mato Grosso do Sul.

Após a definição do território, o segundo passo é a **NECESSIDADE DE ARTICULAR AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE COM AS AÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA**, essa prática tende a aumentar a compreensão dos processos de saúde-doença e, conseqüentemente a eficácia das ações realizadas. Uma proposta neste sentido, seria a incorporação do agente de combate às endemias no processo de trabalho das equipes de saúde da família, agregando ações de controle ambiental e de riscos/danos à saúde (BRASIL, 2010; FERREIRA; ZUBEN, 2020).

VOCÊ SABIA? O Programa de Saúde e Segurança da Economia (**PROSSEGUIR**) é um exemplo da **INTERFACE ENTRE A TERRITORIALIZAÇÃO E A VIGILÂNCIA EM SAÚDE**. O programa estadual classifica os municípios em faixas de cores, de acordo com o grau de risco que cada cidade apresenta (de baixo a extremo), e traz recomendações de medidas no âmbito da Saúde Pública, de Serviços Públicos e do Social, a fim de nortear agentes da sociedade, principalmente entes públicos, a tomarem suas decisões e tornarem suas ações mais eficientes no combate à propagação e aos impactos da Covid-19. A cada 15 (quinze) dias é publicado o **MAPA SITUACIONAL DE GRAU DE RISCO** e enviado a cada município um relatório de recomendações.



Mapa do Programa Prosseguir

Segundo Oliveira “*é preciso tratar de maneira desigual os territórios desiguais*”. Nesse sentido, a partir da definição do território e a integração das ações de Vigilância em Saúde com a Atenção Básica, inicia-se a **ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE LOCAL** a qual será abordada a frente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução MS/CNS nº 588, de 12 de julho de 2018. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. **Diário Oficial da União**. Seção 1. Brasília, DF, ed. 155, p.87, 13 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_vigilancia_saude.pdf. Acesso em: 06 jun. 2021.

FERREIRA, M. C.; ZUBEN, A. P. B. V. (Org.). **Vigilância em Saúde nos municípios**. – 1. Ed. – Campinas, SP: IPADS, 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/11/Caderno-de-Textos-Vigilancia-em-Saude-nos-municipios-1-3-1.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2021.

OLIVEIRA, N. R. C. (Org.). **Rede de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. São Luís: UMA-SUS/UFMA, 2016.

INDICADORES EM SAÚDE E DIAGNÓSTICO DE SAÚDE E COMUNIDADE



Os problemas e desafios na área da saúde são complexos e podem ser relacionados a diferentes causas, sendo assim, para enfrentá-los é necessário o **CONHECIMENTO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DO SEU TERRITÓRIO**. Esse conhecimento é oriundo das informações e evidências produzidas com as ações de Vigilância em Saúde, as quais procuram compreender e explicar os problemas de saúde da região visando nortear ações capazes de responder as reais necessidades de saúde da população (FERREIRA; ZUBEN, 2020).

A **ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE** possibilita a identificação, a descrição e consequentemente, a priorização dos problemas de saúde da população por meio da:

- caracterização da população (número de habitantes e sua distribuição por sexo, idade, renda, ocupação, grau de instrução...);
- caracterização das condições de vida (condições de moradia, acesso a água tratada/ esgoto/coleta de resíduos, grau de escolaridade, inserção no mercado de trabalho);
- indicadores do perfil epidemiológico (do que adoecem e de que morrem?) e
- descrição dos principais problemas (BRASIL, 2010).

A **RESOLUÇÃO N° 588** (BRASIL, 2018) descreve a análise de situação de saúde como:

“ações de **MONITORAMENTO CONTÍNUO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO** do País, Estado, Região, Município ou áreas de abrangência de equipes de atenção à saúde, por estudos e análises que identifiquem e expliquem problemas de saúde e o comportamento dos **PRINCIPAIS INDICADORES DE SAÚDE**, contribuindo para um planejamento de saúde abrangente.”

IMPORTANTE! INDICADORES DE SAÚDE expressam uma **ESTIMATIVA DA DIMENSÃO DE SAÚDE** em um grupo de indivíduos. Para que esta informação reflita uma situação mais fidedigna possível **ESSES DADOS DEVEM SER VÁLIDOS E CONFIÁVEIS** (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2008).

Exemplos de Indicadores básicos de Saúde:

- **NÚMERO DE HABITANTES (POPULAÇÃO);**
- **TOTAL DE NASCIMENTOS;**
- **RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA;**
- **TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL;**
- **MORTALIDADE GERAL;**
- **SOBREPESO E OBESIDADE EM ADULTOS.**

Os indicadores podem ser de diferentes tipos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018):

- ▶ indicadores baseados em mensurações absolutas e relativas (frequência simples/contagem);
- ▶ indicadores de prevalência (nº de casos existentes) e de incidência (nº de casos novos);
- ▶ indicadores positivos (coeficiente de natalidade) e negativos (coeficiente de mortalidade);
- ▶ indicadores de estrutura, processo, resultado e impacto;
- ▶ indicadores de oferta e utilização.

EM RESUMO: Dados podem se transformar em indicadores, que por sua vez, após consolidados e analisados, viram informações de saúde que subsidiam a tomada de decisão e também servem de base para o planejamento.

Para auxiliar a análise de saúde existem vários Sistemas de Informações em Saúde no Brasil que geram bancos de dados nacionais de saúde. Os principais são:

- **SIM – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE MORTALIDADE;**
- **SINASC – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS;**
- **SINAN – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO;**
- **SIH – SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR;**
- **SISCAN – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO CÂNCER (COLO DO ÚTERO E MAMA).**

Além destes, também existem outros bancos de dados relevantes como os do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (FERREIRA; ZUBEN, 2020).

VOCÊ SABIA? Para classificar os municípios segundo grau de risco o **PROSSEGUIR** utiliza 6 indicadores:

- 1 |** Realização de busca ativa e monitoramento dos contatos dos casos confirmados e suspeitos de COVID-19;
- 2 |** Ocorrência de redução na incidência de SRAG (confirmados ou suspeitos de COVID-19) no período de 14 dias;
- 3 |** Ocorrência de redução na mortalidade por SRAG com confirmação ou suspeita de COVID-19, nos últimos 14 dias;

- 4 |** Ocorrência de redução na incidência de SRAG em populações indígenas nos últimos 14 dias;
- 5 |** Qual o percentual de leitos SUS de UTI SRAG/COVID-19 ocupados na macrorregião de saúde a qual o município é integrante;
- 6 |** E, se o município é eficiente na aplicação das doses oriundas do programa de vacinação contra covid-19.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diversas e dinâmicas são as características e as condições de saúde da população brasileira, e mesmo dentro de um município pode haver diferenças importantes entre a população. Portanto, **A ANÁLISE SITUACIONAL DE SAÚDE REALIZADA DE FORMA ROTINEIRA REVELA AS DIFERENTES SITUAÇÕES DE SAÚDE, SEUS DETERMINANTES, CONDICIONANTES E RISCOS QUE A POPULAÇÃO DE UM DETERMINADO TERRITÓRIO ESTÁ EXPOSTA**, servindo como referência para o planejamento de ações de saúde (FERREIRA; ZUBEN, 2020).

Esperamos com este material sensibilizar os gestores de serviços de saúde a incorporar em suas práticas a avaliação da situação de saúde, de modo a obter a maior resolutividade e satisfação aos usuários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_vigilancia_saude.pdf. Acesso em: 06 jun. 2021.

FERREIRA, M. C.; ZUBEN, A. P. B. V. (Org.). **Vigilância em Saúde nos municípios**. – 1. Ed. – Campinas, SP: IPADS, 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/11/Caderno-de-Textos-Vigilancia-em-Saude-nos-municipios-1-3-1.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Rede Interagencial de Informação para a Saúde – Ripsa. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações** /. 2. ed. Brasília, 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Indicadores de saúde. Elementos conceituais e práticos**. Washington, D.C.: OPAS, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49057>. Acesso em: 06 jun. 2021.



MÓDULO III

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

AS CONDIÇÕES DE SAÚDE NO BRASIL

O Brasil é um país grande e complexo que vem passando por diversas transformações econômicas, sociais e ambientais. Além disso, há diferenças regionais marcantes no país. Nas regiões mais ricas, como o Sul e o Sudeste, a expectativa de vida é comparável àquela de países ricos; diferente de regiões mais pobres como o Norte, o Nordeste e a fronteira do Centro-Oeste. As desigualdades sociais, étnicas e regionais afetam a sociedade brasileira, estando assim entre os líderes mundiais em termos de desigualdade de renda (VICTORA, 2011).



Com isso, as condições de saúde da população brasileira devem ser interpretadas a partir dos **DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE**, os quais estão relacionados com as condições em que uma pessoa vive e trabalha. Também podem ser considerados os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego. (ROCHA, 2015).

SEGUNDO MENDES (2011, PÁG. 25), “AS CONDIÇÕES DE SAÚDE PODEM SER DEFINIDAS COMO AS CIRCUNSTÂNCIAS NA SAÚDE DAS PESSOAS QUE SE APRESENTAM DE FORMA MAIS OU MENOS PERSISTENTE E QUE EXIGEM RESPOSTAS SOCIAIS REATIVAS OU PRO-ATIVAS, EVENTUAIS OU CONTÍNUAS E FRAGMENTADAS OU INTEGRADAS DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE.”

Uma tipologia muito utilizada na epidemiologia, traz uma divisão das doenças em: transmissíveis e crônicas não transmissíveis.

Os ciclos de evolução das condições agudas e crônicas são muito diferentes. As condições agudas geralmente tem um ciclo curto, ao contrário das condições crônicas, que são longas (**MAIOR QUE TRÊS MESES**) e tendem a se tornarem permanentes. Algumas condições agudas podem evoluir para condições crônicas, como traumas que deixam sequelas; e as condições crônicas podem também apresentar eventos agudos (MENDES, 2011).

IMPORTANTE! Condições crônicas vão muito além de doenças crônicas, como diabetes, hipertensão, câncer, etc. Envolvem doenças infecciosas persistentes, como tuberculose e hepatites, condições relacionadas à maternidade, manutenção da saúde por ciclos de vida, doenças metabólicas, doenças bucais, distúrbios mentais de longo prazo, e etc.

Atualmente o Brasil vivencia um processo de **TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA**, o qual traz grande impacto em seu perfil epidemiológico. Com o envelhecimento da população, crescem os índices de doenças crônicas não transmissíveis. Esse processo é chamado de **TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA**, que foi descrito e desenvolvido por Omran em 1971, e se refere à mudança do padrão epidemiológico, o qual envolve a diminuição das doenças infecciosas, dando lugar ao aumento das doenças não infecciosas, como as doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas, transtornos mentais, diabetes, entre outras (OMRAN, 1971).



Além disso, a **MODIFICAÇÃO DOS PADRÕES DE CONSUMO** repercute no estilo de vida da população. A prática de comportamentos não saudáveis como, o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, o sexo inseguro, a inatividade física, o excesso de peso, a alimentação inadequada e o estresse social, provocam o aumento das condições crônicas. Atrelado a isso, as **ESTRATÉGIAS MERCADOLÓGICAS** de produtos nocivos à saúde levam a uma exposição precoce a produtos como cigarro, álcool e alimentos industrializados (MENDES, 2011).

Esse processo de transição epidemiológica nos países em desenvolvimento, como o Brasil, vem acontecendo de uma forma um pouco diferente dos países desenvolvidos. O aumento das doenças crônicas é somado a persistência das doenças transmissíveis, emergentes, reemergentes (como febre amarela e dengue), e as doenças negligenciadas. Com isso, a saúde pública no Brasil enfrenta diversos desafios diariamente. O processo de **URBANIZAÇÃO** traz grande impacto para o sistema de saúde, pois pressiona os serviços, especialmente por parte das populações pobres que vivem nas periferias dos grandes centros urbanos (MENDES, 1999; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; MENDES, 2011).

Recentemente, essa situação epidemiológica tem sido definida como **TRÍPLA CARGA DE DOENÇAS**, pois envolve concomitantemente:

- 1** | uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva;
- 2** | o aumento das doenças crônicas vinculadas aos seus fatores de riscos (como tabagismo, sobrepeso, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas e alimentação inadequada);
- 3** | o crescimento da violência e das causas externas (FRENK, 2006).

Todo esse complexo processo sugere mudanças profundas nos sistemas de atenção à saúde, pois ainda predomina um sistema fragmentado. A solução está em restabelecer a coerência da atual condição de saúde do país – transição demográfica associada a tripla carga de doenças – através de um sistema integrado de saúde, que opera de forma contínua e integral, com a distribuição da atenção em saúde de forma equilibrada às condições agudas e crônicas (MENDES, 2011).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FRENK, J. – **Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico**. Nairobi, Commission on Social Determinants of Health, 2006.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 2ª ed., 1999.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

OMRAN, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, v. 49. n. 4, p. 509-583, 1971.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

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**, v. 49, n.1, p. 129-135, 2015. DOI: 10.1590/S0080-623420150000100017.

VICTORA, G. C. et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. **Lancet**, 2011. Publicado Online em 9 de maio. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60055-X.

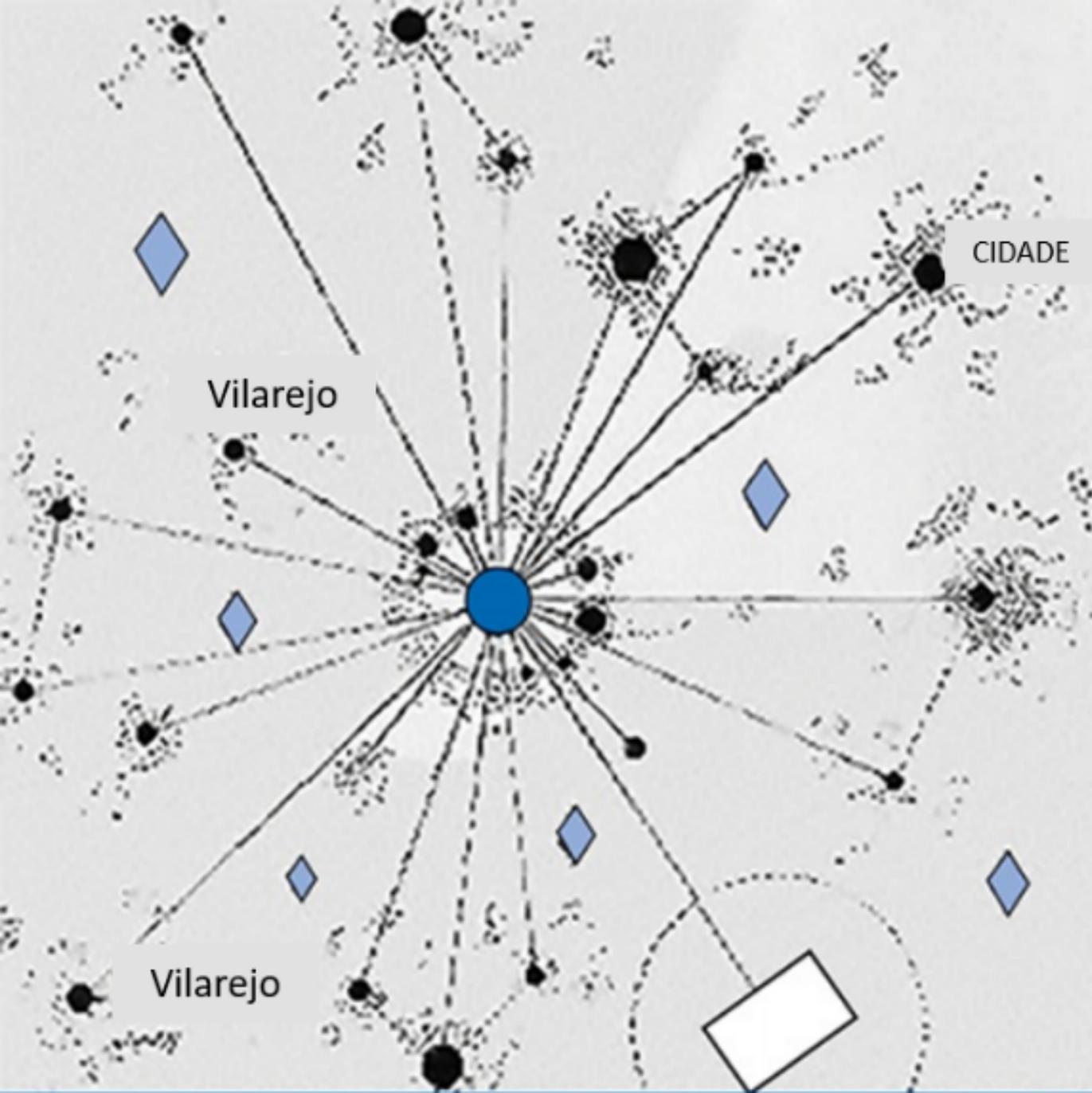
OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Os **SISTEMAS DE ATENÇÃO** à saúde são definidos como o conjunto de ações com objetivos de promover, restaurar e manter a saúde de uma população, distribuído de forma equitativa, com garantia de proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos, acolhimento humanizado, e garantia da prestação de serviços efetivos, eficientes e de qualidade (MENDES, 2011).

Os sistemas de saúde podem apresentar-se de diferentes formas organizacionais. Os mais encontrados são: **SISTEMAS FRAGMENTADOS E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)**, um sistema integrado. Os **SISTEMAS FRAGMENTADOS** se organizam através de pontos de atenção à saúde isolados uns dos outros, sem comunicação entre eles, e com isso, incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Nesse modelo de sistema, a Atenção Primária à Saúde (APS) não se comunica com os outros pontos da atenção, não tendo assim o seu papel como ordenadora e centro de comunicação. Com isso, predomina uma visão de estrutura hierárquica definida por níveis de complexidade crescentes com graus de importância entre os níveis de atenção. Diferente dos **SISTEMAS INTEGRADOS**, que são organizados por uma rede de pontos de atenção à saúde, que se comunicam entre todos os níveis de assistência, prestando um serviço contínuo e integral a uma população definida (MENDES, 2011; OLIVEIRA, 2016).

VEJA UM QUADRO COMPARATIVO ENTRE O SISTEMA FRAGMENTADO E AS REDES DE ATENÇÃO

SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
Organizado por componentes isolados	Organizado por um contínuo de atenção
Organizado por níveis hierárquicos	Organizado por uma rede poliárquica
Orientado para atenção às condições agudas	Orientado para atenção a doenças crônicas e agudas
Voltado para indivíduos	Voltado para uma população
O sujeito é o paciente	O sujeito é agente de saúde
Reativo	Proativo
Ênfase nas ações curativas	Atenção integral
Cuidado profissional	Cuidado multiprofissional
Gestão da oferta	Gestão de base populacional
Financiamento por procedimentos	Financiamento por captação ou por desfecho de condição de saúde



A primeira e mais conhecida proposta de organização integrada dos sistemas de saúde foi formulada por Dawson, no Reino Unido em 1920. O **RELATÓRIO DAWSON**, trouxe a necessidade de um sistema de saúde organizado a partir da regionalização e hierarquização da atenção a partir de uma APS forte (DAWSON, 1964).

- = Centro de Saúde Primário
- ◊ = Serviços Suplementares
- = Centros de Saúde Secundários
- = Hospital-Escola
- ⊠ = Serviços Domiciliares

No Brasil, os marcos legais para a formulação das RAS constam na **PORTARIA Nº 4.279** (BRASIL, 2010) e no **DECRETO Nº 7.508** (BRASIL, 2011a), os quais definem as RAS como:

ARRANJOS ORGANIZATIVOS DE AÇÕES E SERVIÇOS DE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE, APOIADOS POR DIFERENTES DENSIDADES TECNOLÓGICAS QUE, INTEGRADAS POR MEIO DE SISTEMAS DE APOIO TÉCNICO, LOGÍSTICO E DE GESTÃO, BUSCAM GARANTIR A INTEGRALIDADE DO CUIDADO NO SUS, POR MEIO DE UM CICLO COMPLETO DE ATENDIMENTOS.



Diante disso, a implantação das RAS no país é realizada na forma de **REDES TEMÁTICAS**, priorizando algumas linhas de cuidado. Sendo eles:

A **REDE MATERNO-INFANTIL** tem como objetivo assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, afim de qualificar a assistência e enfrentar a mortalidade materna, infantil e fetal. Suas diretrizes estão descritas da Portaria nº 1459 (BRASIL, 2011b).



A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (RUE) tem como finalidade ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência de forma ágil e oportuna. A Rede está organizada em dois componentes: o pré hospitalar - móvel (Serviço de Atendimento Móvel às Urgências - SAMU) e fixo (Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h), e o hospitalar. As diretrizes da RUE estão definidas na Portaria nº 1.600 (BRASIL, 2011c).

A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS é pensada a partir de diferentes tecnologias, estruturadas em serviços territorializados. A rede faz parte da política nacional de atenção às pessoas com doenças crônicas, que inclui ainda a prevenção e o controle do câncer. As doenças crônicas, segundo a Portaria nº 483 (BRASIL, 2014b), são aquelas que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura.

A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA busca proporcionar atenção integral à saúde dessa população, desde a APS até a reabilitação, incluindo o fornecimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, quando necessário. A criação da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, através da Portaria nº 1.060 (BRASIL, 2002), oportunizou a implantação das Redes Estaduais de Assistência à Pessoa com Deficiência, em especial às ações de reabilitação, através de legislações específicas para habilitação de Serviços de Modalidade Única, ou seja, habilitados para atender apenas uma área de deficiência: auditiva, física, intelectual ou visual (BRASIL, 2014a).

A **REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL** (RAPS), criada pela Portaria nº 3.088 (BRASIL, 2011d), tem o objetivo de acolher e acompanhar as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas no âmbito do SUS. A rede é constituída por um elenco de pontos de atenção, dentre os quais se destacam os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais promovem serviços de saúde de caráter aberto e comunitário com equipe multiprofissional que atua de forma interdisciplinar. Realiza prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, sejam em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2014a).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1060, de 6 de junho de 2002. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 jun. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 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**, Brasília, DF, p. 1, col. 2. 29 jun. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07 jul. 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 50-60, 30 dez. 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 abr. Seção 1, p. 50-52, 2014b.

DAWSON, B. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica n° 93, 1964.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

OLIVEIRA, N. R. C. **Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. São Luís: UNA-SUS/UFMA, 2016.

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: ELEMENTOS CONSTITUTIVOS E ESTRUTURA OPERACIONAL



O funcionamento das RAS se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos:

- população/região de saúde definidas,
- estrutura operacional e
- sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde.

A **POPULAÇÃO** é o primeiro elemento constitutivo das RAS, e vive em uma região de saúde definida. Para isso, a equipe de APS realiza o processo de territorialização, com o objetivo de promover o cuidado, a fim de preservar, recuperar e melhorar a saúde das pessoas e da comunidade, o que inclui o cadastramento e vinculação das famílias à Unidade de APS; classificação por riscos socio sanitários; identificação de subpopulações com fatores de risco ou condições de saúde muito complexas (MENDES, 2011; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011; OLIVEIRA, 2016).



A **ESTRUTURA OPERACIONAL** das RAS é formada por cinco componentes: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança.



O **CENTRO DE COMUNICAÇÃO** tem a APS como chave na estruturação das redes, atuando como ordenadora e coordenadora dos fluxos e contrafluxos do cuidado. Ela é fundamental na constituição do sistema de saúde por sua proximidade com os indivíduos e seu cotidiano. Assim, esse componente deve desempenhar ações de saúde e também fazer a ligação entre os demais pontos de atenção, de modo a garantir a integralidade e continuidade da atenção à saúde dos usuários (MENDES, 2011; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011; OLIVEIRA, 2016).

Os **PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA** são os pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas. Esses pontos devem ser distribuídos geograficamente, de acordo com o processo de territorialização: os pontos de atenção secundária (média complexidade) nas microrregiões sanitárias, e os pontos de atenção terciária (alta complexidade) nas macrorregiões sanitárias. Eles atuam servindo de apoio aos serviços da APS, com ações especializadas em nível ambulatorial, hospitalar, apoio diagnóstico e terapêutico (MENDES, 2011; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011; OLIVEIRA, 2016).

Os **SISTEMAS DE APOIO** são os locais onde são prestados serviços de saúde comuns a todos os pontos de atenção. São constituídos por três sistemas principais: sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica, e sistemas de informação em saúde (MENDES, 2011; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011; OLIVEIRA, 2016)

Os **SISTEMAS LOGÍSTICOS** oferecem soluções em saúde baseadas nas tecnologias de informação, voltadas para promover a eficaz integração e comunicação entre os pontos de atenção à saúde e os sistemas de apoio. Podem referir-se a pessoas, produtos ou informações, e estão fortemente ligados ao conceito de integração vertical. Os sistemas logísticos são: identificação do usuário por meio do Cartão Nacional do SUS (CNS); prontuário clínico; sistema de acesso regulado à atenção, e sistemas de transporte em saúde (transporte de pessoas, material biológico ou resíduos dos serviços de saúde) (MENDES, 2011; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011; OLIVEIRA, 2016).

Os **SISTEMAS DE GOVERNANÇA** são arranjos institucionais organizados que envolvem diferentes atores, estratégias e procedimentos, para gerir, de forma compartilhada e interfederativa, as relações entre as outras quatro estruturas operacionais citadas anteriormente, com vistas à obtenção de maior interdependência e melhores resultados sanitários e econômicos. Assim, são por meio destes sistemas transversais que se articulam os elementos das RAS em função da missão, visão e objetivos comuns das redes (MENDES, 2011; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011; OLIVEIRA, 2016).

O terceiro elemento constitutivo das RAS é o **MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE**. Esse modelo representa a forma adotada pelos gestores municipais e estaduais para atender às demandas de saúde da população local de forma mais efetiva, eficiente e segura. Deve funcionar segundo lógicas estruturais e operacionais que variam de acordo com a região e a natureza das condições de saúde da população assistida. Sabe-se que as condições de saúde da população variam, podendo ter natureza aguda ou crônica. A principal diferença entre o modelo de atenção às condições crônicas e às condições agudas está relacionada ao papel da APS. Na atenção às doenças crônicas, a APS é o centro de comunicação das RAS, tendo como função a coordenação dos fluxos dentro de toda a rede. Já na atenção às condições agudas, a APS não tem função central de coordenação de fluxos e contrafluxos da rede (MENDES, 2011; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011; OLIVEIRA, 2016).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A Atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. 113 p.

OLIVEIRA, N. R. C. **Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. São Luís: UNA-SUS/UFMA, 2016.



MÓDULO IV

PLANEJAMENTO E FINANCIAMENTO EM SAÚDE

VOCÊ JÁ FEZ AS CONTAS DO MÊS?

No orçamento doméstico temos o nosso salário mensal e nossas contas. Para que a **RECEITA** seja suficiente para cobrir as **DESPESAS** tentamos nos planejar financeiramente, e mesmo assim corremos o **RISCO** de ficarmos com a conta negativa. Por vezes o salário é insuficiente para atender nossas **NECESSIDADES** e **EXPECTATIVAS**, isso sem contar com os imprevistos que podem afetar o equilíbrio financeiro.



O processo de planejamento faz parte de nosso **COTIDIANO**: a hora de ir para o trabalho, o trânsito, a alimentação, uma viagem, um curso, o orçamento doméstico. Planejamos para alcançar um **OBJETIVO**, porém não necessariamente obteremos sucesso, mas podemos **REDUZIR OS RISCOS** e aumentar as chances de concretizá-lo com o **PLANEJAMENTO ADEQUADO**.

O planejamento financeiro é inerente a cada indivíduo, considerando seus recursos, demandas e desejos de consumo. Reflita sobre as necessidades e expectativas em um cenário como o **SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)** com 213 milhões de pessoas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2021), inseridos em um ambiente com **DIVERSIDADE** geográfica, cultural, social, política, econômica, com acontecimentos a todo instante, desde a atenção primária até a especializada, e ainda com recursos **FINANCEIROS RESTRITOS**.



A **COMPLEXIDADE** dos objetivos em saúde em um modelo participativo envolvendo o olhar de diferentes atores (usuários, equipes de saúde, gestores) torna um desafio **ORGANIZAR** as demandas e os recursos com **EFICIÊNCIA**, ou seja, com menos desperdício e menor tempo.

NESTE MÓDULO ABORDAREMOS:

- A organização dos processos de trabalho em saúde na construção coletiva e permanente do conhecimento.
- O planejamento estratégico como ferramenta tecnológica na administração do SUS.
- A fonte e modo de aplicação do financiamento e orçamento em saúde.
- Aspectos de logística e controle de insumos.

VAMOS EM FRENTE!

PROCESSOS DE TRABALHO, GESTÃO COMPARTILHADA E EDUCAÇÃO PERMANENTE

PROCESSOS DE TRABALHO

Imagine que temos um pedaço de madeira e queremos fazer uma mesa de seis lugares. O modo como vamos cortar, lixar, as ferramentas que iremos utilizar, as medidas de corte, a montagem e o acabamento, definem o processo de trabalho para a fabricação de nossa mesa.

Didaticamente os componentes do processo de trabalho de nossa mesa seriam:

- 1 | FINALIDADE OU OBJETIVO:** ter uma mesa de jantar de seis lugares;
- 2 | OBJETO:** um pedaço de madeira;
- 3 | MEIOS DE PRODUÇÃO:** equipamentos, projeto;
- 4 | AGENTE:** carpinteiro.

O **PROCESSO DE TRABALHO** é o modo como executamos nossas atividades profissionais a fim de entregarmos um produto que atenda as expectativas das pessoas. Porém, existem várias técnicas, equipamentos e projetos de mesa que podemos seguir dependendo do estilo preferido. Imagine agora o processo de trabalho de uma campanha de vacinação no SUS. Envolver usuários, trabalhadores, gestores, logística de transporte, rede de refrigeração, insumos, campanhas, capacitações, monitoramento e resultados. A correria do cotidiano em saúde nos envolve e deixamos de pensar sobre o porquê executamos certas atividades. Fazemos de forma intuitiva e até mesmo automática.



A contagem de estoque de um insumo, o monitoramento de temperatura, o preenchimento de um relatório, o atendimento ao paciente, as reuniões, a capacitação. Ficamos envoltos com a rotina sem dar conta que estamos executando uma política de saúde que irá refletir em pessoas ou até mesmo em uma comunidade. Em saúde, diferente de um **PRODUTO** acabado, entrega-se um **SERVIÇO** que procura modificar o estado individual ou coletivo, considerando o **TERRITÓRIO EM SAÚDE** e os **DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE**.

Vamos saber mais sobre Determinantes Sociais em Saúde assistindo ao vídeo:

PROF. DR. ALBERTO PELLEGRINI FILHO - ENSP/FIOCRUZ
DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

Ressalta-se que o conceito de **TERRITÓRIO EM SAÚDE** extrapola os limites geográficos e considera o diagnóstico social, ambiental, epidemiológico de uma região além da rede de atenção. Definir os componentes do **PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE** torna-se mais complexo quanto a sua **FINALIDADE OU OBJETIVO, OBJETO, MEIOS DE PRODUÇÃO E AGENTE**, pois envolvem expectativas individuais, coletivas e institucionais e ainda consideram o território em saúde e seus determinantes sociais.



Observe o trecho da música “Modinha para Gabriela” de Dorival Caymmi: “Eu nasci assim, eu cresci assim. Eu sou mesmo assim. Vou ser sempre assim.” Diferente da letra musical os processos de trabalho em saúde exigem um olhar atento para a dinâmica da **SITUAÇÃO EM SAÚDE**, por isso a importância do monitoramento e avaliação dos mesmos. Os vínculos com a comunidade, incorporação de novas tecnologias, diagnósticos, medicamentos, retroalimentam e modificam os processos, sempre pensando na eficiência dos serviços. O processo de trabalho em saúde não é o resultado do planejamento, mas parte da construção; é um processo dinâmico e participativo.

PORTARIAS DE CONSOLIDAÇÃO DO SUS

Executar as ações de forma experimental, sem qualquer orientação ou preocupação na melhoria de resultados torna o processo meramente rotineiro, com risco de aumento de gastos e tornar-se obsoleto. Para isso é preciso definir e entender as normas orientadoras. Os processos de trabalho no SUS são normatizados por seis **PORTARIAS DE CONSOLIDAÇÃO (PRC)** do Ministério da Saúde.

PORTARIAS DE CONSOLIDAÇÃO

PRC nº 1	Consolida as normas sobre os DIREITOS E DEVERES dos usuários da saúde, a ORGANIZAÇÃO e o FUNCIONAMENTO do SUS (BRASIL, 2017a).
PRC nº 2	Consolida as normas sobre as POLÍTICAS NACIONAIS de saúde do SUS (BRASIL, 2017b).
PRC nº 3	Consolida as normas sobre as REDES do SUS (BRASIL, 2017c).
PRC nº 4	Consolida as normas sobre os SISTEMAS E OS SUBSISTEMAS do SUS (BRASIL, 2017d).
PRC nº 5	Consolida as normas sobre as AÇÕES E OS SERVIÇOS de saúde do SUS (BRASIL, 2017e).
PRC nº 6	Consolida as normas sobre o FINANCIAMENTO e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS (BRASIL, 2017f).

Analisando as ementas (resumos) das Portarias de Consolidação do SUS, podemos traçar um “desenho” dos processos de trabalho no SUS. Trata-se de base norteadora para o desenvolvimento das ações e efetividade dos processos em torno de um objetivo. Percorre desde o entendimento dos Direitos e Deveres do Usuário (**GARANTIA DA PROMOÇÃO, PREVENÇÃO, PROTEÇÃO, TRATAMENTO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE**), das Políticas Nacionais de Saúde, das Redes de Saúde, dos Sistemas e Subsistema de Saúde, das Ações e Serviços (programas de saúde), e do financiamento (Blocos Custeio e Investimento), considerando os princípios e diretrizes do SUS.

A normativa não consiste apenas em burocratizar os processos, mas sim referenciar a execução das ações de acordo com os **OBJETIVOS** propostos de cada política de saúde. Vale ressaltar sobre a responsabilidade atribuída a cada esfera de governo, seja federal, estadual ou municipal.

PARA SABER MAIS SOBRE AS PORTARIAS DE CONSOLIDAÇÃO ASSISTA AO VÍDEO

FIQUE ATENTO!

O processo de trabalho em saúde é dinâmico e as atualizações das normativas são constantes. Atente-se para a vigência ou revogação de determinado normativo que você utiliza no dia a dia, acesse o sítio eletrônico do Sistema de Legislação da Saúde:

SAÚDE LEGIS

DICA! Para pesquisar portarias de origem ou revogada dentro das Portarias de Consolidação do SUS:

PARA PESQUISAR PORTARIA DE “ORIGEM”:

→ Busque exatamente pelo número da portaria sem pontuação, seguido de uma barra e o ano com quatro dígitos sem pontuação.

EX. NA PRC N°1/2017 → PESQUISE: PRT MS/GM 2135/2013

PARA PESQUISAR PORTARIA “REVOGADA”:

→ Busque exatamente pelo número da portaria sem pontuação, seguido de uma barra e “GM/MS”.

EX. NA PRC N°1/2017 → PESQUISE: PORTARIA N° 2135/GM/MS

CONSULTE nas Portarias de Consolidação disponíveis na biblioteca se alguma portaria dos processos de trabalho do seu cotidiano está **VIGENTE** ou **REVOGADA**.

CONSULTE também as Portarias de Consolidação das secretarias do Ministério da Saúde:

- Portaria de Consolidação nº 1, **SESAI/MS**, de 17 de dezembro de 2020; (BRASIL, 2020).
- Portaria de Consolidação nº 1, **SGTES/MS**, de 4 de março de 2021; (BRASIL, 2021a).
- Portaria de Consolidação nº 1, **SAPS/MS**, de 2 de junho de 2021; (BRASIL, 2021b).

GESTÃO COMPARTILHADA

A dinâmica do processo de trabalho em saúde envolve além das rotinas, do conhecimento de materiais e equipamentos, dos conhecimentos científicos e tecnológicos, a construção de forma participativa. Isso envolve os diferentes atores do SUS, diferentes olhares, conhecimentos e experiências (interdisciplinaridade) e diferentes níveis de ação (intersetorialidade).

Conhecer a **ORGANIZAÇÃO DO SUS, SEUS PRINCÍPIOS, DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES (DOMI)** é fundamental para o desenvolvimento dos processos de trabalho de planejamento, execução e financiamento. Porém, é preciso conhecer também os atores responsáveis, sejam a União, Estado, Município, equipes, gestores, trabalhadores ou usuários. O SUS adota o modelo descentralizado e de gestão compartilhada, ou seja, cada esfera de gestão institui seu Conselho de Saúde e elabora o seu respectivo Plano de Saúde, conforme as prioridades definidas e pactuadas nas Comissões Intergestores: tripartite (CIT), bipartite (CIB) e regionais (CIR) (DAYRELL, 2015).



Os Conselhos de Saúde são compostos de forma paritária, sendo 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de gestores do SUS, garantindo a **PARTICIPAÇÃO SOCIAL** nas deliberações. A CIT é composta paritariamente por representantes do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), onde as deliberações são tomadas em consenso e não por votação. Nas CIBs e CIRs ocorrem as pactuações a nível estadual e municipal, observando a respectiva esfera de governo.

As **COMISSÕES INTERGESTORES** são espaços intergovernamentais de negociação e planejamento das políticas públicas de saúde de acordo com as especificidades do seu território. Definidas as prioridades, os Conselhos de Saúde juntamente com o gestor elaboram o **PLANO DE SAÚDE** a partir da análise situacional das necessidades de saúde da população. Temos ainda as Conferências de Saúde (Municipais, Estadual e Nacional), realizadas a cada quatro anos, onde ocorrem deliberações, e é um importante espaço de fortalecimento da **PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL** nas políticas de saúde.

ASSISTA AO VÍDEO SOBRE GESTÃO PARTICIPATIVA

Vimos então que o modelo de gestão do SUS é de forma compartilhada, onde as instâncias colegiadas são formadas por agentes gestores, trabalhadores e usuários, evidenciando a participação e controle social na tomada de decisão.

A **PARTICIPAÇÃO SOCIAL** é um importante norteador das políticas públicas de acordo com as realidades e necessidades locais. Parte da análise situacional, definição de prioridades, execução e monitoramento das ações para sanar os problemas daquele território. Veremos posteriormente a construção do **PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO** como um modelo de organização.



Considerando o **DINAMISMO** dos **PROCESSOS DE TRABALHO** e de **GESTÃO COMPARTILHADA** no SUS, a partir da necessidade da **ANÁLISE SITUACIONAL**, faz-se também análise de incorporação, alteração ou mesmo exclusão de “tecnologias”. Para tal é necessário a **EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (EPS)**, a partir da qual é possível uma aprendizagem individual, coletiva e institucional na construção de políticas públicas adequadas às realidades de cada território e inferência no cuidado à saúde de forma mais eficiente.

Dentro das normativas do SUS temos a **POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (PNEPS)**, que trata de uma estratégia que considera o trabalho como meio pedagógico, local para a aprendizagem acontecer, promovendo a transformação dos processos de trabalho, a partir das necessidades dos usuários e do seu território (BRASIL, 2018).

Dentro da PNEPS se inserem as **INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR (IES)**, **ESCOLAS TÉCNICAS DO SUS (ETSUS)**, **ESCOLAS DE SAÚDE PÚBLICA (ESP)** que articulam com os níveis de gestão, trabalhadores e controle social nas qualificações para a melhoria dos processos de trabalho no SUS.

**ASSISTA AO VÍDEO PARA SABER UM POUCO MAIS SOBRE
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**

As **TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO** (TICs), em EPS, tratam de recursos tecnológicos que de maneira integrada auxiliam nos processos de ensino e aprendizagem e conseqüentemente as mudanças nos processos de trabalho para melhorar os serviços de saúde. Essenciais o seu uso na crise sanitária pandêmica, quem não conhecia as ferramentas das TICs, passou a conhecer.

E, considerando a área geográfica de abrangência do SUS, as TICs dão conta de ampliar o acesso às informações, conectar agentes públicos com outros agentes públicos e trabalhadores e usuários; (UCHIDA et al., 2020).

CONHEÇA O SITE DA ESP E EXPLORE O MOODLE

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Portaria de consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 190, p. 1-61. 3 out. 2017a.

BRASIL. Portaria de consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 190, p. 61-192. 3 out. 2017b.

BRASIL. Portaria de consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as redes do SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 190, p. 192-288. 3 out. 2017c.

BRASIL. Portaria de consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre os sistemas e os subsistemas do SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 190, p. 288-360. 3 out. 2017d.

BRASIL. Portaria de consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde do SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 190, p. 360-568. 3 out. 2017e.

BRASIL. Portaria de consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 190, p. 569-714. 3 out. 2017f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília, DF, 1ª edição revisada, 2018.

BRASIL. Portaria de consolidação nº 1/SESAI/MS, de 17 de dezembro de 2020. Consolidação de normas do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 242, p. 217-220. 18 dez. 2020.

BRASIL. Portaria de consolidação nº 1/SGTES/MS, de 4 de março de 2021. Consolidação das normas sobre gestão do trabalho e da educação na saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 44, p. 110-112. 8 mar. 2021a.

BRASIL. Portaria de consolidação nº 1/SAPS/MS, de 2 de junho de 2021. Consolidação das normas sobre Atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 105, p. 104-121. 8 jun. 2021b.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

DAYRELL, L. S. O. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Direito à Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão compartilhada do SUS: a importância da pactuação para efetividade do direito constitucional da saúde**. Brasília: CONASS, ed. 1ª, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock&utm_campaign=novo_popclock. Acesso em: 25 mai. 2021.

UCHIDA, T. H.; FUJIMAKI, M.; UMEDA, J. E.; HIGASHI, M. S. Percepção de profissionais de saúde sobre a utilização de tecnologias de informação e comunicação. **Revista SUSTINERE**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 4-22, jan-jun 2020.

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

O modelo de gestão compartilhada do SUS envolve diversos “atores” e diferentes concepções de “problemas” a serem resolvidos. Para gerenciamento dessas questões e pessoas é fundamental a utilização de ferramentas administrativas para melhor eficiência dos processos de trabalho e alcance dos resultados, o Planejamento Estratégico é uma delas.

O **PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL (PES)** é um modelo para o setor público desenvolvido por Carlos Matus (1989) que aborda a participação dos diferentes atores na identificação dos problemas de seu território, e também como agentes transformadores permanentes. No planejamento em saúde, o PES vai de encontro com a participação de todos os atores no processo, definindo prioridades e responsabilidades na execução (BRASIL, 2015).

Matus (1989) divide o PES em quatro momentos, porém os processos de trabalho em saúde são dinâmicos e as demandas ocorrem no dia a dia, vamos exemplificar:

MOMENTO EXPLICATIVO: onde se procura identificar os “**NÓS CRÍTICOS**”, classificar os problemas em **INTERMEDIÁRIOS** e **TERMINAIS** e buscar as possíveis **CAUSAS E EFEITOS**. O uso de outras ferramentas da administração como “*brain storm*”, “diagrama espinha-de-peixe”, “cinco porquês” auxiliam na construção sistemática através do olhar de cada componente.

MOMENTO NORMATIVO: onde se busca pelo conhecimento científico, pela tecnologia, pela troca de experiência identificar a **SITUAÇÃO IDEAL** resolutive para os problemas identificados.

MOMENTO ESTRATÉGICO: onde se dá previsibilidade de ações, procura identificar os atores e o grau de governança para a ação, analisa as causas internas e externas que podem auxiliar ou inviabilizar a ação resolutive. O uso de outra ferramenta de administração a chamada Matriz “FOFA” pode auxiliar na identificação de forças, oportunidades, fraquezas e ameaças.

MOMENTO TÁTICO-OPERACIONAL: é onde se dá ação em si, fazer e monitorar as ações com a proposta de mudança/ajustes ao longo do processo.

Apesar dessa divisão de etapas o processo é cíclico, considerando o dinamismo dos processos de trabalho e da análise situacional de saúde e o monitoramento permanente das ações.

**PARA SABER MAIS DETALHADAMENTE SOBRE PES, ASSISTA AO VÍDEO:
PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL**

Sabemos até aqui que os **PROCESSOS DE TRABALHO** em saúde são desenhados para a garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde, considerando os princípios de diretrizes do SUS. Os processos são desenhados a partir de **GESTÃO COMPARTILHADA** envolvendo gestores, trabalhadores e usuários. A **EDUCAÇÃO PERMANENTE** desses atores é importante para a constante análise situacional do seu território. O **PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO** trata de uma ferramenta de gestão que dá coesão a todos esses aspectos; partindo dos “nós críticos” considerando a análise situacional de cada ator, elencando propostas, responsabilidades e ações.

INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO

Segundo Matus (1989), o plano é um produto momentâneo de um processo de planejamento, ou seja, criar um documento com normativas estáticas não é planejar. O plano trata de um instrumento para o acompanhamento compartilhado das diretrizes, objetivos e metas, **PLANEJAR É AÇÃO.**

Os **INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO** do SUS são definidos no art. 95 da Portaria de consolidação nº 1/GM/MS/2017 (BRASIL, 2017):

- **PLANO DE SAÚDE (PS):** cabe a cada esfera de governo explicitar para o período de quatro anos o seu plano de saúde, definindo com os respectivos conselhos as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores em saúde (DOMI).
- **PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE (PAS):** devem-se programar anualmente as ações e alocar os recursos orçamentários para o alcance dos objetivos do plano.
- **RELATÓRIO DETALHADO DO QUADRIMESTRE ANTERIOR (RDQA):** acompanhar quadrimestralmente a execução das ações de saúde.
- **RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO (RAG):** prestar contas anualmente ao conselho para emissão de parecer conclusivo.



Para cada instrumento existe prazo para a execução e entrega.

Para apoiar gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, todos esses instrumentos de gestão podem ser registrados no Sistema, garantindo a transparência e o acompanhamento das ações em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde: 2011- 2015: resultados e perspectivas.** Brasília, DF, 5ª edição, 2015.

BRASIL. Portaria de consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, n. 190, p. 1-61. 3 out. 2017.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo.** Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1993.

FINANCIAMENTO E ORÇAMENTO EM SAÚDE, LOGÍSTICA E CONTROLE DE INSUMOS



Definidos os processos de gestão do SUS, agora partimos para o financiamento. A execução dos serviços depende diretamente da disponibilidade de recursos. É importante salientar a participação do controle interno e social na gestão de recursos. Dois aspectos devem ser considerados quando falamos de financiamento; **PRIMEIRO: A FONTE DE RECURSO; SEGUNDO: A FORMA DOS GASTOS.**

Sobre a **FONTE**, os investimentos financeiros no SUS são definidos pela **LEI COMPLEMENTAR Nº 141/2012**, onde atribui a cada esfera de governo o percentual da arrecadação **ANUAL** para as ações em saúde, sendo para os municípios no mínimo de **15%** (quinze por cento) da arrecadação dos impostos. Estados e o Distrito Federal **12%** (doze por cento), e a União o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior mais o **PERCENTUAL DO PRODUTO INTERNO BRUTO** (PIB), em conformidade com objetivos e metas explicitados nos **PLANOS DE SAÚDE** (BRASIL, 2012).

Sobre a **FORMA**, os gastos em saúde se estruturam em dois blocos de financiamento: bloco de custeio e bloco de investimento, os quais são geridos pelos Fundos de Saúde (BRASIL, 2017a). O **BLOCO DE CUSTEIO** das Ações e Serviços Públicos de Saúde é direcionado para as ações de Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica (básica, estratégica e especializada) e Gestão do SUS. O **BLOCO DE INVESTIMENTO** na Rede de Serviços Públicos de Saúde trata da aquisição de novos equipamentos, obras de reforma e adequação para o desenvolvimento das ações. Os repasses de verbas ocorrem entre a União, Estados e Municípios através das contas dos respectivos Fundos de Saúde e conforme finalidade cada bloco de investimento.

ASSISTA AO VÍDEO SOBRE A GESTÃO DE RECURSOS DO SUS

CONSULTE OS REPASSES REALIZADOS ATRAVÉS DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (FNS) E FUNDOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE NOS PORTAIS DE TRANSPARÊNCIA:

PORTAL FNS

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA GOVERNO MS

Lembrando que o **PLANO DE SAÚDE** e seu orçamento devem estar compatíveis com os **OUTROS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO** de cada esfera de governo, quais sejam o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

- **PLANO PLURIANUAL (PPA):** lei que estabelece as diretrizes, os objetivos e as metas do Governo pelo período de quatro anos, sendo revisada anualmente.
- **LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS (LDO):** é anterior à lei orçamentária, define as prioridades e metas da administração pública para o exercício financeiro seguinte e orienta a elaboração da lei orçamentária anual.
- **LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL (LOA):** estima as receitas e autoriza as despesas do Governo para o exercício financeiro seguinte, de acordo com a previsão de arrecadação.



A elaboração dos instrumentos de planejamento em saúde deve estar integrada aos outros planos de governo, obedecendo aos prazos legais para a garantia de orçamento e viabilizar a execução das ações em saúde (BRASIL, 2015).

VOCÊ SABE QUAL O PERCENTUAL ANUAL APLICADO EM SAÚDE EM SEU MUNICÍPIO?

PARA SABER MAIS ACESSE O SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE (SIOPS) E CONSULTE O RELATÓRIO RESUMIDO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA (RREO).

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE (SIOPS)

RELATÓRIO RESUMIDO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA (RREO)

VOCÊ SABIA que existe uma tabela de valores sobre os procedimentos em saúde no SUS?

CLIQUE AQUI

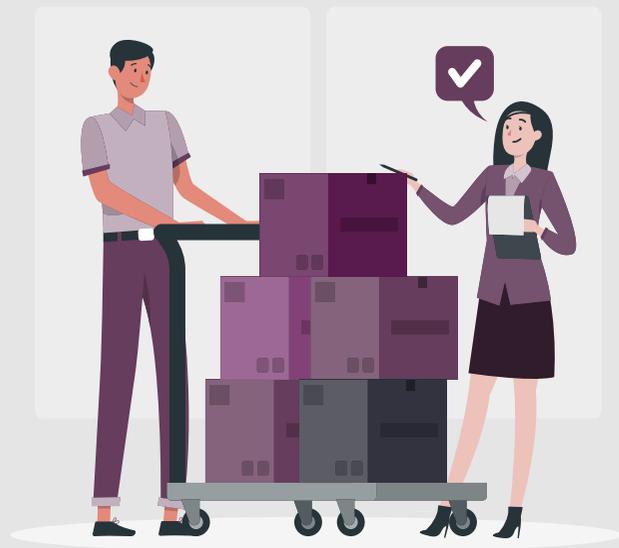
O **PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO** parte da análise situacional envolvendo os diversos atores que estão imersos em seus respectivos territórios. Conhecer o território em saúde envolve os aspectos geográficos, culturais, econômicos e epidemiológicos para a construção de uma rede que garanta a promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde em consonância com os princípios dos SUS de universalização, equidade e integralidade.

Os **DESENHOS LOGÍSTICOS** envolvem desde a atenção primária, passando pela média e alta complexidade, serviços de urgência e emergência, atenção hospitalar, vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, e assistência farmacêutica. Além da disponibilização de recursos logísticos de transporte, toda a estruturação da rede de diagnósticos, armazenamento e distribuição de insumos, até os sistemas de regulação de leitos, educação em saúde, vigilância e recursos humanos devem ser considerados em regra no planejamento.

PARA SABER MAIS SOBRE OS ESTABELECIMENTOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SEU MUNICÍPIO ACESSE O SÍTIO ELETRÔNICO DO CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES).

[CNES.DATASUS.GOV.BR](https://cnes.datasus.gov.br)

Importante destacar a **INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES REGIONALIZADAS** considerando a oferta de serviços, disponibilidade de recursos humanos e tecnológicos, geolocalização e estabelecer uma rede hierarquizada de serviços de saúde definidas em um **PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO (PRI)** articulado nas Regiões de Saúde (BRASIL, 2019). Conforme o artigo 101 da Portaria de consolidação nº 1/GM/MS, (BRASIL, 2017b), o planejamento regional integrado será elaborado no âmbito da Região de Saúde, com base nas **NECESSIDADES DE SAÚDE EXPRESSAS NOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE** e será pactuado, monitorado e avaliado pela CIR, sendo coordenado pela gestão estadual e envolverá os três entes federados.



Considerando o planejamento estratégico baseado em análise situacional em saúde, o **CONTROLE DE INSUMOS**, permanentes ou de consumo, faz-se necessário não somente para o registro formal do movimento de produtos, mas também para fornecer relatórios gerenciais de previsibilidade.

Os **PROCESSOS DE AQUISIÇÃO** obedecem a procedimentos administrativos, os quais devem ser considerados no controle dos insumos em saúde. Portanto é necessário incluir além do reconhecimento do território em saúde, a temporalidade das ações administrativas de compras. A sazonalidade de consumo bem como o prazo de validade, depreciação, novas tecnologias, capacidade, condições de armazenamento e rede logística dos produtos devem ser considerados no processo de controle (BRASIL, 2021). Independentemente de serem em etiquetas de prateleiras, planilhas eletrônicas, sistemas informatizados, o controle deve fornecer em tempo real a situação de estoque para a tomada de decisão (BRASIL, 1988).

DICA: o Ministério da Saúde disponibiliza uma ferramenta para a Gestão da Assistência Farmacêutica. Conheça o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS).

ACESSE O SITE :

SISTEMA NACIONAL DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

ASSISTA AO VÍDEO:

SISTEMA HÓRUS - TECNOLOGIA CONTROLA ESTOQUE DE MEDICAMENTOS

Finalizamos o módulo de planejamento e financiamento, note que ele é de caráter transversal. Perpassa desde a concepção do SUS até as formas de financiamento. Decorre de uma análise constante, de acordo com o dinamismo da análise situacional, sendo a gestão compartilhada e participativa parte central de todo o processo de **PLANEJAR**.

BOM ESTUDO!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Instrução normativa nº 205, de 8 de abril de 1988. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, n. 67, p. 1069-1073. 11 abr. 1988.

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 nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, n. 11, p. 1-4. 16 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento Coordenação-Geral de Economia da Saúde. **Financiamento Público de Saúde.** Brasília, DF, 1ª edição, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão do SUS**. Brasília: CONASS, ed. 1ª, 2015.

BRASIL. Portaria nº 3.992/GM/MS, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: edição extra, seção 1, Brasília, DF, n. 248-D, p. 91-92. 28 dez. 2017a.

BRASIL. Portaria de consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 190, p. 1-61. 3 out. 2017b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Regionalização da saúde posicionamento e orientações**. Brasília: CONASEMS, 2019.

BRASIL. Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021. Lei de Licitações e Contratos Administrativos. **Diário Oficial da União**: edição extra, seção 1, Brasília, DF, n. 61-F, p. 1-23. 1 abr. 2021.



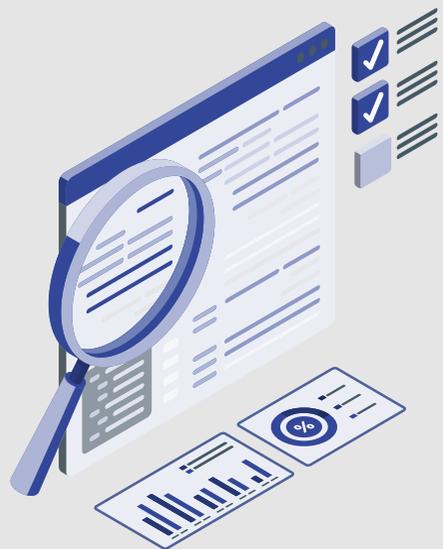
MÓDULO V

REGULAÇÃO EM SAÚDE

CONCEITOS FUNDAMENTAIS

O QUE É REGULAÇÃO EM SAÚDE?

Uma das definições que melhor expressa a premissa da Regulação como atividade, é a que conceitua o processo como **UM CONJUNTO DE AÇÕES DIRIGENTES, CAPAZES DE ORGANIZAR TANTO NO INTUITO DE FACILITAR OU MESMO LIMITAR A EXECUÇÃO DE DETERMINADAS ATIVIDADES.**



A mera existência de um mecanismo funcional nestes termos, sugere a inter-relação participativa entre dois agentes ativos distintos, o **EXECUTOR** e o **REGULADOR** propriamente dito, ambos atuantes dentro das normativas e propostas previamente estabelecidas. **VIA DE REGRA, O TERMO “REGULAÇÃO” É DADO AOS SERVIÇOS DE MONITORAMENTO QUE ATUAM SOB A TUTELA DO PODER PÚBLICO**, no intuito de melhor suprir, dentro das suas limitações, as necessidades da população.

O OBJETIVO DO PROCESSO REGULADOR

Desde a concepção dos mecanismos de controle que viriam a se tornar a Regulação em Saúde, **FOI ESTABELECIDADA COMO PREMISSE A GARANTIA DE ACESSO DO CIDADÃO** como usuário aos serviços de saúde de acordo com a necessidade de cada indivíduo. **DEVEMOS ENTENDER AQUI QUE, SE EXISTE A EVOLUÇÃO DE UMA DETERMINADA DOENÇA, TAMBÉM DEVE EXISTIR A EVOLUÇÃO DO CUIDADO DE FORMA LINEAR VISANDO UM DETERMINADO DESFECHO, INDEPENDENDO SE ESTE FOR A REMISSÃO DOS SINTOMAS E A CURA COMPLETA OU O ACOMPANHAMENTO, NO INTUITO DE GARANTIR CONFORTO NOS ESTÁGIOS FINAIS DA VIDA.**

QUEM É RESPONSÁVEL PELA REGULAÇÃO?

Como mencionado anteriormente, cabe ao **GESTOR LOCAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** a implementação e monitoramento dos sistemas e mecanismos regulatórios. É de se esperar então, que o poder público realize esta tarefa de forma eficiente, deva conhecer o perfil de sua população local bem como suas principais necessidades, sobretudo no intuito de ser capaz de determinar a viabilidade em atender a tais necessidades no âmbito da saúde. **ASSIM SENDO COMO OUTRORA ESTABELECIDO PELA CONSTITUIÇÃO DE 1988, COMPETINDO AO ESTADO O PROTAGONISMO FRENTE AS AÇÕES DE PROMOÇÃO, VIABILIDADE E MONITORAMENTO PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE A REGULAÇÃO INCLUSA.**

COMO SE DÁ A REGULAÇÃO EM SAÚDE?

A regulação se dá mediante a consideração de dois fatores primordiais:

- 1** | As necessidades de saúde de uma determinada população;
- 2** | A configuração da rede de atenção em saúde no intuito de suprir tais necessidades.

Tal **INTERAÇÃO DEVE SER ORGÂNICA**, ou seja, **AJUSTÁVEL FRENTE AOS DESAFIOS** e mudanças através do tempo, de maneira a ser capaz de **ACOMPANHAR TAIS MUDANÇAS E EVOLUIR A PARTIR DELAS**. Logicamente existem fatores de interferência neste processo, que vão desde a gestão estratégica dos serviços, às características demográficas, geográficas e epidemiológicas de uma determinada região/município.

O PAPEL DO REGULADOR:

São **ATRIBUIÇÕES DO REGULADOR EM SAÚDE A ATUAÇÃO SOBRE A DEMANDA REPRIMIDA DE DETERMINADOS PROCEDIMENTOS, DE MANEIRA A DEFINIR A DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS QUE GARANTAM ACESSO.** Também cabe a este profissional monitorar a demanda de procedimentos que requeiram autorização prévia (**AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR – AIH E AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL – APAC**). É o regulador quem verifica as informações e analisa o laudo médico descrito para cada paciente em sua solicitação de procedimento, autorizando ou não a realização deste.

IMPORTANTE: De maneira geral, a atuação do Regulador é amparada pelos **PROTÓCOLOS DE REGULAÇÃO**, que são normativas e recomendações direcionadas aos profissionais de saúde da Atenção Primária, esclarecendo o fluxo ambulatorial do SUS ofertado pelo Estado e/ou Município, estabelecendo o que, quando e como encaminhar pacientes para o atendimento especializado.

INTERAÇÃO ENTRE REGULAÇÃO E USUÁRIO DO SUS:

Para que um indivíduo seja beneficiado pela rede de atenção em saúde é importante que o mesmo “exista em algum sistema de dados” ou seja ele deverá ter sido atendido em algum momento de sua vida pela atenção primária e a partir daí ter seu diagnóstico, história clínica e seu tratamento proposto descritos e relatados em um banco de dados disponível e de fácil acesso, para que os profissionais envolvidos em seu atendimento possam compartilhar informações entre si no decorrer de seu tratamento.

IMPORTANTE: Quanto maior o número de informações disponíveis em sistema sobre determinado paciente, melhor será a avaliação e o entendimento do quadro clínico do mesmo por parte do Regulador, favorecendo o progresso do tratamento do paciente dentro da rede de atenção em saúde.

REGULAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE E DA ATENÇÃO À SAÚDE

De acordo com o texto da Portaria n. 1.559 (BRASIL, 2008) que institui a Política Nacional de Regulação do SUS, a **REGULAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE** visa as redes municipais, estaduais e nacional de saúde, e seus respectivos gestores, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, normativas para a Regulação da Atenção à Saúde, bem como ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância dos mesmos sistemas.



A mesma Portaria define como **REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE** a atividade exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, dentro do **TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO DO PACTO PELA SAÚDE**. Tendo como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população, produzindo ações diretas e resolutivas de atenção à saúde, tanto na esfera pública quanto privada. Cabendo aqui aos gestores públicos a definição de estratégias e diretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde.

MODALIDADES DE REGULAÇÃO:

O Texto da NOAS/SUS 01 (BRASIL, 2002) descreve o conceito clássico de Regulação como um processo assistencial, que faz jus à oferta de serviços, existência de recursos financeiros e a pactuação (neste caso a Programação Pactuada Integrada ou PPI).

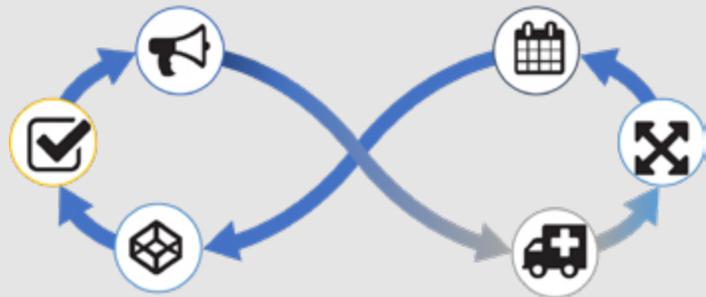
Vinculadas às modalidades de gestão e de cada ente gestor, foram concebidas as seguintes subdivisões:

1 | REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE: é a responsável pela produção de ações diretas e resolutivas de Atenção à Saúde, destinada a prestadores de serviços, públicos e/ou privados;

2 | REGULAÇÃO ASSISTENCIAL: corresponde ao conjunto de conhecimentos e práticas que interagem com as necessidades dos usuários dos serviços de saúde.

3 | REGULAÇÃO DO ACESSO: trabalha para a garantia do direito constitucional ao acesso de forma integral, universal e equânime aos serviços de saúde.

IMPORTANTE: É necessário saber diferenciar a regulação assistencial da regulação do acesso. O primeiro se refere ao somatório de ações e atividades que incluem a própria regulação do acesso. O gestor é responsável pela regulação assistencial e delega a regulação do acesso para o regulador. Quando o acesso é regulado baseado nos protocolos clínicos e fluxos assistenciais pré-definidos, a regulação passa a orientar os processos de programação da assistência.



A REGULAÇÃO ASSISTENCIAL VISA A ORGANIZAÇÃO, GERENCIAMENTO E A PRIORIZAÇÃO DO ACESSO E DOS FLUXOS ASSISTENCIAIS NO ÂMBITO DO SUS. Sendo de competência dos gestores públicos é estabelecida pelo complexo regulador, abrangendo a regulação médica como autoridade sanitária, no intuito de garantir o acesso baseado em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

A Regulação do acesso torna todo processo executável, garantindo o acesso do paciente da atenção primária aos serviços e procedimentos necessários ao seu tratamento, através de solicitações avaliadas pelos reguladores. Cabendo ao estado como agente regulador, garantir a existência de estrutura e recursos para que o atendimento seja realizado. Lembrando que o acesso aos serviços de saúde acontece de **DUAS FORMAS DISTINTAS**:

1 | AMBULATORIAL: via comum para a realização de procedimentos mediante o agendamento em vagas geradas para esta finalidade;

2 | URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: destinada aos pacientes em estado grave, atendidos em unidades de pronto atendimento, onde dependendo da gravidade poderão ser encaminhados para hospitais ou demais centros de referência.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO PARA REGULAÇÃO

A atividade regulatória existe em função da troca e armazenamento de informações de indivíduos, estes atendidos por profissionais de saúde lotados em unidades executoras que ao determinarem o processo terapêutico de seus pacientes, solicitam os procedimentos que acharem pertinentes. Obviamente tal trânsito de informação deve ser preciso, rápido, passível de alterações/ajustes e sobretudo auditável, ou seja, no dia a dia é praticamente inviável que o mesmo não seja informatizado.

OBSERVAÇÃO: A capacidade de gerar bancos de dados relacionáveis entre si já é amplamente utilizada pelo poder público como ferramenta de controle social. Partindo dessa premissa, a disponibilidade de correlacionar informações como endereço, histórico médico e possibilidade de contato com o indivíduo correspondem a um processo fundamental para a regulação em saúde, planejamento de ações do SUS e até levantamentos epidemiológicos.

O SISREG:

Consiste num sistema de informações on-line disponibilizado pelo DATASUS para o gerenciamento e operação das Centrais de Regulação. É um programa de computador que se utiliza de navegadores com acesso à Internet. Dentro do SISREG existem dois módulos independentes:

1 | CENTRAL DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS (via ambulatorial);

2 | CENTRAL DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (via emergencial e de alta complexidade).
Esse sistema visa facilitar o gerenciamento, atuação e obtenção de informações dentro dos complexos reguladores.

OBSERVAÇÃO I: Como um sistema de informação, o SISREG foi criado de forma modular, ou seja, ele permite que alterações sejam feitas a partir das observações, necessidades e parâmetros locais e se adequando melhor às necessidades de cada região.

SISREG

OBSERVAÇÃO II: Existem sistemas de informação alternativos ao SISREG, em sua maioria desenvolvidos pela iniciativa privada, geralmente apresentando configurações e funções semelhantes. Em alguns casos, por não serem desenvolvidos pelo Ministério da Saúde existe a dificuldade de interação desses sistemas de informação com os bancos de dados do próprio ministério e do DATASUS.

MECANISMOS E INSTRUMENTOS DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO VULNERABILIDADE

Assim como a saúde é um processo, adoecer também é, e muitas vezes indivíduos que apresentavam determinado quadro clínico poderão evoluir para condições mais graves ou não, considerando sua doença de base. Ou seja, o agente regulador deverá estar atento a tais alterações de maneira a classificar ou definir como prioridade e



se possível viabilizar a agilidade no atendimento e realização de procedimentos necessários para determinado paciente. Um exemplo bem claro dessa situação diz respeito aos pacientes portadores de hipertensão arterial que desenvolvem, em função da enfermidade, problemas cardíacos e/ou renais, muitas vezes sendo necessário um atendimento mais rápido e multiprofissional.

IMPORTANTE: Existem parâmetros para a classificação de risco e prioridade específicos, definidos pelos profissionais especialistas e demais Câmaras Técnicas para cada doença que possa ser tratada pelo SUS. Tais parâmetros são geralmente listados no **Protocolo de Regulação de Acesso para as Especialidades Médicas**, e em alguns casos normativas específicas para a enfermidade em questão (como o câncer, por exemplo), lembrando que decisões sobre a classificação/reclassificação como prioridade são de responsabilidade e competência do Regulador.

INSTRUMENTOS DE APOIO

O processo de regulação conta com ferramentas importantes para o desempenho de suas funções. Entre eles podemos destacar instrumentos de apoio, tais como:

- 1 |** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) - importante relação dos estabelecimentos atuantes na rede de saúde;
- 2 |** Centrais de Regulação - também são consideradas como apoio já que se destinam à análise e deliberação imediata sobre problemas de acesso do paciente aos serviços de saúde;

3 | Protocolos clínicos - definem o elenco de recursos terapêuticos mais adequados para cada situação clínica;

4 | Manuais dos sistemas de informação - ajudam no entendimento de como proceder durante a utilização dos sistemas de informação (disponíveis em sua maioria pelo Ministério da Saúde).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A regulação consiste em um mecanismo orgânico que promove e regulamenta a interação entre os usuários do SUS e a Rede de Atenção em Saúde. Extremamente adaptável, consiste em uma ferramenta versátil tanto para monitoramento epidemiológico das necessidades de saúde de uma determinada região quanto para os gestores dos serviços de saúde interessados em otimizar o acesso aos serviços e promoção de saúde. A informatização dos serviços caminha em direção ao futuro, sendo a Regulação um dos sistemas precursores no gerenciamento eficiente das informações, que compõe como definição, o perfil do usuário da saúde como direito adquirido no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/GM nº 1559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.600, de 07 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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 jul. 2011.

BARBOSA, D. V. S.; BARBOSA, N. B.; NAJBERG, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 49-54, 2016.

VITALIS, A. Estado prestador versus Estado regulador: um diagnóstico do direito social à saúde no Brasil. **RIL**, v. 53, n. 210, p. 267-290, 2016.

VILARINS, G. C. M. Regulação do acesso à assistência: conceitos e desafios. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 21, n. 1, p. 81-84, 2010.



MÓDULO VI

CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

MECANISMOS DE CONTROLE INTERNO E EXTERNO

O assunto a ser tratado aqui é **CONTROLE**, expressão que remete ao ato ou efeito de controlar. Em sentido amplo, essa ação está presente no cotidiano de diversas formas, como, por exemplo, controlar os gastos domésticos ou controlar um trabalho desenvolvido em equipe. Nesse módulo o controle estará voltado à fiscalização ou revisão da atividade administrativa de órgãos, instituições ou setores da Administração Pública, em qualquer uma de suas esferas.



A Constituição Federal cita, em seu artigo 70, que é pelo sistema de **CONTROLE INTERNO** (de cada Poder da União) e **CONTROLE EXTERNO** (via Congresso Nacional) que será exercida a fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e das entidades da Administração Pública, direta ou indireta.

Mas quais são esses “Poderes da União” responsáveis pelo controle administrativo? Conforme a Constituição Federal, são **PODERES DA UNIÃO**, independentes e harmônicos entre si, o **LEGISLATIVO, O EXECUTIVO E O JUDICIÁRIO**.

CURIOSIDADE! VOCÊ JÁ PENSOU POR QUE OS PODERES DA UNIÃO FORAM DIVIDIDOS DESSA FORMA? O FILÓSOFO CHARLES MONTESQUIEU (1689-1755) PROPÔS ESSA DIVISÃO PENSANDO EM ORGANIZAR UM MODELO POLÍTICO DE ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO DE MODO A NÃO DEIXAR EM UMA ÚNICA MÃO AS TAREFAS DE LEGISLAR, ADMINISTRAR E JULGAR JÁ QUE A CONCENTRAÇÃO DE PODER TENDE A GERAR O ABUSO DELE.

MAS, NA PRÁTICA, COMO O CONTROLE PODE SER EXERCIDO? QUEM CONTROLA E QUEM PRESTA CONTA NO SERVIÇO PÚBLICO? VAMOS LÁ...

O **CONTROLE INSTITUCIONAL** PODE SER EXERCIDO NO ÂMBITO DOS TRÊS PODERES DA **UNIÃO** e, dependendo de quem controla e quem é controlado, ele se caracteriza como interno ou externo. Ele pode, ainda, ser exercido por meio do **CONTROLE SOCIAL**, quando a **SOCIEDADE** exerce o controle popular e fiscaliza os gastos públicos.

Quanto à **PRESTAÇÃO DE CONTAS**, qualquer pessoa física ou entidade pública que gereencie ou administre, arrecade, utilize ou guarde dinheiro, bens e valores públicos, está sujeito à prestação de contas.

ATENÇÃO! CONFORME O ARTIGO 37 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL, TODA A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, SEJA DIRETA OU INDIRETA, DE QUALQUER DOS PODERES DA UNIÃO, DOS ESTADOS, DO DISTRITO FEDERAL E DOS MUNICÍPIOS OBEDECERÁ AOS PRINCÍPIOS DA LEGALIDADE, IMPESSOALIDADE, MORALIDADE, PUBLICIDADE E EFICIÊNCIA.

O **CONTROLE EXTERNO** é aquele que ocorre quando o órgão fiscalizador se encontra em outra Administração, diferente daquela na qual a conduta administrativa fiscalizada se originou, ou seja, é o controle de um poder sobre o outro. Como o nome diz, ele é efetivado por órgãos externos, que fiscalizam as ações da administração pública, verificando o exercício regular da competência atribuída por lei (BRASIL, 2014).

Constitucionalmente, na União esse controle fica a cargo do Congresso Nacional e é exercido com o auxílio do **TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU)**; nos Estados, pelas Assembleias Legislativas, com o auxílio do respectivo **TRIBUNAL DE CONTAS ESTADUAL (TCE)**; e, nos Municípios, pelas Câmaras de Vereadores Municipais, com auxílio do Tribunal de Contas do Estado, ou órgão equivalente, instituído por lei, em que se localiza o Município.



Além das competências previstas na Constituição Federal, a **LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012**, que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pelos entes governamentais em ações e serviços públicos de saúde, traz como atribuição do Tribunal de Contas, a verificação da aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde de cada ente da Federação sob sua jurisdição.

SAIBA MAIS: Na intenção de promover o controle social dos recursos públicos, os Tribunais de Contas também desenvolvem atividades educativas voltadas às boas práticas de gestão, por meio de seminários, reuniões, publicações e, ainda, a realização de auditorias e o envio de recomendações para adoção de providências. Um exemplo é a publicação, pelo TCU, das Cartilhas de Boas Práticas de Governança e Gestão da Crise - O papel do gestor local no combate à pandemia de Covid-19 e a de Boas Práticas da Segurança da Informação. Consulte na biblioteca desse módulo.

O **CONTROLE INTERNO**, também conhecido como autocontrole ou controle primário, é aquele realizado no âmbito da própria administração pela entidade ou órgão responsável pela atividade controlada. Tem o objetivo de assegurar a execução das próprias ações dentro dos princípios básicos da administração pública. Pode ser exemplificado pela avaliação do cumprimento das metas, da execução dos programas de governo e dos orçamentos e de avaliação da gestão dos administradores públicos, por meio de ferramentas como o monitoramento, a avaliação de desempenho e a auditoria (BRASIL, 2014).

Esse controle é mantido pelos **PODERES LEGISLATIVO, EXECUTIVO E JUDICIÁRIO**, de forma integrada, com a finalidade de:

AVALIAR o cumprimento das metas previstas no plano plurianual, a execução dos programas de governo e dos orçamentos da União;

COMPROVAR a legalidade e avaliar os resultados, quanto à eficácia e eficiência, da gestão orçamentária, financeira e patrimonial nos órgãos e entidades da administração federal, bem como da aplicação de recursos públicos por entidades de direito privado;

EXERCER o controle das operações de crédito, avais e garantias, bem como dos direitos e haveres da União;

APOIAR o controle externo no exercício de sua missão institucional.

A principal função do **CONTROLE INTERNO** é garantir o cumprimento das políticas em vigência por meio de mecanismos que possibilitem informações à sociedade, evitando a ocorrência de desperdícios e fraudes. Esse controle deve servir de instrumento para assegurar a eficiência, a produtividade, a economicidade e a rapidez na prestação do serviço público em atendimento às necessidades da população.

E COMO O CONTROLE ESTÁ ESTABELECIDO NO SUS? O controle do SUS é exercido tanto pela sociedade como pelo governo. Vamos entender como isso acontece.

COMPOSIÇÃO DE REDE DE CONTROLE



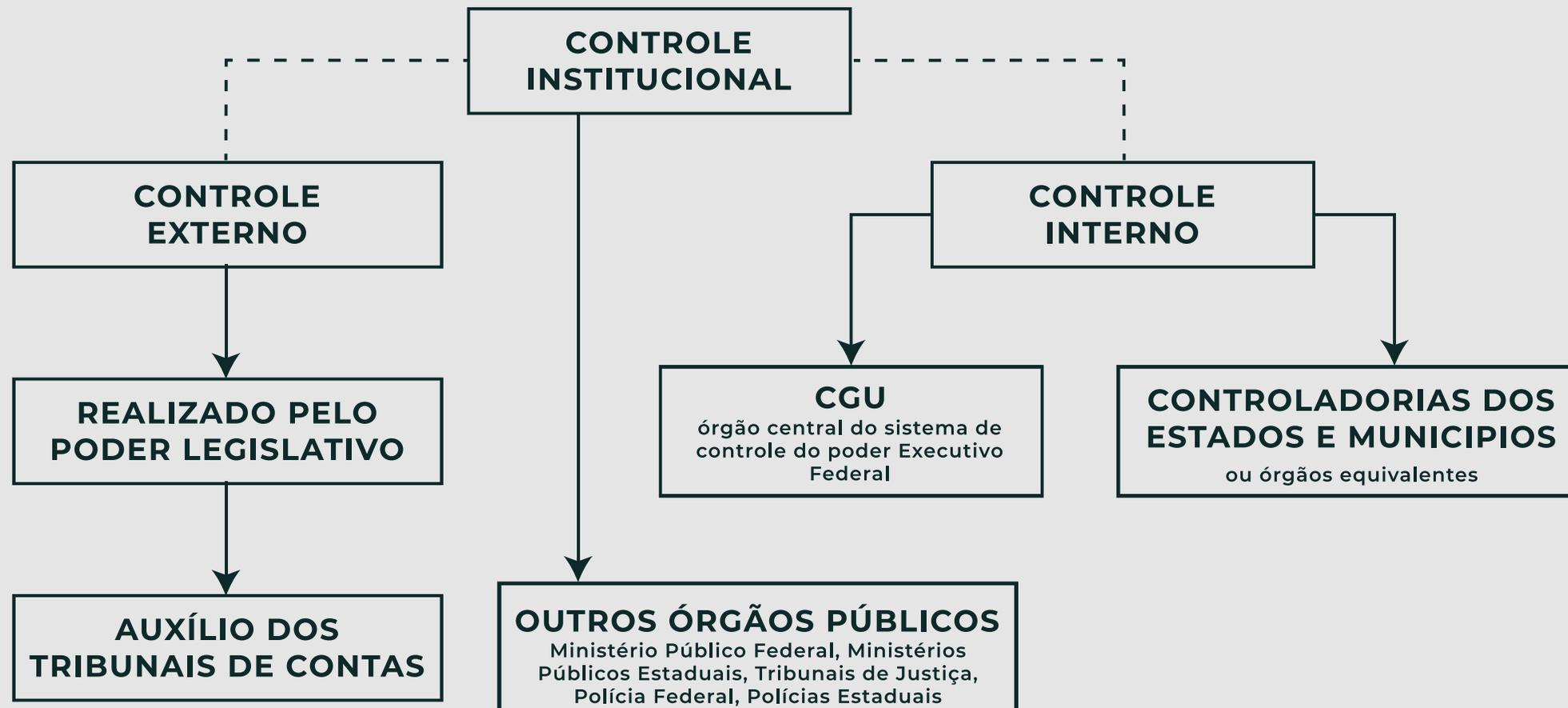
O SUS foi fruto de um movimento sanitário implantado como um sistema federativo com a participação das três esferas de governo, mediante a realização de serviços universais e gratuitos em todo território nacional, tendo a descentralização como diretriz básica e com o **MECANISMO CONSTITUCIONAL DO CONTROLE PÚBLICO**, por meio do **CONTROLE SOCIAL** (MENDES, 2002).

Dessa forma, observa-se que, desde os primórdios do SUS, o **CONTROLE** é um tema em pauta. Logo após a promulgação da Constituição Federal, a Lei nº 8.080, que se caracteriza como um dos instrumentos regulamentadores do sistema de saúde brasileiro, trouxe como atribuição comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios a definição das instâncias e **MECANISMOS DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E DE FISCALIZAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE.**

Além disso, a Lei nº 8.142 traz o Conselho de Saúde como instância colegiada de caráter permanente e deliberativo para atuar na formulação de estratégias e no **CONTROLE** da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Esse controle feito pela população é o **CONTROLE SOCIAL**, que oportuniza a participação da sociedade perante às ações do Estado e constitui uma forma de exercício da democracia. É um tipo de fiscalização da transformação dos tributos pagos em obras e serviços de qualidade, que pode ser exercido:

- **INDIVIDUALMENTE** pelo cidadão;
- **COLETIVAMENTE** por organizações da sociedade civil ou pela atuação de instituições públicas representativas de interesses sociais, como os Conselhos de Saúde.



A **CONTROLADORIA GERAL DO MUNICÍPIO** é o órgão central do controle interno do Poder Executivo que, além de fiscalizar, possui a função de servir como ferramenta de orientação ao gestor municipal. Foi a partir da **LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL** que houve maior relevância no acompanhamento e fiscalização financeira, principalmente no Poder Executivo. Essa lei ampliou as penas aos administradores públicos descuidados quanto às suas responsabilidades fiscais.



Em relação ao controle interno realizado por técnicos do SUS, têm-se as ações de auditoria de responsabilidade do **SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA (SNA)**, que é formado pelo componente Municipal, Estadual e Federal, conforme estabelecido pelo Decreto nº 1.651 (BRASIL, 1995). No Plano Federal, o componente do SNA é o **DEPARTAMENTO NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS (DENASUS)**, unidade da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), do Ministério da Saúde.

A **AUDITORIA DO SUS** tem a finalidade de verificar a execução das ações e serviços de saúde com os padrões e os critérios estabelecidos em vários aspectos como o orçamentário, o operacional e o patrimonial. Além de analisar a conformidade dos gastos públicos na saúde, colaborando para a transparência e maior credibilidade da gestão pública. Por meio dos seus Relatórios, a Auditoria do SUS instrumentaliza o gestor com dados sobre as fragilidades e potencialidades do sistema de saúde, minuciando o seu planejamento e fomentando a adequação das políticas e das ações em benefício do atendimento à população (BRASIL, 2014).

SAIBA MAIS! Para consultar relatórios de auditoria do SNA, acesse o endereço eletrônico:

CONSULTAAUDITORIA.SAUDE.GOV.BR

Por fim, a Auditoria, o Controle Social, a Controladoria Geral, o Tribunal de Contas são todos órgãos com a função de **CONTROLE**, que se consolidou como uma das características do Estado Democrático de Direito, na qual a Administração Pública vincula-se ao cumprimento da lei e ao atendimento do interesse público. Dessa forma, torna-se fundamental o estabelecimento de condições que verifiquem, constatem e imponham o cumprimento de tal exigência para evitar o abuso de poder, é isso que define o **CONTROLE NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 63 ed. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%E7ao_Compilado.htm. Acesso em: 18 mai. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, p. 15196, 29 set. 1995.

BRASIL. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 mai. 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm. Acesso em: 20 mai. 2021.

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 CXLIL, nº 11, p. 01-04, 16 jan. 2012.

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, DF, v. 128, n. 182, 20 set. 1990a. p.18055-18059.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 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, v. 128, n. 182, 31 dez. 1990b. p.25694.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. 4ª Secretaria de Controle Externo. **Orientações para conselheiros de saúde**. Brasília, DF: TCU, 2010.

BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Vamos Conversar sobre Auditoria do SUS**. Série Auditoria do SUS. vol. 2. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vamos_conversar_sobre_auditoria_sus.pdf. Acesso em: 5 jun. 2021.

MENDES, E. V. **Sistema Nacional de Saúde no Brasil – SUS e Sistema Complementar**. Sobral: Sanare, v. 3, n. 1, 2002. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/99/91>. Acesso em: 22 mai. 2021.

PACTO FEDERATIVO



O **PACTO FEDERATIVO** nada mais é do que o conjunto de regras constitucionais pelas quais a União, Estados e Municípios dividem entre si determinados gastos e o dinheiro dos impostos. Nessa pactuação, são decididas as regras sobre quem faz o que, e com qual fonte de arrecadação. Ou seja, o Pacto Federativo determina as obrigações financeiras, as leis, a arrecadação de recursos e os campos de atuação da União, dos Estados e dos Municípios.

De modo geral, a divisão das principais fontes de arrecadação dos impostos é:

- **A UNIÃO** tem o IPI (Imposto sobre Produtos Industrializados) e o IR (Imposto de Renda);
- **OS ESTADOS** têm o IPVA (Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores) e o ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços);
- **OS MUNICÍPIOS** têm o IPTU (Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana) e o ISS (Imposto Sobre Serviços).

Após a arrecadação dos impostos, cada esfera do governo deve cumprir, conforme as regras orçamentárias, com as suas **DESPESAS OBRIGATÓRIAS** (aquelas que o governo não pode deixar de fazer, seja por determinação constitucional ou legal) e com as **DESPESAS DISCRICIONÁRIAS** (aquelas em que há maior liberdade de decisão). A depender do percentual de comprometimento dos gastos obrigatórios no orçamento público, as despesas discricionárias podem ou não ser executadas – como, por exemplo, a construção de estradas e o financiamento de pesquisas científicas.



Dentre as **DESPESAS OBRIGATÓRIAS**, cita-se o pagamento da dívida pública, o pagamento dos servidores, das aposentadorias, dos benefícios de salário-maternidade e auxílio-doença, além das transferências, para Estados e Municípios, definidas pela Constituição Federal.

Para a saúde, o art. 198 da Constituição Federal dispõe que a União, Estados, o Distrito Federal (DF) e os Municípios devem aplicar, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados. Alguns dispositivos legais que tratam desses percentuais foram publicados: a **EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29**, em 13 de setembro de 2000; **A LEI COMPLEMENTAR Nº 141**, de 13 de janeiro de 2012; e a **EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 86**, de 17 de março de 2015.

Observe a síntese abaixo e veja como ficou estabelecida a aplicação mínima de recursos para a saúde até então:

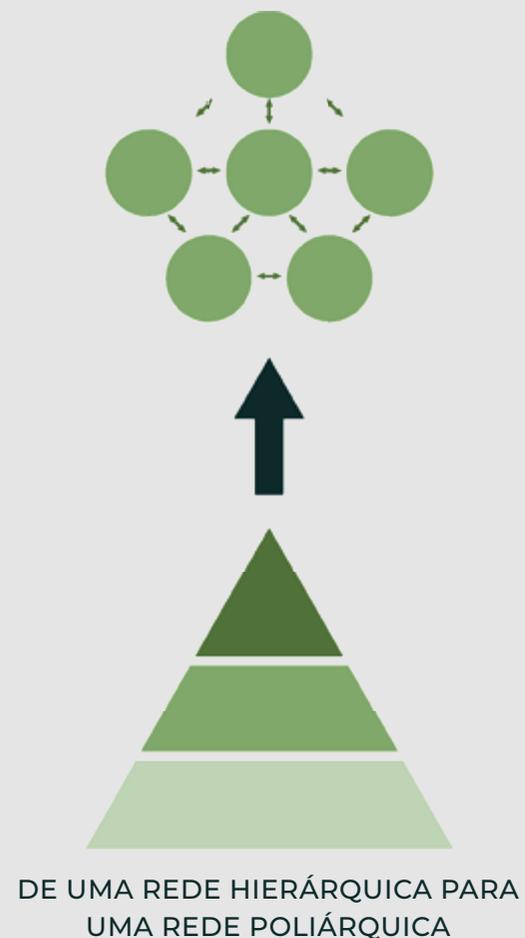
- **UNIÃO:** valor não inferior a 15% da receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro.
- **ESTADOS:** 12% da receita de sua competência.
- **MUNICÍPIOS:** 15% da receita de sua competência.
- **DISTRITO FEDERAL:** 12 % e 15% das receitas de competência estadual e municipal, respectivamente.

O PACTO FEDERATIVO E O SUS

Pare um pouco e pense no atual cenário da saúde...

A pandemia da Covid-19, circunstância extraordinária que modificou o mundo, trouxe a situação de emergência e calamidade pública para um contexto já carregado de dificuldades voltadas ao financiamento da saúde. Outros fatores como os processos de judicialização, a incorporação de novas tecnologias, e, ainda, o envelhecimento da população – o qual demanda a ampliação da oferta dos serviços – também são exemplos que envolvem, já há algum tempo, a discussão sobre o financiamento do SUS. Os entraves que já estavam instalados continuaram e a coexistência desses múltiplos problemas caracteriza a atual situação, trazendo novamente para a pauta o tema do financiamento da saúde, que se torna cada dia mais imprescindível.

Segundo Miranda, Mendes e Silva (2017), apesar dos sistemas de saúde universais serem considerados os que melhor atendem às necessidades da população, o subfinanciamento desafia sua consolidação. Para os autores, o pacto federativo no Brasil e a organização do SUS com base no município (na sua maioria com menos de 30 mil habitantes) dificulta a organização das redes de saúde e compromete a resolutividade do sistema. Ainda, os repasses do Governo Federal configuram os recursos que sustentam, em maioria, os pequenos municípios, uma vez que quase todos já alcançaram ou ultrapassaram o limite constitucional de gastos em saúde legalmente definidos.



Assim, as evidências apontam tanto para problemas no âmbito da esfera federal (relacionadas ao subfinanciamento da saúde, ligadas ao Pacto Federativo) como nas demais esferas quanto à gestão do recurso recebido. Percebe-se que todos têm um papel para, em conjunto, contribuir para a resolução dos problemas, cada um com seu poder de governabilidade, no seu local de trabalho, pode colaborar. É diante desse cenário que o Ministério da Saúde tem procurado avançar na política de pactuação do SUS entre as esferas de governo. A proposta observada é a superação da fragmentação do sistema de saúde via mecanismos de fortalecimento das redes de saúde, por meio da conformação de territórios de base populacional, com a atenção primária à saúde ordenando do cuidado.

A publicação do Decreto nº 7.508, que regulamentou a Lei nº 8.080, constitui um retrato dos esforços para articulação dos entes federativos em vários aspectos na área da saúde. Por meio do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP), o decreto traz a definição das responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos, inclusive em relação aos recursos financeiros que serão disponibilizados. Todo esse contexto expõe o tamanho do desafio do financiamento do sistema público de saúde para garantir à população brasileira o acesso universal, integral e equânime às ações e serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 63 ed. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%E7ao_Compilado.htm. Acesso em: 18 mai. 2021.

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**, Brasília, DF, p. 1, col. 2. 29 jun. 2011.

BRASIL. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 mai. 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm Acesso em: 20 mai. 2021.

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 CXLIL, nº 11, p. 01-04, 16 jan.2012.

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, p. 18055-18059, v. 128, n. 182, 20 set. 1990a.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; NOGUEIRA, C. O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 521-532, Mar. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000300012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 mai. 2021.

MENDES, E. V. **Sistema Nacional de Saúde no Brasil – SUS e Sistema Complementar**. Sobral: Sanare, v. 3, n. 1, 2002. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/99/91>. Acesso em: 22 mai. 2021.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. **Saúde e sociedade**, v. 26, n. 2, p. 329-335, jun. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000200329&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 mai. 2021.

SALDIVA, P. H. N.; VERAS, M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estudos avançados**, v. 32, n. 92, p. 47-61, abr. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142018000100047&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 mai. 2021

PROGRAMAÇÃO E PACTUAÇÃO DE SERVIÇOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Os termos **PROGRAMAÇÃO E PACTUAÇÃO** serão abordados como meios para a organização do SUS, seguidos do estabelecimento de compromissos para a prestação da assistência à saúde. A Programação tratada aqui, consiste no processo de definição, quantificação e orçamentação dos serviços de saúde, desenvolvida em conjunto, entre estado e municípios, com foco na regionalização frente às necessidades de saúde da população.

Considerando que os municípios são os responsáveis pela programação da **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE** (APS) e, por isso, não estão previstos encaminhamentos para esse âmbito da assistência, o foco estará voltado aos serviços de média e alta complexidade, tanto ambulatorial como hospitalar.

A **ATENÇÃO SECUNDÁRIA**, por meio dos serviços de média complexidade, consiste em realizar a assistência diagnóstica e terapêutica especializada, garantida a partir do processo de referência e contrarreferência; cuja complexidade da assistência prestada ao usuário, na prática clínica, demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para apoio no diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2021).

Já a **ATENÇÃO TERCIÁRIA**, principalmente por meio dos serviços de alta complexidade, é definida como o conjunto de procedimentos que envolve alta tecnologia e custo, objetivando propiciar à população o acesso a serviços qualificados. São serviços altamente especializados como na área de neurologia, oncologia, cardiologia intervencionista, dentre outros, que estarão habilitados para atender os casos encaminhados pela rede de atenção à saúde. Eles se configuram por meio de Unidades de Assistência e de Centros de Referência de Alta Complexidade, que devem se integrar aos demais níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2021).

ATENÇÃO! Ambos os serviços, independentemente de sua complexidade, devem ser organizados segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde.

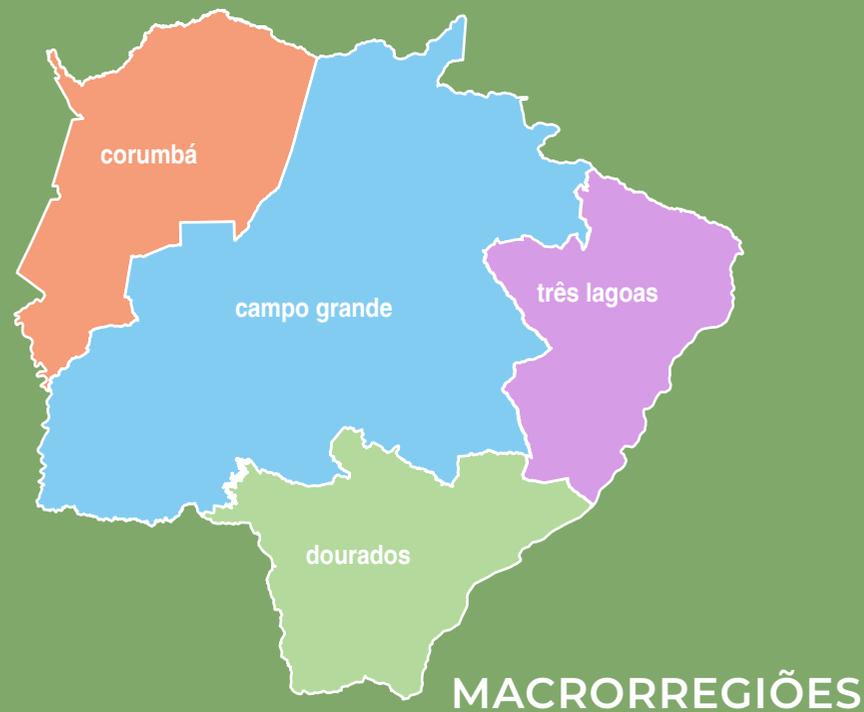
Corroborando, a **PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA (PPI) DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE** no SUS está assim denominada na Portaria de Consolidação nº 5 (BRASIL, 2017b), a qual rege que essa programação, em consonância com o processo de planejamento, definirá e quantificará as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuará os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde.

PARA ENTENDER MELHOR

ACESSE E ASSISTA AO VÍDEO SOBRE A PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA NO SUS.

[CLIQUE AQUI](#)

Isso quer dizer que, se a Senhora Josefa, que mora numa cidade interiorana de poucos habitantes, passar pela consulta com o médico da unidade da APS e precisar ser encaminhada ao médico especialista, e este, por sua vez, solicitar um exame que o seu município não dispõe, como uma ressonância magnética ou tomografia computadorizada, o seu agendamento deverá seguir o fluxo pactuado na PPI do seu município com as demais regiões do Estado.



A **SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**, como coordenadora da PPI, por meio da sua visão ampla do mapa de saúde de toda região estadual, intermediará as referências para os serviços de maior complexidade, seja na microrregião ou na macrorregião de saúde, e assim, garantirá a oferta desses serviços de modo mais racional possível.

Vale lembrar aqui, a importância da **INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS PROTOCOLOS DE ACESSO AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NA APS**, a fim de que esse nível de assistência atinja sua capacidade de resolutividade dos problemas de saúde. Caso contrário, um número elevado de encaminhamentos sem critérios poderá provocar uma demanda reprimida na atenção secundária e terciária, retardando o atendimento de pacientes que cumprem os critérios para o atendimento na especialidade, mas não conseguem esse atendimento, e que, mais tarde, com seu estado de saúde agravado, irão buscar assistência nas unidades de pronto atendimento.

É esse o **DESAFIO DA PPI NO SUS**: superar um modelo fragmentado e desarticulado, em que a população vê como alternativa a busca por conta própria para os seus problemas de saúde, deslocando-se para os grandes municípios atrás de assistência sem um fluxo organizado. A ideia, desde a sua implantação, é redefinir diretrizes estruturais para construção de modelos inovadores de atenção à saúde por meio de métodos e instrumentos de planejamento e regulação do sistema (BRASIL, 2006). Além disso, a PPI vem com o objetivo geral de organizar a rede de serviços para conferir transparência aos fluxos estabelecidos e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios.

EM RESUMO, A PPI POSSUI O INTUITO DE:

- Buscar a equidade de acesso da população;
- Orientar a alocação dos recursos financeiros de custeio e possibilitar a visualização da parcela dos recursos federais, estaduais e municipais;
- Definir os limites financeiros federais;
- Fornecer subsídios para os processos de regulação do acesso;
- Contribuir na organização das redes de serviços de saúde;
- Possibilitar a transparência dos pactos intergestores, por meio do “Termo Compromisso para Garantia de Acesso”.

MAS EM QUE MOMENTO A PPI INTEGRA O CENÁRIO DO PLANEJAMENTO NO SUS, CONSIDERANDO OS INSTRUMENTOS JÁ EXISTENTES? A ideia da PPI, desde sua implantação, é de integrar o processo geral de planejamento em saúde dos Estados e Municípios de forma coerente com os Planos de Saúde em cada esfera de gestão. A intenção é de qualificar a Rede de Atenção à Saúde por meio do desenho das ações e serviços de saúde ofertados e das necessidades de determinado território. O gestor estadual, no cenário da Comissão Intergestores Bipartite, aparece como coordenador desse processo, voltado à construção da regionalização da saúde, quando define métodos para os municípios se orientarem pelo diagnóstico dos principais problemas de saúde, como base para a definição das suas prioridades.

PENSE NISSO! Todas as esferas de gestão têm um papel importante na construção da PPI. O momento do diagnóstico da situação saúde deve ser executado com muita precaução para não se tornar uma coletânea de dados e informações demográficas e epidemiológicas que apenas cumprem seu papel normativo nas páginas do Plano de Saúde. É preciso ação para promover mudança!

Na tentativa de **MUDAR A LÓGICA DO PLANEJAMENTO** voltado majoritariamente para a produção quantitativa de serviços, a proposta do Ministério da Saúde com a PPI é que sejam trabalhadas áreas estratégicas que favoreçam a **DEFINIÇÃO DE NOVOS PARÂMETROS PARA ALÉM DAS SÉRIES HISTÓRICAS DE PRODUÇÃO.**

SAIBA MAIS: Conheça o documento publicado pela SES/MS sobre os parâmetros para a Programação Pactuada e Integrada, pela Secretaria de Estado de Saúde, intitulado:

“INSTRUMENTO DE ORIENTAÇÃO – PACTO PELA SAÚDE / INDICADORES E COMPROMISSOS”

Na **MÉDIA COMPLEXIDADE** a lógica de programação será **ASCENDENTE**, ou seja, a programação parte dos municípios para os centros maiores que disponibilizam os serviços. Em consonância com o processo de regionalização, essa pactuação deve contemplar aquelas ações que os municípios de menor porte não possuem oferta, por insuficiência ou inexistência de capacidade instalada. Nos **SERVIÇOS AMBULATORIAIS** de média complexidade, citam-se as consultas médicas especializadas e serviços de apoio diagnóstico, como por exemplo, ultrassonografia, colonoscopia, radiografia, ecocardiografia, biópsias, punções, dentre outros.

Já a programação para os **SERVIÇOS HOSPITALARES** da média complexidade deve ser orientada pelas clínicas (clínicas, cirúrgicas, obstétricas, pediátricas, hospital dia) de acordo com a distribuição de leitos do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). Os municípios programam as internações conforme parâmetros populacionais e realizam os encaminhamentos para outros municípios daquelas clínicas que não possuem oferta.

Por outro lado, na **ALTA COMPLEXIDADE**, a lógica de programação será **DESCENDENTE**, ela partirá dos municípios polos, dos centros urbanos que disponibilizam os serviços de alta complexidade. Essa organização visa o dispêndio racional de recursos financeiros, uma vez que esses serviços se concentram em alguns polos devido ao alto custo para sua manutenção e necessidade de mão de obra altamente especializada. Assim, os prestadores desses serviços devem ser habilitados pelo respectivo gestor do SUS respeitando os parâmetros dispostos em portarias específicas do Ministério da Saúde. Essas portarias, publicadas por tipo de serviço a ser habilitado, citam os compromissos que devem ser cumpridos pelo estabelecimento de saúde e pelos gestores envolvidos e visam à oferta da integralidade do cuidado dentro das respectivas redes de atenção à saúde.



A programação dos serviços **HOSPITALARES** de alta complexidade também é orientada pelas clínicas de acordo com a distribuição de leitos do CNES. Ainda, ressaltam-se aqui os leitos complementares, os quais compreendem a terapia intensiva adulto, infantil e neonatal, além dos leitos de unidade intermediária e de isolamento.

Conforme descrito no **PLANO ESTADUAL DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL**, referente ao período de 2020 a 2023, a **ATENÇÃO ESPECIALIZADA** é composta por ambulatórios de especialidades médicas que estão distribuídas por todo Estado, contemplando 37 unidades de atendimento disponíveis ao SUS. Quanto às **UNIDADES HOSPITALARES**, o Estado conta com 84 unidades hospitalares que atendem ao SUS. Destes, 13 hospitais possuem mais de 80 leitos, os demais, em sua maioria, são considerados hospitais de pequeno porte.

SAIBA MAIS: Os parâmetros constituem recomendações técnicas, referências para orientar os gestores na hora de planejar, programar e priorizar as ações de saúde, podendo ser adequados às realidades epidemiológicas, estruturais e financeiras em cada região ou município. A Portaria de Consolidação nº 1 (BRASIL, 2017a), que versa sobre a organização e funcionamento do SUS, cita os critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde (Título IV, Capítulo II, art. 102 a 106).

De acordo com o Manual de Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (BRASIL, 2006), as etapas do **PROCESSO DE PROGRAMAÇÃO E DAS RELAÇÕES INTERGESTORES** respeitam a seguinte sequência:

1ª ETAPA PRELIMINAR DE PROGRAMAÇÃO: são definidas as diretrizes gerais do processo de programação no Estado e também a macroalocação dos recursos disponíveis e os parâmetros de cobertura e concentração que serão adotados.

2ª ETAPA DE PROGRAMAÇÃO MUNICIPAL: são definidos os parâmetros para a população residente no município e os encaminhamentos para outros municípios nos casos em que a oferta for insuficiente ou inexistente; é aí que entra a pactuação regional. Os gestores cujos municípios integram as regiões de saúde, em reuniões mediadas pelo gestor estadual, analisam as necessidades e a capacidade regional para formalizar os pactos.

3ª ETAPA DE CONSOLIDAÇÃO DA PPI ESTADUAL: identifica os limites financeiros de cada município. Esses limites são compostos pelos valores referentes à assistência da população própria e referenciada, e, se for o caso, pela parcela relativa da população de outros Estados. Essa consolidação deverá ser decidida na CIB e encaminhada ao Ministério da Saúde para publicação e início de vigência. Ainda nessa etapa de consolidação começa o ajuste da programação municipal com a programação das ações de cada estabelecimento de saúde.

RESGATANDO: O Decreto n. 7.508 (BRASIL, 2011) estabelece que as comissões intergestores pactuem os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovadas pelos respectivos Conselhos de Saúde.

Após a construção da PPI é fundamental que sejam adotados mecanismos para sua **AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO**, buscando sempre direcionar a alocação consistente de recursos e manter a coerência com os demais processos de gestão. A **ANÁLISE DE INDICADORES** selecionados dos municípios pode apontar para necessidades de ações ou atividades de capacitação, adequação de estrutura e vigilância, nos processos de trabalho. Nas ações assistenciais, essas análises podem orientar o processo da PPI com foco na busca de soluções para os problemas priorizados. Assim, a avaliação e o monitoramento da PPI podem fornecer informações importantes para organização e conseqüente melhoria do sistema de saúde no seu município!

SAIBA MAIS: No Estado de Mato Grosso do Sul, Moreira e Tamaki (2017) analisaram a PPI como instrumento de garantia de acesso da população às ações e serviços de saúde em oito municípios. Faça a leitura na íntegra desse artigo muito interessante que está disponível na biblioteca no final do módulo. Boa leitura!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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**, Brasília, DF, p. 1, col. 2. 29 jun. 2011.

BRASIL. **Glossário Lourdes Almeida da Consolidação de Normas do Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Programa de Direito Sanitário — Brasília: Ministério da Saúde, Prodisa/Fiocruz, 2021. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_Lourdes_Almeida_consolidacao_normas_SUS.pdf. Acesso em: 26 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e funcionamento Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. 3 out. 2017a.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. 3 out. 2017b.

CONASS. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 9. 1 ed. 248 p. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro9.pdf. Acesso em: 26 mai. 2021.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul. **Plano Estadual de Saúde Mato Grosso do Sul 2018 – 2020** – Campo Grande: SES, 2020. 301 p. Disponível em: <https://www.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/Plano-Estadual-2020-2023.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2021.

MOREIRA, L. C. O.; TAMAKI, E. M. A Programação Pactuada e Integrada como instrumento de garantia da integralidade da atenção à saúde no SUS. **Interações**, v.18, n.4, out./dez.2017. Disponível em: <https://interacoesucdb.emnuvens.com.br/interacoes/article/view/1454>. Acesso em: 23 mai. 2021.

CONTRATUALIZAÇÃO

A expressão contratualização está intimamente ligada ao ato de “contratar”, que pode ser definido como um pacto entre duas ou mais pessoas que se obrigam a cumprir o que foi entre elas combinado sob determinadas condições. **CONTRATAÇÃO E CONTRATUALIZAÇÃO** são termos muito similares, mas têm sido empregados com alguma distinção, principalmente em relação à forma de remuneração. A Contratação é mais usada quando o pagamento é baseado na produção, até que se atinja o limite do teto financeiro. Já na Contratualização o ressarcimento é efetuado por valores pré-fixados com o estabelecimento de metas físicas e qualitativas.

Assim, a contratualização avança na área da saúde para tentar romper a lógica de produção apenas quantitativa à medida que integra em seu instrumento contratual a análise da qualidade dos serviços prestados. Nesse sentido, foi publicada a Portaria de Consolidação nº 2 (BRASIL, 2017a), a qual estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

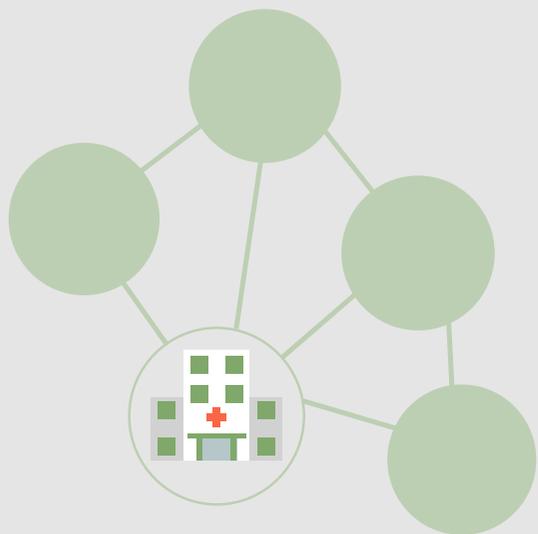
A partir de então, a contratualização passa a buscar a formalização da relação entre gestores públicos de saúde e hospitais integrantes do SUS, públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos, sob sua gestão, por meio do estabelecimento de compromissos entre as partes que promovam a qualificação da assistência e da gestão hospitalar. Nesse contexto, a contratualização apresenta uma interface com vários campos de atuação da saúde e propõe um rol de competências aos entes federativos contratantes voltados para:

- Definição da **ÁREA TERRITORIAL DE ABRANGÊNCIA E A POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA** dos hospitais sob a respectiva gestão;
- Definição das **AÇÕES E SERVIÇOS A SEREM CONTRATADOS** de acordo com o **PERFIL ASSISTENCIAL DO HOSPITAL E AS NECESSIDADES EPIDEMIOLÓGICAS E SOCIODEMOGRÁFICAS** da região de saúde, conforme os **PLANOS DE AÇÃO REGIONAL DAS REDES TEMÁTICAS**;
- **FINANCIAMENTO TRIPARTITE** das ações e serviços de saúde contratualizados, com estabelecimento de valores e formas de repasse dos recursos financeiros condicionados ao cumprimento e monitoramento de metas quali-quantitativas;

- **REGULAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE** contratualizados, via **CENTRAIS DE REGULAÇÃO**, por meio de **FLUXOS** de referência e contrarreferência de abrangência municipal, regional ou estadual, da implementação de **PROTOSCOLOS** para a regulação de acesso às ações e serviços hospitalares e definição dos pontos de atenção, bem como suas atribuições na RAS para a continuidade do cuidado após alta hospitalar;
- Instituição e garantia do funcionamento regular e adequado da **COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DA CONTRATUALIZAÇÃO**;

- **CONTROLE, AVALIAÇÃO, MONITORAMENTO E AUDITORIA**, quando couber, das ações e serviços de saúde contratualizadas, por meio de monitoramento da produção, avaliando sua compatibilidade com a capacidade operacional e complexidade do hospital e de acordo com o previsto no instrumento formal de contratualização;
- Monitoramento e avaliação das metas por meio de **INDICADORES QUALI-QUANTITATIVOS**;
- Monitoramento da **EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA** com periodicidade estabelecida no instrumento formal de contratualização;

- Prestação de contas do **DESEMPENHO DOS HOSPITAIS** contratualizados com formatos e periodicidade definidos, obedecida à legislação vigente;
- Cumprimento das regras de **ALIMENTAÇÃO E PROCESSAMENTOS DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE** como, por exemplo, o Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS); Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); Sistema Nacional de Agravo de Notificação (SINAN); Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC); Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).



Dessa forma, os hospitais prestadores de serviços ao SUS passam a ser inseridos no sistema de saúde e comprometem-se formalmente com os objetivos estratégicos da gestão. Eles passam a atuar não apenas como fornecedores de produtos ou serviços, mas sim integrando as redes de atenção, visando atender às necessidades de saúde da população.

Por exemplo, uma maternidade contratualizada pelo SUS, como referência para atendimento à gestante de alto risco, deve estar inserida na Rede Cegonha, ter conhecimento da área de abrangência da qual é referência, assim como das unidades da atenção primária dessa área para execução da contrarreferência, quando for o caso. Um serviço especializado isolado da rede pode comprometer a longitudinalidade do cuidado quando não redireciona o paciente para continuidade da assistência à saúde conforme suas necessidades.

ATENÇÃO!

Os hospitais que compõem as redes temáticas de Atenção à Saúde monitorarão e avaliarão todos os compromissos e indicadores previstos nos atos normativos específicos de cada rede.

NESSA ÓTICA, A CONTRATUALIZAÇÃO PROPÕE AS SEGUINTE DIRETRIZES:

- Adequação das ações e serviços contratualizadas às necessidades locais e regionais pactuadas na CIB;
- Definição das ações e serviços de saúde e atividades de ensino e pesquisa que serão disponibilizadas para o gestor;
- Estabelecimento de valores e formas de repasse dos recursos financeiros condicionados ao cumprimento e monitoramento de metas quali-quantitativas;
- Aprimoramento dos processos de avaliação, controle e regulação dos serviços assistenciais; e
- Efetivação do controle social e garantia de transparência.

IMPORTANTE! Qualquer hospital pode ser contratualizado pelo SUS? Para contratualização o gestor local levará em consideração os seguintes critérios de priorização:

I - Hospitais públicos, quais sejam federais, estaduais, distrital ou municipais;

II - Hospitais de direito privado sem fins lucrativos, que prestam 100% (cem por cento) dos seus serviços ao SUS;

III - Hospitais de direito privado sem fins lucrativos que prestam o mínimo de 60% (sessenta por cento) dos seus serviços ao SUS;

IV - Demais hospitais privados sem fins lucrativos; e, por fim,

V - Hospitais privados com fins lucrativos.

Quando a contratualização é firmada entre gestor e prestador de serviços de saúde passa a ser estabelecido um compromisso com a garantia da legalidade dos repasses dos recursos financeiros. Ressalta-se que ambas as partes deverão cumprir as regras fixadas na legislação pertinente às licitações (Lei nº 8.666/93 e atualizações), assim como, nos contratos administrativos para assegurar o cumprimento dessas funções (BRASIL, 2017).

Considerando que há uma recorrente contratação de serviços ambulatoriais e hospitalares pelos entes governamentais junto às entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, há de se atentar aos critérios quanto à participação complementar das instituições privadas de assistência à saúde no âmbito do SUS. Faz-se fundamental destacar a necessidade de comprovação pelo gestor do SUS quanto à insuficiência da rede de serviços e a impossibilidade de ampliação dos serviços próprios como condição para contratar serviços de saúde de prestador privado. A previsão da necessidade de complementação de serviços deverá constar no Plano de Saúde respectivo, seja municipal ou estadual.

Ressalta-se, ainda, que cabe ao gestor de saúde respeitar as competências que lhes são atribuídas pela lei e os limites de seu território no planejamento de ações garantidoras da suficiência da assistência. As contratações complementares de serviços de saúde deverão observar os princípios e as diretrizes do SUS, as pactuações, a programação, os parâmetros de cobertura assistencial e os recursos financeiros disponíveis para a definição do objeto e do quantitativo a ser contratado.

SAIBA MAIS! Acesse o endereço eletrônico para ver um exemplo de auditoria do TCU sobre a contratualização de hospital filantrópico:

[CLIQUE AQUI](#)

E DEPOIS DE FIRMADA A CONTRATUALIZAÇÃO?

No decorrer do período de vigência da contratualização, tanto na esfera estadual ou municipal, quando um hospital sob a respectiva gestão é contratualizado, mecanismos de monitoramento e avaliação das metas pactuadas devem ser estabelecidos pelo gestor. Para monitorar e avaliar a contratualização deve-se conhecer a composição do instrumento contratual correspondente, o qual é constituído por duas partes indissociáveis:

1º | O termo do **INSTRUMENTO FORMAL DE CONTRATUALIZAÇÃO** propriamente dito, respeitadas as legislações pertinentes, especialmente quanto aos prazos de vigência; e

2º | O **DOCUMENTO DESCRITIVO**, o qual é o instrumento de operacionalização das ações e serviços planejados de gestão, assistência, avaliação, ensino e pesquisa, acrescido das especificidades locais e deve constar anexo ao termo do instrumento formal de contratualização. Ele terá validade máxima de 24 (vinte e quatro) meses, devendo ser renovado após o período de validade e é passível de alteração a qualquer tempo quando acordado entre as partes.

ATENÇÃO! Todas as esferas de gestão do SUS são responsáveis pelo monitoramento e avaliação dos serviços prestados pelos hospitais contratualizados ao SUS, respeitadas as competências de cada esfera de gestão. E, caso seja identificado que não houve cumprimento pelo hospital das metas quantitativas e qualitativas pactuadas e discriminadas no Documento Descritivo, isso implicará na suspensão parcial ou redução do repasse dos recursos financeiros pelo gestor local.

De acordo com as disposições da Portaria de Consolidação nº 2 (BRASIL, 2017a), a contratualização poderá ser firmada pelos seguintes instrumentos:

CONVÊNIO: firmado entre o gestor do SUS com entidades beneficentes sem fins lucrativos e com Empresas e Fundações Públicas;

CONTRATO ADMINISTRATIVO: firmado entre o gestor do SUS e entidades públicas e privadas com ou sem fins lucrativos, quando o objeto de contrato for compra de ações e serviços de saúde;

CONTRATO DE GESTÃO: firmado entre gestores do SUS e a entidade privada sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social;

PROTOCOLO DE COOPERAÇÃO ENTRE ENTES PÚBLICOS (PCEP): instrumento que se destina à formalização da relação entre gestores do SUS quando estabelecimentos públicos de saúde situados no território de um município estão sob gerência de determinada unidade federativa e gestão de outra;

TERMO DE PARCERIA: instrumento firmado entre o gestor do SUS e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP); e

TERMO DE COMPROMISSO OU CONTRATO DE GESTÃO: firmado entre o gestor do SUS e o hospital sob sua gerência e gestão.

SAIBA MAIS! Leia a entrevista da doutora em Saúde Pública, Seheyla Lemos ao Observatório de Política e Gestão Hospitalar da Fiocruz, e saiba mais sobre os arranjos contratuais no SUS tanto na área hospitalar como na atenção básica e ambulatorial: “A contratualização não é uma panaceia, uma solução para todos os problemas do sistema de saúde e dos serviços e também não é um fim em si mesma.”

ACESSE O LINK

Cumpra registrar, ainda, a importância de atrelar as metas pactuadas no documento contratual - relacionadas à oferta de serviços de saúde - com a disponibilidade dessas vagas à população.

Se uma Secretaria de Saúde que utiliza como ferramenta informatizada de regulação o SISREG, contratualiza um serviço especializado para oferta de exames de imagem de apoio diagnóstico, por exemplo, e não insere essas vagas no referido sistema para visualização do profissional regulador, de nada valerá a meta formalmente pactuada no documento contratual se, de fato, não está no rol de ofertas à população. Com vistas ao atendimento das necessidades de saúde da população, a contratualização está aí para ser utilizada, constituir experiência e provocar a evolução no processo de construção do SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 63 ed. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%E7ao_Compilado.htm. Acesso em: 18 mai. 2021.

BRASIL. Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 21 jun. 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/Leis/L8666cons.htm. Acesso em: 27 mai. 2021.

BRASIL. Lei 14.133, de 1º de abril de 2021. Lei de Licitações e Contratos Administrativos. **Diário Oficial da União**. seção 1, Brasília, DF, p. 2, 1 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Manual de orientações para contratação de serviços de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017c. 82 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_orientacoes_contratacao_servicos_saude.pdf. Acesso em: 25 mai. 2021.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e funcionamento Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, p. 1, col. 1. 3 out. 2017b.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, p. 61, col. 3. 3 out. 2017a.

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.

FATURAMENTO NO SUS

Com a publicação da Portaria GM/MS nº 896, de 29 de junho de 1990, houve a instituição dos dois principais sistemas informatizados em saúde: o Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA e o Sistema de Informações Hospitalares - SIH (BRASIL, 2015). O SIA possui, no âmbito do faturamento, as funcionalidades de importação da produção ambulatorial, programação física orçamentária em consonância com a PPI e com a respectiva capacidade instalada, além de gerar relatórios com valores brutos para o setor financeiro.

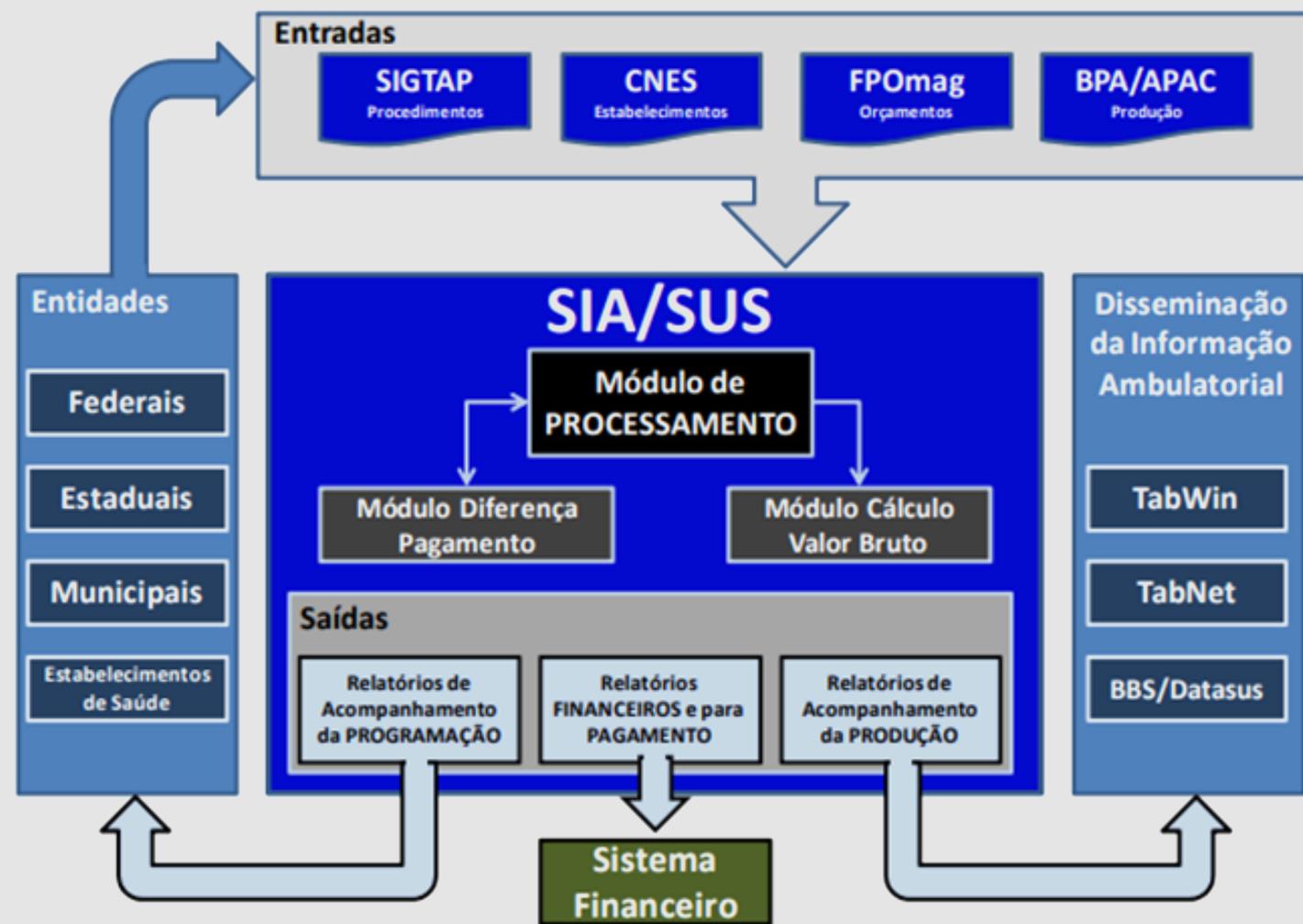
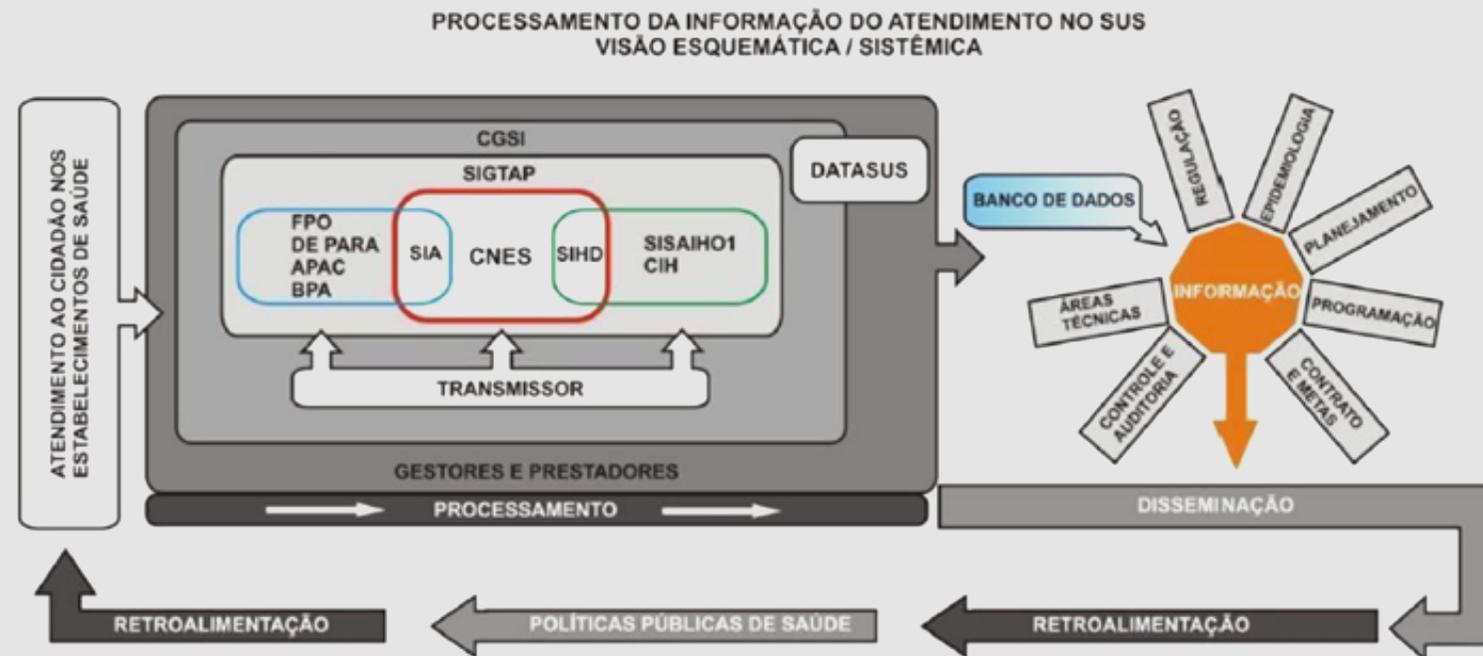


Figura 1 - Diagrama do processo completo de processamento ambulatorial e os sistemas envolvidos

O SIH abarca o registro dos atendimentos provenientes de internações hospitalares financiadas pelo SUS e, a partir deste processamento, gera relatórios para que os gestores possam efetuar os pagamentos aos estabelecimentos de saúde que prestaram tais serviços.



Como os dados em saúde já são quase todos informatizados, não há como falar em faturamento sem relacioná-lo ao setor de tecnologia da informação. Além do SIA e SIH, também é preciso considerar como importantes ferramentas do processo de pagamento das ações e serviços em saúde, o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, o Sistema de Cadastramento de Usuários do SUS – CADSUS e o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS - SIGTAP.

O instrumento atual de registro da produção ambulatorial é o **BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL (BPA)**, o qual compreende duas formas de captação da produção: o **BPA-CONSOLIDADO (BPA-C)** que compreende o registro dos procedimentos ambulatoriais de forma agregada sem a possibilidade de identificação do paciente, e o **BPA-INDIVIDUALIZADO (BPA-I)** que trata do registro individualizado, permitindo a identificação do usuário e seus respectivos atendimentos ambulatoriais.

Inserido no SIA, o aplicativo de **FPO** é usado para cadastro eletrônico da **PROGRAMAÇÃO FÍSICO-ORÇAMENTÁRIA**. Esse módulo passou a permitir que as Secretarias de Saúde definissem os limites quantitativos de apresentação dos procedimentos ambulatoriais para cada instituição de saúde sob sua gestão. O intuito é de propiciar o controle de gastos com a apresentação dos procedimentos ambulatoriais, tendo em vista o teto financeiro que o gestor tem disponível para custeio desses serviços. O aplicativo FPO possibilita a inserção, edição e exclusão de orçamentos para procedimentos ambulatoriais disponíveis no SIGTAP dos estabelecimentos cadastrados no SCNES.

Ainda no âmbito ambulatorial, foi implantado, posteriormente, o formulário de **AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL – APAC**, um recurso fundamental para autorização, cobrança, pagamento e fornecimento de informações gerenciais para os procedimentos ambulatoriais. Ele é utilizado para autorização prévia dos procedimentos principais da alta complexidade ambulatorial como a quimioterapia, a radioterapia, a hemodiálise, procedimentos da deficiência auditiva, a tomografia computadorizada, a ressonância magnética, dentre outros.

O formulário da **AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH** é o documento preenchido no ato da internação em hospital contratualizado pelo SUS. Nele deve constar a identificação do paciente, com dados que justifiquem a necessidade da internação, além da codificação dos procedimentos (disponíveis no SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM) executados durante a internação do referido paciente. É por meio da emissão da AIH, com a autorização do gestor, que, a partir da geração de uma numeração própria, o faturamento dos serviços hospitalares prestados é viabilizado.

Após o envio, pelas unidades executoras, da produção das ações e dos serviços de saúde, os dados, tanto do SIA como do SIH, são processados e transmitidos por meio magnético/digital pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ao DATASUS. Assim, ocorre a alimentação do banco de dados nacional, o qual é validado para fins financeiros e posterior disseminação das informações. Para facilitar a tabulação e tratamento dos dados, o DATASUS disponibiliza o aplicativo, intitulado **TABWIN**, um programa para rodar na plataforma Windows que permite a tabulação das informações oriundas dos sistemas de informação no SUS.

ATENÇÃO! Tanto o aplicativo do Tabwin, como todos os arquivos de configuração (DEF/CNV) e de produção (PA) necessários para consulta da produção ambulatorial ou hospitalar estão disponíveis para download no site do:

DATASUS

FATURAMENTO E O PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO NO SUS

O instrumento formal da contratualização é o documento balizador na distribuição dos recursos financeiros que serão repassados ao prestador de serviço contratado. Nele deve constar a discriminação dos recursos públicos de custeio e investimento que compõem o orçamento do estabelecimento de saúde com a identificação das respectivas fontes federal, estadual, distrital ou municipal.

A Portaria de Consolidação nº 2 (BRASIL, 2017) quando descreve sobre o financiamento inserido no eixo da contratualização hospitalar, traz dois meios de orçamentação aos prestadores:

- **A ORÇAMENTAÇÃO GLOBAL**, que corresponde à modalidade de financiamento na qual a totalidade dos recursos financeiros é provisionada ao contratado, garantindo-lhe o conhecimento antecipado do volume máximo previsto para desembolso no período do contrato, podendo contemplar tanto recursos de investimento quanto de custeio.
- **E A ORÇAMENTAÇÃO PARCIAL**, mais comum nas contratualizações do SUS, que corresponde à forma de financiamento composta por um valor pré-fixado e um valor pós-fixado.



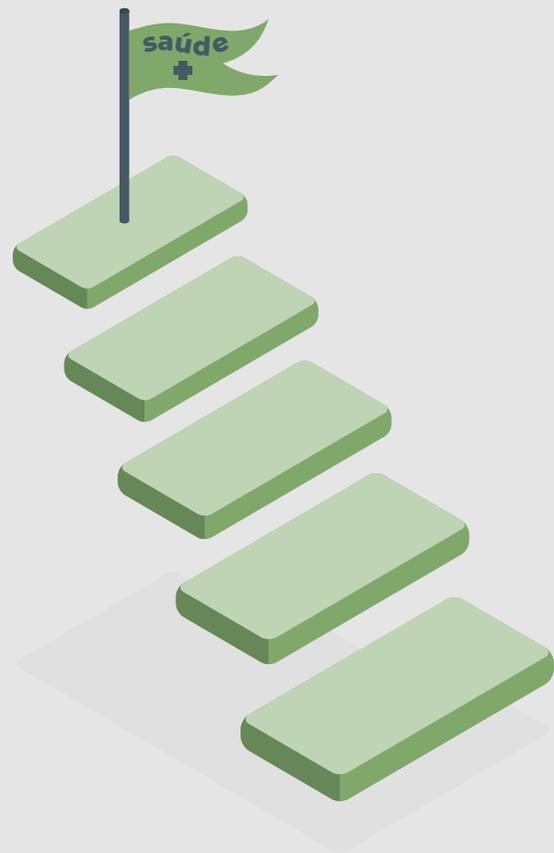
Os métodos de alocação de recursos aos prestadores de serviços contratualizados, sejam eles hospitalares ou ambulatoriais, podem ser classificados a partir do momento em que se dão essas transferências financeiras. Se ocorrer antes da efetiva produção de serviços, caracteriza o repasse pré-fixado; se depois, e em função do volume e tipo da produção apresentada por cada prestador, trata do repasse pós-fixado.

O **VALOR PRÉ-FIXADO** corresponde à parcela dos recursos financeiros provisionada ao estabelecimento contratado, garantindo-lhe conhecimento antecipado de parte do valor previsto para recebimento no período contratado com o objetivo de cobrir um custo ou despesa cuja possibilidade de ocorrência seja grande. Esse valor é composto pela série histórica de produção aprovada da média mensal dos 12 (doze) meses anteriores à celebração do contrato da média complexidade e por todos os incentivos de fonte federal, estadual e municipal, com detalhamento de tipo e valor.

O **VALOR PÓS-FIXADO** corresponde ao valor destinado ao custeio de um hospital condicionado ao cumprimento das metas de produção, composto pelo valor dos serviços de Alta Complexidade e do Fundo de Ações Estratégicas de Compensação (FAEC). É calculado a partir de uma estimativa das metas físicas, remunerados de acordo com a produção apresentada pelo hospital e autorizada pelo respectivo gestor.

Faz-se necessário, neste momento, resgatar o **DOCUMENTO DESCRITIVO**, o qual deve constar como anexo ao instrumento contratual firmado entre as partes. É nesse documento que deverão constar detalhadas todas as metas quantitativas e qualitativas, assim como formas de repasses de recursos, de acordo com as especificidades de cada estabelecimento contratado. Ele constitui o instrumento de operacionalização das ações e serviços planejados de gestão, assistência, avaliação, ensino e pesquisa.

De modo geral, o **PAGAMENTO DO RECURSO PRÉ-FIXADO** será efetuado mensalmente de forma automática mediante a liberação dos recursos do teto da média complexidade (teto MAC) pelo Fundo Nacional de Saúde e/ou existência de disponibilidade financeira do Tesouro Municipal / Estadual para antecipação. Já o **PAGAMENTO DO RECURSO PÓS-FIXADO** será efetuado conforme a produção realizada de acordo com o perfil do estabelecimento de saúde e resultados alcançados nos indicadores parametrizados, conforme as portarias específicas de cada habilitação do hospital. Após a verificação, inserção, aprovação e processamento dos dados nos sistemas de informações preconizados pelo Ministério da Saúde, respeitando o limite previsto no orçamento do contrato, o pagamento será efetuado.



O **CUMPRIMENTO DAS METAS**, estabelecidas no Documento Descritivo, deverá ser atestado pela **COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO À CONTRATUALIZAÇÃO** que realizará periodicamente o monitoramento das ações e serviços de saúde pactuados e realizados em cada mês e o cálculo da porcentagem de cumprimento para validação dos repasses efetuados.

Por fim, é sabido que a forma de faturamento na saúde tem sua função como indutora das ações executadas, mas não se pode atribuir a ela o poder de, por si só, alterar os resultados na saúde da população. Faz-se necessária uma ação conjunta de gestores, prestadores de serviço, com participação popular, além de ações intersetoriais que envolvam os poderes públicos para atuação sobre os determinantes sociais da saúde (BRASIL, 2012).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/ Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012. Disponível em: https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/saude-2030livro_0.pdf. Acesso em: 28 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Sistemas de Informação da Atenção à Saúde: Contextos Históricos, Avanços e Perspectivas no SUS/Organização Pan-Americana da Saúde** – Brasília, 2015. 166p. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/sistemas_informacao_atencao_saude_contextos_historicos.pdf. Acesso em: 30 mai. 2021.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, p. 61, col. 3. 3 out. 2017.

BRASIL. Portaria nº 2.848, de 6 de novembro de 2007. Publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Seção 1, Brasília, DF, p. 54, col. 2. 7 nov. 2007.

CINTRA, R. F.; VIEIRA, S. F. A.; HALL, R. J.; FERNANDES, C. R. A informação do setor de faturamento como suporte à tomada de decisão: um estudo de caso no Hospital Universitário da UFGD. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 18, n. 10, p. 3043-3053, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/y9L9ZzzBy3tMZmgKkrHLkbm/?lang=pt>. Acesso em: 29 mai. 2021.

UGÁ, M. A. D. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde - a experiência internacional. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 17, n. 12, p. 3437-3445, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CRsPWFnqcJKSTNH76PkwzVB/?lang=pt>. Acesso em: 29 mai. 2021.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Os Sistemas de Informação em Saúde podem ser definidos como aqueles com propósito de selecionar dados e transformá-los na informação necessária para subsidiar o processo de tomada de decisões - muitas de alta responsabilidade e relevância social - dos indivíduos que planejam, administram, medem e avaliam os serviços de saúde. Para além da análise, a transformação de um dado em informação exige a divulgação e as recomendações para a ação (BRASIL, 2016).

De acordo com Siqueira (2005), um sistema de informação necessita de três matérias-primas, a saber: **O DADO, A INFORMAÇÃO E O CONHECIMENTO**. A priori, o dado é o elemento mais simples dessa tríade; já a informação é composta por dados com significados para quem os analisa; e o conjunto do aprendizado adquirido a partir das informações, segundo algumas convenções, experiências acumuladas e a percepção cognitiva poderão transformar em conhecimento uma dada realidade.



O objetivo dos **SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE** deve ser o de informar a todos os interessados, seja o público, aos representantes políticos, funcionários, gestores e prestadores de serviço sobre a situação, a natureza e a amplitude dos problemas de saúde para apoiar a fundamentação da tomada de decisão, visando a melhoria da qualidade de vida da população.

A plataforma do DATASUS dispõe os Sistemas de Informação em Saúde em uso no Brasil, assim como os respectivos manuais e os programas para download. Também disponibiliza aplicativos para tabulação de dados, como o TabNet e o TabWin. Dentre esses tabuladores, o **TABNET** é de manuseio mais simples para construção das tabulações, que correspondem ao banco de dados da base nacional e estão disponibilizadas na internet. Já o **TABWIN** apresenta mais recursos para tabulação das informações, podendo gerar tabelas, gráficos e mapas, mas exige maior conhecimento na área de informática para manejo de seus arquivos. Ele permite aos usuários realizar o cruzamento de dados dos diversos sistemas de informações em saúde, localmente, utilizando base de dados própria.

ATENÇÃO! Na plataforma do Ministério da Saúde, a UniverSUS, um ambiente virtual de ensino a distância, há disponível um Curso sobre o TabWin. Aos interessados:

[ACESSAR O LINK](#)

O PILAR DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE no SUS é composto por dois sistemas, os quais estão conectados e formam a base para funcionamento dos outros sistemas em saúde: o **CADSUS**, que identifica o usuário que está sendo atendido na rede de atenção à saúde, e o **SCNES**, Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, que identifica o prestador do serviço. Os demais sistemas se destacam em razão de sua relevância para a análise da situação de saúde de territórios, outros têm o foco principal na avaliação econômico-financeira e na aplicação dos recursos financeiros no setor saúde, ou mesmo na regulação dessas ações e serviços.

Na sequência, serão explorados alguns desses sistemas relacionados principalmente ao controle, faturamento, avaliação e regulação.

SISTEMA DE CADASTRAMENTO DE USUÁRIOS DO SUS (CADSUS)

Esse sistema permite a geração do Cartão Nacional de Saúde, mais conhecido como **“CARTÃO SUS”**, que deve ser usado em todo o território nacional. Considerando que cada atendimento prestado ao usuário na rede deve ser registrado por meio do número do cartão SUS, é possível identificar quais serviços foram procurados, quais os profissionais que foram responsáveis pelo atendimento, quais exames e procedimentos foram realizados.

SAIBA MAIS sobre o “Cartão SUS” nos endereços eletrônicos:

[DATASUS1.SAUDE.GOV.BR/SISTEMAS-E-APLICATIVOS/CADASTROS-NACIONAIS/CADSUS](https://datasus1.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cadsus)

e

[DATASUS.SAUDE.GOV.BR/CARTAO-NACIONAL-DE-SAUDE](https://datasus.saude.gov.br/cartao-nacional-de-saude)

SISTEMA DE CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (SCNES)

O SCNES agrega todo o processo de coleta de dados feita nos estados e municípios sobre a capacidade física instalada, os serviços disponíveis, trabalhadores vinculados aos estabelecimentos de saúde, profissionais e equipes de saúde. Ele subsidia os gestores do SUS com dados de abrangência nacional, para efeito de planejamento de ações em saúde. Esse sistema é uma das bases de dados utilizadas pelo Sistema de Informações Ambulatoriais e pelo Sistema de Informações Hospitalares, sendo de responsabilidade do gestor estadual ou municipal a inclusão de unidades por meio da Ficha de Cadastro de Estabelecimento de Saúde (FCES). Cabe aos gestores, a atualização e manutenção dos cadastros, de acordo com suas responsabilidades.

[SAIBA MAIS](#)

SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E OPM DO SUS (SIGTAP)

O SIGTAP é o sistema que gerencia a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM (Órtese, Prótese e Materiais Especiais) do SUS. Ele abrange a unificação das tabelas do SIA/SUS e do SIH/SUS e compreende todos os procedimentos, atributos e regras que possibilitam o processamento de ambas as produções. A Tabela de Procedimentos do SUS é organizada por Grupos, Subgrupos e Forma de Organização, totalizando um procedimento composto por dez dígitos.

[SAIBA MAIS](#)

SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES (SIH/SUS)

O SIH/SUS é o sistema informatizado no qual são processados os registros do atendimento do paciente internado em hospital contratualizado pelo SUS, que são enviados obrigatoriamente pelos gestores ao Ministério da Saúde para compor o banco de dados nacional, a partir do qual são disseminadas as informações. Constitui fonte de dados sobre os agravos à saúde que requerem internação, contribuindo expressivamente para o conhecimento da situação de saúde e a gestão de serviços. O instrumento de coleta de dados é a Autorização de Internação Hospitalar - AIH, atualmente emitida pelos estados, a partir de uma série numérica única definida anualmente em portaria ministerial.

[SAIBA MAIS](#)

SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SUS (SIA/SUS)

O SIA/SUS é o sistema informatizado que permite aos gestores locais o processamento das informações de atendimento ambulatorial registrados nos aplicativos de captação pelos prestadores públicos e privados contratados/conveniados pelo SUS. É de envio obrigatório para todos os gestores que tenham serviços públicos ou privados sob sua gestão. A princípio, foi implantado para apuração de custos e pagamento aos prestadores dos serviços ambulatoriais.

Tem como instrumento de registro de informações o Boletim de Procedimentos Ambulatoriais – BPA, no qual são registrados procedimentos como consultas, exames laboratoriais, atividades e ações; a Ficha de Programação Orçamentária- FPO, para o módulo de programação financeira; e o formulário de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais – APAC, que registra principalmente procedimentos considerados pelo Ministério da Saúde como de alta complexidade/custo, como a quimioterapia, a radioterapia, a terapia renal substitutiva/hemodiálise, deficiência auditiva, dentre outros (BRASIL, 2016).

[SAIBA MAIS](#)

ATENÇÃO! O Município configura a unidade mínima dos dados de internação ou ambulatoriais disponibilizada pelo DATASUS. Portanto, para análise dos dados por serviço, pelos gestores municipais e estaduais, devem ser utilizadas ferramentas como o tabulador TABWIN, disponibilizado pelo DATASUS para análise direta dos bancos de dados, com as informações geradas mensalmente pelos próprios serviços (BRASIL, 2011).

COMUNICAÇÃO DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR E AMBULATORIAL (CIHA)

A Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial consiste em um sistema para o acompanhamento das ações e serviços de saúde executados por pessoas naturais ou jurídicas, de direito público ou privado, mediante o fornecimento de informações dos pacientes cuja atenção é custeada por planos e seguros privados de assistência à saúde. Foi criada para ampliar o processo de planejamento, programação, controle, avaliação e regulação da assistência a saúde a partir de um conhecimento mais abrangente, com informações dos perfis nosológico e epidemiológico da população brasileira, da capacidade instalada e do potencial de produção de serviços do conjunto de estabelecimentos de saúde de todo o país.

As informações registradas no sistema servirão também como base para o processo de certificação das entidades beneficentes de assistência social (CEBAS) para obtenção da isenção das contribuições para seguridade social.

[SAIBA MAIS SOBRE O CIHA](#)

SISTEMA NACIONAL DE REGULAÇÃO (SISREG)

O Sistema Nacional de Regulação auxilia a informatização e o gerenciamento de todo o complexo regulador, desde a APS, como unidade de saúde solicitante de procedimentos de média e alta complexidade, à internação hospitalar. Ele possui dois módulos, um ambulatorial e outro hospitalar, e o acesso é restrito aos servidores no exercício de suas funções, seja como administradores do sistema, reguladores, solicitantes, executantes ou videofonistas.

Devido ao alto nível de responsabilidade do profissional que acessa o sistema, recomenda-se aos gestores instituir mecanismos de segurança da informação que resguardem a senha pessoal, que deve ser de uso único do servidor, intransferível.

[SAIBA MAIS SOBRE O SISREG](#)

SISTEMA DE CONTROLE DE LIMITE FINANCEIRO DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE (SISMAC)

O SISMAC auxilia o gestor do SUS a acompanhar a evolução dos recursos federais destinados ao cofinanciamento de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade, executados sob gestão dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.

Não estão contemplados no SISMAC os recursos referentes ao Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, segundo componente do Bloco MAC, os quais são transferidos aos fundos dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, mediante comprovação da execução de procedimentos selecionados. Esse é um dos motivos pelo qual os valores registrados no SISMAC representam a maior parte dos valores transferidos mensalmente aos fundos estaduais, distrital e municipais, mas não coincidem, necessariamente, com os valores dos depósitos realizados pelo Fundo Nacional de Saúde.

[SAIBA MAIS SOBRE O SISMAC](#)

SISTEMA DA CENTRAL NACIONAL DE REGULAÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE (SISCNRAC)

O SISCNRAC foi desenvolvido para contribuir com a melhoria contínua dos procedimentos relacionados ao financiamento das ações de saúde e controle de pagamentos aos prestadores de serviços que, em determinado período, realizaram procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade para os estados e municípios.

O sistema tem como objetivos principais: regular o fluxo da referência interestadual de pacientes que necessitam de assistência hospitalar de alta complexidade; registrar as demandas dos estados com ausência ou insuficiência de oferta do elenco de procedimentos de alta complexidade com atributo CNRAC nas especialidades de cardiologia, neurologia, oncologia, ortopedia e gastroenterologia; mapear a migração dos usuários do SUS a partir de seu local de residência e do registro de seu atendimento em outro estado, por especialidade e por procedimento; e disponibilizar informações para respaldar outras ações em saúde que permitam dirimir as diferenças regionais e as dificuldades de acesso de determinadas populações menos privilegiadas.

SAIBA MAIS SOBRE O SISCNRAC

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTO PÚBLICO EM SAÚDE (SIOPS)

O SIOPS é um sistema que tem por objetivo apurar as receitas totais e os gastos em ações e serviços públicos de saúde, ou seja, constitui instrumento para o acompanhamento do cumprimento do dispositivo constitucional que determina, em orçamento, a aplicação mínima de recursos na saúde.

[SAIBA MAIS SOBRE O SIOPS](#)

OS SISTEMAS LISTADOS A SEGUIR ESTÃO MAIS VINCULADOS AOS ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, PORÉM SÃO DE SUMA IMPORTÂNCIA NA CONSTRUÇÃO DO DIAGNÓSTICO, MONITORAMENTO E/OU AVALIAÇÃO DO PERFIL POPULACIONAL, ALÉM DE SEREM UTILIZADOS TANTO NOS ESTABELECIMENTOS DE CARÁTER AMBULATORIAL COMO HOSPITALAR.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN)

O SINAN foi desenvolvido com objetivo de coletar e processar dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional. É alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória. Contudo, é facultado a estados e municípios incluírem outros problemas de saúde importantes em sua região.

[SAIBA MAIS SOBRE O SINAN](#)

SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE (SIM)

O SIM foi criado pelo DATASUS para a obtenção regular de dados sobre mortalidade no país. A partir da sua criação, foi possível a captação de dados sobre mortalidade, de forma abrangente, para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública. Com base nessas informações é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área. A Declaração de Óbito - DO é o instrumento padronizado de coleta de dados.

[SAIBA MAIS SOBRE O SIM](#)

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS (SINASC)

O SINASC reúne informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional. O número de nascidos vivos constitui relevante informação para o campo da saúde pública, pois esse dado viabiliza a construção de inúmeros indicadores voltados à avaliação de riscos à saúde no segmento materno-infantil. O SINASC tem como instrumento padronizado de coleta de dados, a Declaração de Nascido Vivo - DN.

[SAIBA MAIS SOBRE O SINASC](#)

Considerando esse contexto, os sistemas de informação em saúde aqui apresentados fazem parte de um rol dos sistemas e aplicativos do DATASUS. Diante da coexistência de vários sistemas, observa-se uma problemática: a **FRAGMENTAÇÃO DAS BASES DE INFORMAÇÕES DO SUS**, além da possibilidade de redundância na produção de informações em saúde no contexto de cada sistema de informação. Porém, diante da trajetória de implantação desses sistemas, pode-se concluir que esse processo é decorrente da formação histórica desses sistemas atrelada a necessidades específicas e iniciativas isoladas de diferentes áreas, e não por meio de uma estratégia mais ampla que considerasse o setor saúde como um todo (BRASIL, 2015).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Sistema de Informação Ambulatorial do SUS. **Manual de Operação do Sistema de Informações Ambulatoriais**. Brasília, DF: Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Sistemas de Informação da Atenção à Saúde: Contextos Históricos, Avanços e Perspectivas no SUS**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle, 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 4). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec_progestores_livro9.pdf. Acesso em 31 mai. 2021.

CINTRA, R. F.; VIEIRA, S. F. A.; HALL, R. J.; FERNANDES, C. R. A informação do setor de faturamento como suporte à tomada de decisão: um estudo de caso no Hospital Universitário da UFGD. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 18, n. 10, p. 3043-3053, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/y9L9ZzzBy3tMZmgKkrHLkbn/?lang=pt>. Acesso em: 29 mai. 2021.

SIQUEIRA, M.C. **Gestão estratégica da informação**. Rio de Janeiro: Brasport, 2005.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Na trajetória de publicações dos dispositivos legais da saúde, várias são as menções sobre o monitoramento e avaliação. Como exemplo, tem-se a própria **LEI nº 8.080**, que traz em seus artigos 15 e 17 as atribuições de avaliação e controle de serviços de saúde para os entes governamentais, além da avaliação e divulgação das condições ambientais e da saúde da população; e, ainda, que é responsabilidade dos estados e dos municípios participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho.

Ademais, o Capítulo IV da **LEI COMPLEMENTAR nº 141** menciona que integrarão o Relatório de Gestão de cada ente federado os respectivos resultados do **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**, de forma objetiva, inclusive por meio de indicadores.

Pode-se citar, ainda, o Contrato Organizativo de Ações e Serviços de Saúde – COAP, instituído pelo **DECRETO nº 7.508**, que estabelece a necessidade de definição de critérios de **AVALIAÇÃO** dos resultados e forma de **MONITORAMENTO** permanente, assim como, de estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços, como ferramenta de sua melhoria.

No entanto, há de se considerar que o sucesso do **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO** não está atrelado apenas à publicação de normas, mas sim ao planejamento e à gestão da informação. A institucionalização desse processo depende de um acordo prévio, de uma decisão política, de sua adoção como objetivo de governo. Caso esse processo não aconteça, mesmo que haja um planejamento sucinto com as melhores ferramentas, o sucesso do monitoramento e avaliação estará comprometido (OLIVEIRA; SELLERA; REIS, 2013).

MAS, AFINAL, COMO PODEM SER DEFINIDOS O MONITORAMENTO E A AVALIAÇÃO?

O processo de monitoramento configura-se no acompanhamento rotineiro de informações prioritárias para o gestor verificar se a intervenção está se desenvolvendo de acordo com o planejado. A finalidade do monitoramento é verificar se a tendência das ações de certa estratégia aponta para o alcance de metas e objetivos traçados (WALDMAN, 1998).



Já a **AVALIAÇÃO**, segundo Contandriopoulos (1997), é o julgamento que se faz sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes, com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões. A avaliação caracteriza-se por uma contínua descoberta quando assume um caráter que ultrapassa o mero julgamento e considera, em um determinado contexto, as especificidades do objeto avaliado, todos os sujeitos envolvidos e seus respectivos interesses. Nesse tipo de avaliação o diálogo é permanente entre os sujeitos envolvidos: o avaliador e o avaliado.

Importante definir também a “**INTERVENÇÃO**”, usada nas definições acima como equivalente a projetos, programas e políticas; pode ser considerada um conjunto de ações organizadas para mudar uma dada realidade (CRUZ; REIS, 2011).

Logo, tendo em vista o papel do monitoramento exercido pelo acompanhamento no desenvolvimento de determinadas atividades e a função da avaliação no aprofundamento quanto à compreensão sobre o mesmo objeto, pode-se afirmar que o **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO SÃO FACES COMPLEMENTARES ENTRE SI**, dentro de um mesmo processo. Ou seja, o monitoramento verifica e levanta hipóteses e a avaliação amplia a compreensão sobre o objeto.

TEORIA DE SISTEMAS DE DONABEDIAN



Cumprir registrar também a abordagem de estruturação sistêmica da avaliação da qualidade, composta pela tríade “estrutura–processo–resultado”, utilizada quando da existência de relação causal entre eles, à medida que, a **ESTRUTURA** apoia a execução do **PROCESSO** e este, por sua vez, é executado para gerar **RESULTADO**.

O Manual do Gestor Municipal do SUS (CONASEMS, 2021), também cita essa tríade da avaliação e traz a seguinte ideia:

AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA: trata de metas, objetivos e indicadores relacionados a recursos humanos, físicos e financeiros. Por exemplo, a expansão do número de centros especializados no Estado ou a reforma de uma unidade assistencial podem ser metas a serem avaliadas no âmbito da estrutura.

AVALIAÇÃO DE PROCESSOS: diz respeito às ações, programas e serviços ofertados no campo assistencial, deste modo, geralmente associada a indicadores relacionados aos processos de interação entre as equipes de saúde e os usuários. Como exemplo, pode ser uma meta relacionada à autorização prévia de procedimentos de alta complexidade ou quanto à regulação do acesso na atenção especializada.

AVALIAÇÃO DE RESULTADOS: Está ligada à análise do estado de saúde da população. Um exemplo de meta pode ser a totalidade dos casos de neoplasia do ano anterior estarem encerrados como curados.

O MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO INSERIDOS NOS SERVIÇOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE DO SUS

É fato que no setor da saúde gerenciam-se recursos escassos para necessidades ilimitadas (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998). Dessa forma, visando o gerenciamento adequado dos recursos destinados em especial aos serviços da média e alta complexidade no SUS, o **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO** devem ser rotina instituída nos serviços de saúde.

É de suma importância conhecer e contextualizar os **PRINCIPAIS PROBLEMAS** quanto às **NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO** para calibragem da oferta e demanda dos serviços especializados pelos profissionais que os gerenciam. Para uma avaliação bem sucedida é preciso selecionar as **PRIORIDADES**, definir seu **FOCO** e construir **PERGUNTAS AVALIATIVAS** por meio da consulta às várias **FONTES DE DADOS**, como os sistemas de informação em saúde. Frisa-se, aqui, a necessidade do senso crítico quanto à qualidade de alimentação do banco de dados que se avalia e a possibilidade de algum viés na sua confiabilidade.

O monitoramento por meio de **OUVIDORIAS, QUEIXAS DIRETAS** da população ou **DEMANDAS REPRIMIDAS NO SISTEMA DE REGULAÇÃO**, caracteriza-se como fonte de necessidades não atendidas da população. A utilização de **PARÂMETROS TÉCNICOS** de necessidades de saúde da população estabelecidos em Portarias, ou mesmo a produtividade dos serviços de saúde, levantada pelos dados dos sistemas de informação disponíveis, desde que contextualizados, também podem servir para avaliar as necessidades de atendimentos de saúde e a capacidade dos serviços instalados.

Outro ponto relevante é a visão ampliada que o gestor dos serviços especializados deve possuir da **REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE** de sua região. Não há como avaliar um serviço no SUS de forma isolada, uma vez que o conhecimento sobre seu papel na rede deve ser guiado pelas necessidades ora diagnosticadas na população da área de abrangência. A aquisição ou ampliação de um serviço deve atender a normas, gerais ou específicas das políticas de atenção à saúde, bem como, quando disponíveis, de normas técnicas de credenciamento e habilitação elaboradas pelo Ministério da Saúde, como no caso dos serviços de alta complexidade nas especialidades da neurologia, oncologia, cardiovascular, dentre outros.

SAIBA MAIS!

Para consultar outras legislações da Atenção Especializada:

ACESSE

De modo geral, o CONASS (BRASIL, 2011), também traz alguns critérios a serem observados quanto à avaliação da necessidade (ou não) de determinado serviço especializado, a saber:

- população a ser atendida;
- necessidade de cobertura assistencial;
- mecanismos de acesso com fluxos de referência e contrarreferência;
- capacidade técnica e operacional dos serviços (de acordo com as normas técnicas específicas, se houver);

- série histórica de atendimentos realizados e identificação de demanda reprimida;
- integração com os mecanismos de regulação e com os demais serviços assistenciais ambulatoriais e hospitalares que compõem a rede de assistência;
- disponibilidade de financiamento.

Considerando a necessidade da aplicação racional dos recursos públicos, a avaliação desses critérios embasa a habilitação ou não dos serviços de alta complexidade, garantindo robustez para tomada de decisão do gestor.

ATENÇÃO! No caso em que é considerada a aplicação de critérios e normas, a avaliação pode ser entendida como avaliação normativa, diferente da pesquisa avaliativa, que depende de um procedimento científico que permita analisar e compreender as relações de causalidade entre diferentes componentes da intervenção.

O investimento na implantação de uma cultura avaliativa e a construção de ferramentas de **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO** no SUS pode ser visualizado também no seu próprio processo de planejamento, que se materializa, por exemplo, no **PLANO DE SAÚDE**, na **PROGRAMAÇÃO ANUAL**, no **RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO**, no **PLANO DIRETOR DA REGIONALIZAÇÃO (PDR)**, no **PLANO DIRETOR DE INVESTIMENTO (PDI)** e na **PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA (PPI)**. Tais processos de planejamento auxiliam na definição do foco da avaliação e na orientação da abordagem mais apropriada para o monitoramento e avaliação das ações de saúde.

SAIBA MAIS! No documento “Instrumento de Orientação – Pacto pela Saúde / Indicadores e Compromissos”, pode-se analisar, na página 41, um capítulo específico sobre os Indicadores de monitoramento e avaliação de Mato Grosso do Sul. Acesse o endereço eletrônico e veja alguns exemplos desses indicadores:

[CLIQUE AQUI](#)



PROJETO
CONTRATUALIZAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Numa visão mais micro, pode-se citar, ainda, o processo de contratualização de serviços de média e alta complexidade, que também requer o **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO** das metas dispostas nos Documentos Descritivos anexos ao documento contratual formal estabelecido entre o gestor do SUS e o prestador de serviço.

Daí a necessidade de manter atuante a **COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DA CONTRATUALIZAÇÃO**, a qual tem dentre suas finalidades a avaliação do cumprimento das metas quali-quantitativas e físico-financeiras, assim como da capacidade instalada, com fins de readequar, quando necessário, as metas pactuadas e os recursos financeiros a serem repassados. Executar um processo contratual sem monitorá-lo e sem avaliá-lo seria como pilotar um avião sem bússola, sem instrumentos indicadores das condições do motor ou das condições climáticas no momento do voo: um voo desorientado.

Fica claro que se não houver o envolvimento de todos os atores no processo de **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO** atrelado ao planejamento, os resultados esperados estarão comprometidos. E, no caso do SUS, a ausência de institucionalização dessas ações resultará em consequências à população, manifestadas por meio da ausência de serviços necessários, no gasto com equipamentos sem mão de obra qualificada para operacionalizá-los, na falta de medicamentos, na descontinuidade da assistência, dentre outros problemas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2011b. 223 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 4). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro9.pdf. Acesso em: 31 mai. 2021.

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**, Brasília, DF, p. 1, col. 2. 29 jun. 2011a.

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 CXLII, nº 11, p. 01-04, 16 jan.2012.

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. 1990. p.18055-18059.

CONASEMS. **Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS: Diálogos no cotidiano**. 2 ed. 440 p. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/manual-do-gestor-municipal-do-sus-confira-a-edicao-de-2021/>. Acesso em: 5 jun. 2021.

CONTANDRIOPOULOS, A.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.; PINEAULT, R. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (org). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 29-48. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/3zcft/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2021.

CRUZ, M. M.; REIS, A. C. Monitoramento & Avaliação como uma das funções gestoras do Sistema Único de Saúde. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES, W. (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: EAD, Ensp, 2011. 480p. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_511202866.pdf. Acesso em: 5 jun. 2021.

DONABEDIAN, A. The definition of quality: A conceptual exploration. In: **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980, vol. I, p. 3-31.

MENDES, E.V. **Os Grandes Dilemas do SUS**. Salvador: Editora Casa da Saúde, 2001.

OLIVEIRA, P. T. R.; SELLERA, P. E. G.; REIS, A. T. O Monitoramento e a Avaliação na Gestão do Ministério da Saúde. **Revista Brasileira de Monitoramento e Avaliação**. v. 5, p.114-129, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/rbma201305009>. Acesso em: 1 jun. 2021.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em Saúde**. volume 2 – Série Saúde & Cidadania, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saude_cidadania/index.html. Acesso em: 1 jun. 2021.

WALDMAN, E.A. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. **Informe Epidemiológico do SUS**, v.7, n.3, p. 7-26, 1998. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731998000300002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 jun. 2021.