

# SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

coleção Para Entender a Gestão do SUS | 2011 volume **1**

Copyright 2011 – 1ª Edição – Conselho Nacional de  
Secretários de Saúde - CONASS

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial  
ou total desta obra, desde que citada a fonte e a autoria e que  
não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011 pode ser  
acessada, na íntegra, na página eletrônica do CONASS,  
[www.conass.org.br](http://www.conass.org.br).

Esta coleção faz parte do Programa de Informação e Apoio  
Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS.

Tiragem: 10.000

Impresso no Brasil

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.  
Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de  
Saúde. – Brasília : CONASS, 2011.

291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1)

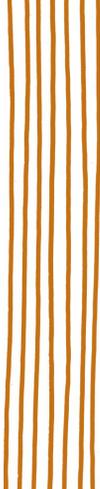
ISBN: 978-85-89545-61-7



1. SUS (BR). 2. Sistema Único de Saúde. I Título.

NLM WA 525

CDD – 20. ed. – 362.1068



**DIRETORIA CONASS - GESTÃO 2010/2011**

PRESIDENTE

Beatriz Dobashi

VICE-PRESIDENTES

**Região Centro-Oeste**

Irani Ribeiro de Moura

**Região Nordeste**

Herbert Motta de Almeida

**Região Norte**

Oswaldo Leal

**Região Sudeste**

Antônio Jorge de Souza Marques

**Região Sul**

Roberto Eduardo Hess de Souza

COMISSÃO FISCAL

George Antunes de Oliveira

Raimundo José Arruda Barros

Milton Luiz Moreira

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

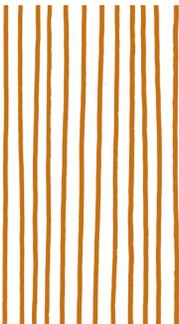
COORDENADORA DE NÚCLEOS

Rita de Cássia Bertão Cataneli

COORDENADOR DE DESENVOLVIMENTO

INSTITUCIONAL

Ricardo F. Scotti



SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

**AC** Osvaldo de Souza Leal Junior  
Suely de Souza Melo da Costa

**AL** Herbert Motta de Almeida  
Alexandre de Melo Toledo

**AM** Agnaldo Gomes da Costa  
Wilson Alecrim

**AP** Eupídio Dias de Carvalho  
Evandro Costa Gama

**BA** Jorge José Santos Pereira Solla

**CE** Raimundo José Arruda Bastos

**DF** Fabíola de Aguiar Nunes  
Rafael de Aguiar Barbosa

**ES** Anselmo Tozi

**ES** José Tadeu Marino

**GO** Irani Ribeiro de Moura  
Antonio Faleiros

**MA** José Márcio Soares Leite  
Ricardo Murad

**MG** Antônio Jorge de Souza Marques

**MS** Beatriz Figueiredo Dobashi

**MT** Augusto Carlos Patti do Amaral  
Pedro Henry Neto

**PA** Maria Silvia Martins Comaru Leal  
Cláudio Nascimento Valle  
Hélio Franco de Macedo Júnior

**PB** José Maria de França  
Mário Toscano de Brito Filho

**PE** Frederico da Costa Amâncio  
Antônio Carlos dos Santos Figueira

**PI** Telmo Gomes Mesquita  
Lilian de Almeida Veloso Nunes Martins

**PR** Carlos Augusto Moreira Júnior  
Michele Caputo Neto

**RJ** Sérgio Luiz Côrtes

**RN** George Antunes de Oliveira  
Domício Arruda

**RO** Milton Luiz Moreira  
Alexandre Carlos Macedo Muller

**RR** Rodolfo Pereira  
Leocádio Vasconcelos Filho

**RS** Arita Gilda  
Ciro Carlos Emerim Simoni

**SC** Roberto Eduardo Hess de Souza  
Dalmo Claro de Oliveira

**SE** Mônica Sampaio de Carvalho  
Antonio Carlos Guimarães Souza Pinto

**SP** Luiz Roberto Barradas Barata  
Nilson Ferraz Paschoa

**TO** Giovanni Guido Cerri  
Francisco Melquíades Neto

Arnaldo Alves Nunes



COORDENAÇÃO DA COLEÇÃO

René Santos

REVISÃO E ATUALIZAÇÃO DO LIVRO

Lourdes Almeida

COLABORADORES\*

Déa Carvalho

Eugênio Vilaça Mendes

Júlio Müller

Nelson Rodrigues dos Santos

Nereu Henrique Mansano

René Santos

Renilson Rehem

Ricardo F. Scotti

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Sônia Barros

REVISÃO TÉCNICA

René Santos

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Roberto Arreguy Maia (coord.)

EDIÇÃO

Tatiana Rosa

PROJETO GRÁFICO

Fernanda Goulart

DESIGNER ASSISTENTE

Thales Amorim

ILUSTRAÇÕES

José Márcio Lara

DIAGRAMAÇÃO

Ad Hoc Comunicação

\* Os créditos referem-se às edições de 2007 e 2011

# SUMÁRIO

- Apresentação 7**
- 1 O Sistema Único de Saúde 10**
- 1.1 Antecedentes 10
  - 1.2 O Sistema Único de Saúde (SUS) 24
  - 1.3 Resultados do SUS 28
- 2 A gestão do Sistema Único de Saúde 32**
- 2.1 Introdução 32
  - 2.2 Os gestores do SUS em cada esfera de governo 32
  - 2.3 Atribuições comuns e competências específicas de cada esfera de governo na gestão do SUS 34
  - 2.4 Participação da comunidade na gestão do SUS 39
  - 2.5 Órgãos colegiados de representação política dos gestores do SUS 40
  - 2.6 Instâncias de pactuação – as Comissões Intergestores 42
  - 2.7 O gestor federal do SUS – Ministério da Saúde 44
- 3 O processo de implantação do SUS 52**
- 3.1 As Normas Operacionais do SUS 52
  - 3.2 O Pacto pela Saúde 62
  - 3.3 Avaliações do Pacto pela Saúde 111
- 4 Regionalização 120**
- 4.1 Introdução 120
  - 4.2 A Regionalização da Saúde na regulamentação do SUS 120
  - 4.3 Objetivos da Regionalização 122
  - 4.4 A Regionalização da Atenção à Saúde 122
  - 4.5 Regiões de Saúde 125
  - 4.6 Planejamento Regional 128
  - 4.7 Colegiado de Gestão Regional 131
- 5 O Planejamento no SUS 138**
- 5.1 Introdução 138

- 5.2 O Planejamento no SUS 139
- 5.3 O Sistema de Planejamento do SUS 140
- 5.4 Outros instrumentos de Planejamento no SUS 147
- 5.5 Interface dos instrumentos de planejamento do SUS e instrumentos do Pacto pela Saúde 150
- 5.6 Índice de Valorização da Gestão (IVG) 151

## **6 O SUS e a participação da comunidade 154**

- 6.1 Modernização e eficiência da gestão pública e participação organizada da sociedade civil 154
- 6.2 A participação organizada da sociedade no SUS 155
- 6.3 Bases legais da participação organizada da sociedade no SUS 156
- 6.4 Funcionamento das Conferências e Conselhos de Saúde: ponderações e recomendações 161
- 6.5 Relações dos Conselhos de Saúde e Comissões Intergestores 164
- 6.6 A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS 165

## **7 Os Sistemas de Informação em Saúde 170**

- 7.1 Introdução 170
- 7.2 Informação e informática em Saúde 171
- 7.3 Principais fontes de informação de interesse para o planejamento e tomada de decisão em Saúde 173
- 7.4 Indicadores de interesse para a gestão da Saúde 177
- 7.5 Registro Eletrônico em Saúde 190
- 7.6 Cartão Nacional de Saúde 192

## **8 O CONASS e as Secretarias Estaduais de Saúde 206**

- 8.1 O CONASS no SUS 206
- 8.2 O que é o CONASS 206
- 8.3 Organização do CONASS 208
- 8.4 As ações desenvolvidas pelo CONASS para o cumprimento de suas macro funções 210
- 8.5 Comunicação e publicações 212

## **Referências bibliográficas 215**



## APRESENTAÇÃO

O Brasil institucionalizou o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros com a promulgação da Constituição Federal em 1988, quando criou o Sistema Único de Saúde (SUS). As discussões prévias, consolidadas na VIII Conferência de Saúde e materializadas na Constituinte pela luta dos sanitaristas, gestores e políticos comprometidos com a reforma do sistema vigente, ofereceram ao povo brasileiro a oportunidade de efetivar um sistema integrado e gratuito que cuida da prevenção, promoção, cura e reabilitação da saúde, fortalecendo a cidadania.

O SUS é tido como a política de maior inclusão social implementada no Brasil e representa em termos constitucionais uma afirmação política do compromisso do Estado brasileiro para com seus cidadãos. Seus avanços são significativos, mas persistem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal e equânime. Esse é o desafio de todos.

Este livro relata os primórdios da saúde no Brasil e apresenta o processo de implantação do SUS, seus avanços e desafios. Aborda a importância das Secretarias Estaduais de Saúde e da sua entidade representativa – o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) – na construção do sistema público de saúde no Brasil. Faz um registro, ainda, do processo de implantação do Pacto pela Saúde no momento atual e nos conclama a meditar sobre os próximos passos rumo ao futuro.

*Boa leitura.*

Beatriz Dobashi - Presidente do CONASS





# 1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

- 1.1 Antecedentes
- 1.2 O Sistema Único de Saúde (SUS)
- 1.3 Resultados do SUS





# 1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

## 1.1 Antecedentes

A administração portuguesa, no Brasil, não se caracterizou, pelo menos até a metade do século XVIII, pela organização do espaço social visando a um combate às causas das doenças. Antes do século XIX, não se encontra, seja nas instituições propriamente médicas, seja no aparelho de Estado, a relação explícita entre saúde e sociedade. A atuação do Estado e dos médicos tem como objetivo evitar a morte (MACHADO, 1978).

O século XIX assinala para o Brasil o início de um processo de transformação política e econômica que atinge igualmente o âmbito da medicina, inaugurando duas de suas características, que têm vigorado até o presente: a penetração da medicina na sociedade, que incorpora o meio urbano como alvo da reflexão e da prática médica, e a situação da medicina como apoio científico indispensável ao exercício de poder do Estado. Nasce um tipo específico de medicina que pode ser chamado de medicina social (MACHADO, 1978).

Efetivamente, somente no século XX, iniciam-se políticas de saúde para enfrentar o quadro sanitário existente no país.

### 1.1.1 A saúde na Colônia e no Império

A vinda da Corte Portuguesa para o Brasil em 1808 determinou mudanças na administração pública colonial, até mesmo na área da saúde. Como sede provisória do império português e principal porto do país, a cidade do Rio de Janeiro tornou-se centro das ações sanitárias. Era necessário, então, criar rapidamente centros de formação de médicos, que até então eram quase inexistentes em razão, em parte, da proibição de ensino superior nas colônias. Assim, por ordem real, foram fundadas as academias médico-cirúrgicas, no Rio de Janeiro e na Bahia, na primeira década do século XIX, logo transformadas nas duas primeiras escolas de medicina do país.

Por volta de 1829, foi criada a Junta de Higiene Pública, que se mostrou pouco eficaz e, apesar de várias reformulações, não alcançou o objetivo de cuidar da saúde da população. No entanto, é o momento em que instâncias médicas assumem o controle das medidas de higiene pública. Seu regulamento é editado em 20 de setembro de 1851 e

a transforma em Junta Central de Higiene Pública. Tem como objetivos a inspeção da vacinação, o controle do exercício da medicina e a polícia sanitária da terra, que engloba a inspeção de alimentos, farmácias, armazéns de mantimentos, restaurantes, açougues, hospitais, colégios, cadeias, aquedutos, cemitérios, oficinas, laboratórios, fabricas e, em geral, todos os lugares de onde possa provir dano à saúde pública (MACHADO, 1978).

Até 1850, as atividades de saúde pública estavam limitadas a: i) delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais e ii) controle de navios e saúde dos portos.

Verifica-se que o interesse primordial estava limitado ao estabelecimento de um controle sanitário mínimo da capital do Império, tendência que se alongou por quase um século.

A Junta não resolveu os problemas de saúde pública. Mas, embora não tenha destruído as epidemias, ela marca uma nova etapa na organização da higiene pública no Brasil. Essa forma é que será mantida durante o século XIX.

A fase imperial da história brasileira encerrou-se sem que o Estado solucionasse os graves problemas de saúde da coletividade. Tentativas foram feitas, mas sem os efeitos desejados.

### **1.1.2 A saúde na República**

A Proclamação da República, em 1889, foi embalada na ideia de modernizar o Brasil. A necessidade urgente de atualizar a economia e a sociedade, escravistas até pouco antes, com o mundo capitalista mais avançado favoreceu a redefinição dos trabalhadores brasileiros como *capital humano*. Essa ideia tinha por base o reconhecimento de que as funções produtivas são as fontes geradoras da riqueza das nações. Assim, a capacitação física e intelectual dos operários e dos camponeses seria o caminho indicado para alterar a história do país, considerado no exterior como “região bárbara”. Nesse contexto, a medicina assumiu o papel de guia do Estado para assuntos sanitários, comprometendo-se a garantir a melhoria da saúde individual e coletiva e, por extensão, a defesa do projeto de modernização do país (BERTOLLI FILHO, 2004).

País predominantemente rural, com um contingente de analfabetos estimado em 70% no censo de 1920 – analfabetos e doentes, como apregoou os que se engajaram no movimento sanitário da época –, esse era o Brasil das três primeiras décadas do século XX. Naquele contexto, emergia a questão social associada às primeiras manifestações operárias urbanas, com intensos conflitos entre capital e trabalho acompanhados de violenta repressão e ausência de canais legais de articulação de interesses.

No âmbito das políticas sociais, pela Constituição de 1891, cabia aos estados a responsabilidade pelas ações de saúde, de saneamento e de educação.

As políticas de saúde, cujo início efetivo pode ser indicado em fins da década de 1910, encontravam-se associadas aos problemas da integração nacional e à consciência da interdependência gerada pelas doenças transmissíveis. Foi o resultado do encontro de um movimento sanitarista, organizado em torno da proposta de políticas de saúde e saneamento, com a crescente consciência por parte das elites políticas sobre os efeitos negativos do quadro sanitário existente no país (LIMA, 2005).

A falta de um modelo sanitário para o país deixava as cidades brasileiras à mercê das epidemias. No início do século XX, a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico, caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam a população, como a varíola, a malária, a febre amarela e, posteriormente, a peste. Esse quadro acabou gerando sérias consequências, tanto para a saúde coletiva quanto para outros setores, como o do comércio exterior, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em razão da situação sanitária existente na cidade.

A incorporação dos novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos às práticas de proteção da saúde coletiva levou os governos republicanos, pela primeira vez na história do país, a elaborar minuciosos planos de combate às enfermidades que reduziam a vida produtiva, ou útil, da população. Diferentemente dos períodos anteriores, a participação do Estado na área da saúde tornou-se global: não se limitava às épocas de surto epidêmico, mas se estendia por todo o tempo e a todos os setores da sociedade.

A contínua intervenção estatal nas questões relativas à saúde individual e coletiva revela a criação de uma “política de saúde”.

A atenção para as epidemias nas cidades, como a de peste bubônica em 1899, no porto de Santos, esteve na origem da criação, em 1900, das duas principais instituições de pesquisa biomédica e saúde pública do país: o Instituto Soroterápico Federal – transformado posteriormente em Instituto Oswaldo Cruz (1908) e Fundação Oswaldo Cruz (1970) –, no Rio de Janeiro, e o Instituto Butantan, em São Paulo. Nessas instituições, uma nova geração de médicos, formados segundo o paradigma da bacteriologia e influenciados pela pesquisa científica praticada na França e na Alemanha, começaria a exercer forte influência nas concepções sobre as doenças transmissíveis e nas propostas de ações em saúde pública (LIMA, 2005).

Além de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas, Adolpho Lutz, Arthur Neiva e Vital Brasil, entre outros, destacam-se na definição de rumos para a saúde pública e na criação de instituições.

Um ativo movimento de Reforma Sanitária emergiu no Brasil durante a Primeira República, sob a liderança da nova geração de médicos higienistas, que alcançou importantes resultados. Entre as conquistas, destaca-se a criação do Departamento Nacional de

Saúde Pública (DNSP), em 1920. Durante a Primeira República, foram estabelecidas as bases para a criação de um Sistema Nacional de Saúde, caracterizado pela concentração e pela verticalização das ações no governo central.

As medidas de proteção social e, em particular, a assistência médica só viriam a ter reconhecimento legal como política pública com a aprovação da Lei Eloi Chaves, de 1923, resultado do crescente impacto do que passou a ser definido como a questão social no país. Até então, muitas categorias de trabalhadores organizavam associações de auxílio mútuo para lidar com problemas de invalidez, doença e morte.

A Lei que regulamentou a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) tem sido indicada como o momento inicial da responsabilização do Estado pela regulação da concessão de benefícios e serviços, especialmente da assistência médica. Tratava-se de organizações de direito privado, criadas para grupos específicos de servidores e organizadas segundo princípios de seguro social, ou seja, um modelo em que os benefícios dependiam das contribuições dos segurados (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

A Lei deveria ser aplicada a todos os trabalhadores. Para que fosse aprovada no Congresso Nacional, dominado na sua maioria pela oligarquia rural, foi imposta a condição de que esse benefício não seria estendido aos trabalhadores rurais. Fato que, na história da previdência do Brasil, perdurou até a década de 1960, quando foi criado o Funrural. Assim foi aprovada, contemplando somente o operariado urbano.

Tratando-se de um sistema por empresa, restrito ao âmbito das grandes empresas privadas e públicas, as CAPs possuíam administração própria para os seus fundos, formada por um conselho composto de representantes dos empregados e dos empregadores.

O Estado não participava propriamente do custeio das Caixas, que, de acordo com o determinado pelo artigo 3º da Lei Eloi Chaves, era mantido por empregados das empresas (3% dos respectivos vencimentos), empresas (1% da renda bruta) e consumidores dos serviços destas (CORDEIRO, 2004).

### **1.1.3 A institucionalização da saúde pública**

O primeiro governo Vargas é reconhecido pela literatura como um marco na configuração de políticas sociais no Brasil. As mudanças institucionais que ocorreram, a partir de 1930, moldaram a política pública brasileira, estabelecendo um arcabouço jurídico e material que conformaria o sistema de proteção social até um período recente.

Coube ao Estado Novo acentuar e dirigir o processo de expansão do capitalismo no campo, de maneira a impedir que nele ocorressem alterações radicais na estrutura da grande propriedade agrária.

Em 1937, é promulgada nova Constituição, que reforça o centralismo e a autoridade presidencial (ditadura). O trabalhismo oficial e as suas práticas foram reforçados a partir de 1940 com a imposição de um sindicato único e pela exigência do pagamento de uma contribuição sindical.

Em 1939, regulamenta-se a justiça do trabalho e, em 1943, é homologada a *Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT)*.

A crescente massa assalariada urbana passa a constituir-se no ponto de sustentação política do novo governo de Getúlio Vargas, por meio de um regime corporativista. São promulgadas as leis trabalhistas e, ao mesmo tempo, cria-se a estrutura sindical do Estado. Essas ações transparecem como dádivas do Governo e do Estado, e não como conquista dos trabalhadores.

No que tange à Previdência Social, a política de Estado pretendeu estender a todas as categorias do operariado urbano organizado os benefícios da previdência. Dessa forma, as antigas CAPs são substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP). Nesses institutos, os trabalhadores eram organizados por categoria profissional (marítimos, comerciários e bancários) e não por empresa.

Em 1933, foi criado o primeiro Instituto de Aposentadoria e Pensões, o dos Marítimos (IAPM). Seu decreto de constituição definia, no artigo 46, os benefícios assegurados aos associados:

- a. aposentadoria;
- b. pensão em caso de morte: para os membros de suas famílias ou para os beneficiários, na forma do art. 55;
- c. assistência médica e hospitalar, com internação até 30 dias;
- d. socorros farmacêuticos, mediante indenização pelo preço do custo acrescido das despesas de administração.

Até o fim dos anos 1950, a assistência médica previdenciária não era importante. Os técnicos do setor consideravam-na secundária no sistema previdenciário brasileiro, e os segurados não faziam dela parte importante de suas reivindicações (POLIGNANO, 2006).

As políticas de saúde, então implementadas, corresponderam a alterações em diversos campos. Na esfera institucional, a principal mudança consistiu na criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp), o qual passou por sucessivas reformulações. Ao Mesp cabia a saúde pública, ou melhor, tudo que dissesse respeito à saúde da população

e que não se encontrava na área da medicina previdenciária, desenvolvida no Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.

O Mesp fazia a prestação de serviços para aqueles identificados como pré-cidadãos: os pobres, os desempregados, os que exerciam atividades informais, ou seja, todos aqueles que não se encontravam habilitados a usufruir os serviços oferecidos pelas caixas e pelos serviços previdenciários.

Tal dualidade tornou-se uma das marcas do sistema de proteção social de saúde no Brasil, formalizando no campo da saúde uma separação, uma distinção institucional entre duas áreas de gestão em políticas públicas de saúde, que marcaria definitivamente as ações de saúde no Brasil (LIMA, 2005).

Com a promulgação de uma nova Constituição em 1946, o país inicia um período de 19 anos de experiência democrática. A saúde pública, ainda que herdeira dos aparatos estatais construídos nos 15 anos do primeiro governo Vargas, teve sua estrutura centralizada com múltiplos programas e serviços verticalizados para implementar campanhas e ações sanitárias, assim como sua burocracia foi confrontada com novos contextos e contornos políticos e sociais que caracterizaram o Brasil até 1964.

Os marcos institucionais<sup>1</sup> desse período foram:

1. criação do Ministério da Saúde, em 1953, velha aspiração dos médicos da saúde pública;
2. reorganização dos serviços nacionais no Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), em 1956;
3. implementação da campanha nacional contra a lepra e das campanhas de controle e erradicação de doenças, como a malária, de 1958 a 1964;
4. realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1963.

Esses marcos reforçavam aspectos importantes, tais como:

1. permanência da disjunção entre saúde pública e assistência médica com ênfase da primeira nas populações rurais;
2. foco das ações sobre doenças específicas;

1\_ Para consulta sobre marcos institucionais nas políticas de saúde, consultar “100 Anos de Saúde Pública: uma visão da FUNASA”. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/livro100anos.pdf>>.

3. deslocamento do processo de discussão e decisão para arenas fora da burocracia pública, tais como o Congresso Nacional e a politização da saúde nos congressos de higiene e nas conferências nacionais.

A dinâmica política da sociedade brasileira começava, desde meados da década de 1950, a permitir a compreensão das proposições de mudanças nas políticas da saúde, promovida pelos “desenvolvimentistas”, que defendiam a ideia da saúde como questão de superestrutura, isto é, não como causa do desenvolvimento econômico e social, mas uma consequência dele.

A 3ª Conferência Nacional de Saúde (3ª CNS), realizada em dezembro de 1963, foi o último evento na experiência democrática. Os principais pontos da 3ª CNS eram a re-discussão da distribuição de responsabilidades entre os entes federativos, uma avaliação crítica da realidade sanitária do país e uma clara proposição de municipalização dos serviços de saúde, intenção revelada no temário da Conferência e explicitada nos discursos do presidente da República, João Goulart, e do ministro da Saúde, Wilson Fadul.

O Sistema Nacional de Saúde implantado no Brasil no período militar (1964-1984) caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde.

O governo militar implantou reformas institucionais que afetaram profundamente a saúde pública e a medicina previdenciária. Com a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, concentraram-se todas as contribuições previdenciárias, ao mesmo tempo em que o novo órgão passou a gerir as aposentadorias, as pensões e a assistência médica de todos os trabalhadores formais, embora excluísse dos benefícios os trabalhadores rurais e uma gama de trabalhadores urbanos informais.

A saúde pública, relegada ao segundo plano, tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia. A carência de recursos — que não chegavam a 2% do PIB — colaborava com o quadro de penúria e decadência, com graves consequências para a saúde da população. Os habitantes das regiões metropolitanas, submetidos a uma política concentradora de renda, eram vítimas das péssimas condições de vida que resultavam em altas taxas de mortalidade. Esse quadro seria ainda agravado com a repressão política, que atingiu também o campo da saúde, com cassações de direitos políticos, exílio, intimidações, inquéritos policial-militares, aposentadoria compulsória de pesquisadores, falta de financiamento e fechamento de centros de pesquisas.

Na década de 1970, a assistência médica financiada pela Previdência Social conheceu seu período de maior expansão em número de leitos disponíveis, em cobertura e em volume de recursos arrecadados, além de dispor do maior orçamento de sua história. Entretanto, os serviços médicos prestados pelas empresas privadas aos previdenciários eram pagos por Unidade de Serviço (US) e essa forma de pagamento tornou-se uma fonte incontrolável de corrupção.

A construção ou a reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados com dinheiro público, mais especificamente com recursos financeiros da Previdência Social, associada ao enfoque na medicina curativa, foi concomitante à grande expansão das faculdades particulares de medicina por todo o País. O INPS financiou a fundo perdido as empresas privadas que desejassem construir seus hospitais (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Em 1975, o modelo econômico implantado pela ditadura militar entra em crise. A população com baixos salários, contidos pela política econômica e pela repressão, passou a conviver com o desemprego e as suas graves consequências sociais, como aumento da marginalidade, das favelas e da mortalidade infantil. O modelo de saúde previdenciário começa a mostrar as suas mazelas:

1. por ter priorizado a medicina curativa, o modelo proposto foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias e os indicadores de saúde (mortalidade infantil, por exemplo);
2. aumentos constantes dos custos da medicina curativa, centrada na atenção médico-hospitalar de complexidade crescente;
3. diminuição do crescimento econômico com a respectiva repercussão na arrecadação do sistema previdenciário, reduzindo as suas receitas;
4. incapacidade do sistema em atender uma população cada vez maior de marginalizados que, sem carteira assinada e contribuição previdenciária, se via excluídos do sistema;
5. desvios de verba do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores e para realização de obras por parte do governo federal;
6. o não repasse pela União de recursos do Tesouro Nacional para o sistema previdenciário, visto ser esse tripartite (empregador, empregado e União).

#### **1.1.4 O movimento sanitário**

Com a rearticulação paulatina dos movimentos sociais, tornaram-se mais frequentes as denúncias sobre a situação caótica da saúde pública e dos serviços previdenciários de

atenção médica e amplificaram-se as reivindicações de solução imediata para os problemas criados pelo modelo de saúde existente.

Nesse contexto, sindicatos das diversas categorias profissionais da saúde — principalmente médicos, acadêmicos e cientistas — debatiam em seminários e congressos as epidemias, as endemias e a degradação da qualidade de vida do povo. Um movimento pela transformação do setor de saúde fundiu-se com outros movimentos sociais, mais ou menos vigorosos, que tinham em comum a luta pelos direitos civis e sociais percebidos como dimensões imanentes à democracia (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Os Departamentos de Medicina Preventiva (DMPs) constituíram a base institucional que produziu conhecimentos sobre a saúde da população e o modo de organizar as práticas sanitárias. A Lei da Reforma Universitária de 1968, que incorporou a medicina preventiva no currículo das faculdades, tornou obrigatórios os DMPs. No Brasil, os primeiros foram criados na década de 1950.

Esse novo campo da especialidade médica foi o locus a partir do qual começou a se organizar o movimento sanitário, que buscava conciliar a produção do conhecimento e a prática política, ao mesmo tempo em que ampliava seu campo de ação, envolvendo-se com organizações da sociedade civil nas suas demandas pela democratização do país. Foi nesse período que as ideias da medicina social penetraram nos meios acadêmicos brasileiros. Sua abordagem contrapunha-se à “concepção positivista de uma ciência universal, empírica, atemporal e isenta de valores”, uma abordagem médico-social fundada na percepção do caráter político da área da saúde (SCOREL, 1998).

Em fins da década de 1960, desenvolve-se na América Latina uma forte crítica aos efeitos negativos da medicalização. Os programas de medicina comunitária propõem a desmedicalização da sociedade, com programas alternativos de autocuidado da saúde, com atenção primária realizada por pessoal não profissional e a valorização da medicina tradicional.

A Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma-Ata (localizada no atual Cazaquistão), em 1978, foi o ponto culminante na discussão contra a elitização da prática médica, bem como contra a inacessibilidade dos serviços médicos às grandes massas populacionais. Na Conferência, reafirmou-se ser a saúde um dos direitos fundamentais do homem, sob a responsabilidade política dos governos, e reconhece-se a sua determinação intersetorial.

As novas formulações em torno da prática médica caracterizaram-se pela revisão crítica da teoria preventivista, até então hegemônica na análise dos problemas da saúde.

Delimitou-se teoricamente o campo da saúde coletiva e, nessa perspectiva, o estudo do processo saúde-doença teria como foco não mais o indivíduo ou o seu somatório, mas a coletividade (as classes sociais e suas frações) e a distribuição demográfica da saúde e da doença (ESCOREL, 1998).

Portanto, o movimento sanitário, entendido como movimento ideológico com uma prática política, constituiu-se a partir dos DMPs em um confronto teórico com o movimento preventivista liberal de matriz americana e com sua versão racionalizadora proposta pela burocracia estatal. O pensamento reformista, que iria construir uma nova agenda no campo da saúde, desenvolveu sua base conceitual a partir de um diálogo estreito com as correntes marxistas e estruturalistas em voga.

O ano de 1974 marcou o começo de uma importante inflexão política do regime militar que inicia o processo de abertura, completada pelo último presidente militar (1979-1984). Esses anos são marcados pelas críticas ao regime, que procurou resistir, ampliando, por um lado, de forma controlada, o espaço de manifestação política; por outro, utilizando-se simultaneamente de dois mecanismos voltados para responder às demandas das camadas populares: concessões econômicas restritas e uma política social ao mesmo tempo repressiva e paternalista. Destacam-se, ainda, o ressurgimento do movimento estudantil e o surgimento do movimento pela anistia e do novo sindicalismo, além do início do movimento sanitário (CORDEIRO, 2004).

Entre essas políticas, o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) foi um plano quinquenal voltado ao desenvolvimento econômico e social, o qual continuava ideologicamente orientado pela visão do “Brasil Grande Potência”. Apareciam nele, entretanto, algumas prioridades no campo social: educação, saúde e infraestrutura de serviços urbanos. O diagnóstico apresentado para a saúde pública e, até mesmo, para a assistência médica da Previdência denunciava a carência de capacidade gerencial e estrutura técnica.

Para fazer frente a esses desafios, o governo criou o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS). O regime precisava lançar mão de políticas sociais para a sua legitimação, por isso investiu, canalizou recursos e priorizou projetos nesses setores. No entanto, não tinha quadros para ocupar todos os espaços abertos e terminou por criar espaços institucionais para pessoas de pensamento contrário, senão antagônicos, ao dominante, em seu setor. Por essa brecha, lideranças do movimento sanitário entraram na alta burocracia estatal, na área da saúde e da Previdência Social (ESCOREL, 1998).

A estratégia de distensão política, iniciada pelo governo do general Geisel (1974-1979), possibilitou ao movimento sanitário apresentar propostas transformadoras no sentido de melhorar e democratizar o atendimento à saúde das populações mais carentes. A política

de saúde, adotada até então pelos governos militares, colocava ênfase em uma medicina de cunho individual e assistencialista, em detrimento de ações vigorosas no campo da saúde coletiva. Além de privilegiar uma prática médica curativa, em detrimento de medidas de ações preventivas de interesse coletivo, a política de saúde acabou por propiciar um processo incontrolável, por parte dos setores privados, que, na busca do superfaturamento, multiplicavam e desdobravam os atos médicos, optavam por internações mais caras, enfatizavam procedimentos cirúrgicos desnecessários, além de utilizar pouco pessoal técnico e equipamentos antigos, entre outros expedientes (CORDEIRO, 2004).

Atuando sob forte pressão do regime autoritário, o movimento sanitário caracterizou-se, gradualmente, como uma força política construída a partir da articulação de uma série de propostas contestatórias ao regime. Nesses primeiros anos do movimento sanitário, a ocupação dos espaços institucionais caracterizou-se pela busca do exercício e da operacionalização de diretrizes transformadoras do sistema de saúde.

Alguns desses projetos tornaram-se modelos de serviços oferecidos pelo sistema de saúde. Entre eles, o Projeto Montes Claros (MOC) cujos princípios, mais tarde, servirão para nortear a proposta do SUS. O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) propunha a “interiorização das ações de saúde” e teve como sua área de ação privilegiada a região Nordeste. Abrangendo 10 estados, tornou-se viável por haver contado, a partir de certo momento, com o apoio de secretários de Saúde dos estados e da própria Previdência Social.

O governo Figueiredo, marcado pela abertura política e pela influência do II PND, do período Geisel, pareceu, no primeiro momento, mais promissor para a área da saúde. Contudo, não concretizou a unificação dos Ministérios da Previdência e da Saúde, desejada para o aprofundamento das reformas pretendidas.

Em contrapartida, as pressões sociais e políticas do setor da saúde resultaram na criação de mecanismos de coordenação interministerial com o objetivo de se elaborar um projeto de grandes proporções para o reordenamento do setor. A primeira versão do projeto, de julho de 1980, denominada originalmente de Pró-Saúde e, mais tarde, Prev-Saúde, passou por diversas redefinições.

Na sua primeira versão, o Prev-Saúde apresentava-se, aparentemente, como um plano que, inspirado em programas de atenção primária, como os projetos Sobradinho, MOC e Piass, tinha como pressupostos básicos a hierarquização das formas de atendimento por níveis de complexidade, a integração dos serviços existentes em cada um dos níveis de complexidade, fossem de origem pública ou privada, e a regionalização do atendimento por áreas e populações definidas. Contudo, não passava de uma pro-

posta de investimento no nível primário de atenção, que não tocava significativamente na rede hospitalar privada.

Ao incorporar o ideário do movimento sanitário, construído em amplos debates oficiais, como o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde e a VII Conferência Nacional de Saúde, em 1980, bem como em debates não oficiais, o Prev-Saúde permaneceu como paradigma das reformas sanitárias desejadas, jamais atendidas pelo governo (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

A década de 1980 inicia-se com um movimento cada vez mais forte de contestação ao sistema de saúde governamental. As propostas alternativas ao modo oficial de atenção à saúde caracterizam-se pelo apelo à democratização do sistema, com participação popular, à universalização dos serviços, à defesa do caráter público do sistema de saúde e à descentralização. Ao mesmo tempo, o agravamento da crise da Previdência Social, em 1981, resultou no lançamento do chamado “pacote da previdência”, que previa o aumento das alíquotas de contribuição, a diminuição dos benefícios dos aposentados e a intervenção na área da assistência médica da Previdência Social. Foi nesse contexto que teve origem o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp).

O Conasp, criado em setembro de 1981, pelo Decreto n. 86.329 da Presidência da República, como órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social, deveria operar como organizador e racionalizador da assistência médica e procurou instituir medidas moralizadoras na área da saúde, como, por exemplo, a Portaria n. 3.046, de 20 de julho de 1982, que estabeleceu parâmetros assistenciais, visando disciplinar o atendimento médico-hospitalar dos hospitais conveniados e da rede pública e que se incorporou no Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social.

As Ações Integradas de Saúde (AIS) surgiram sob a forma de um programa dentro do Plano do Conasp e concretizaram-se por meio de convênios, assinados pela maioria dos estados brasileiros entre o MPAS/MS/MEC e as secretarias estaduais de saúde, com a incorporação progressiva dos municípios.

Apesar de todos os problemas em sua implementação, as AIS significaram avanços consistentes no fortalecimento da rede básica ambulatorial, na contratação de recursos humanos, na articulação com os serviços públicos municipais, na revisão do papel dos serviços privados e, em alguns casos, na participação da população na gestão dos serviços. Esses avanços, entretanto, não impediram retrocessos (SCOREL, 1998).

Mesmo antes do advento da chamada Nova República, o movimento sanitário realizou sua estratégia de ocupação de todos os espaços de discussão possíveis. Articulado com as

lideranças políticas do País, promoveu encontros cuja finalidade não se resumia a planejar políticas para a área de saúde, mas, sim, de influenciar na sua adoção.

Em 1985, o regime militar chega ao fim. Com o advento da Nova República, lideranças do movimento sanitário assumem efetivamente posições em postos-chave nas instituições responsáveis pela política de saúde no país. Como expressão dessa nova realidade, destaca-se a convocação, em 1986, da 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo presidente foi Sérgio Arouca, então presidente da Fundação Oswaldo Cruz. Esse evento é considerado o momento mais significativo do processo de construção de uma plataforma e de estratégias do “movimento pela democratização da saúde em toda sua história” (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde, entre 17 e 21 de março de 1986, em Brasília, que se lançaram os princípios da Reforma Sanitária. Nessa Conferência, que contou com a presença de mais de quatro mil pessoas, evidenciou-se que as modificações no setor da saúde transcendiam os marcos de uma simples reforma administrativa e financeira. Havia necessidade de uma reformulação mais profunda, com a ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional.

Questão fundamental para os participantes da Conferência foi a da natureza do novo sistema de saúde: se estatal ou não, de implantação imediata ou progressiva. Recusada a ideia da estatização, manteve-se a proposta do fortalecimento e da expansão do setor público. Seu documento final define o conceito de saúde como “resultante 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”. Esse documento serviu de base para as discussões na Assembleia Nacional Constituinte (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

Outro tema bastante debatido foi o da unificação do Inamps com o Ministério da Saúde. Para os conferencistas, a Previdência Social deveria ater-se às ações próprias do seguro social, enquanto a Saúde deveria ser entregue a um órgão federal com novas características. O setor saúde receberia recursos vindos de diferentes receitas e o seu orçamento contaria com recursos provenientes do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social Inamps.

Assim, foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde que se aprovou a criação de um Sistema Único de Saúde, que se constituísse em um novo arcabouço institucional, com a separação total da saúde em relação à Previdência.

O financiamento e a discussão da operacionalização ainda deveriam ser mais aprofundados, sendo necessária a organização de fundos únicos de saúde nos três níveis da Fede-

ração. Propôs-se a criação de um grupo executivo da Reforma Sanitária, convocado pelo Ministério da Saúde – a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CORDEIRO, 2004).

Enquanto se aprofundavam as discussões sobre o financiamento e a operacionalização para a constituição do Sistema Único de Saúde, em julho de 1987, criou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), que tinha também como princípios básicos: a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária.

De acordo com José Noronha (NORONHA; PEREIRA; VIACAVA, 2005), secretário de Medicina Social do Inamps, à época:

O Suds é o estágio evolutivo das AIS. (...) É essa a idéia do Suds (...) a transferência de recursos do Inamps para os serviços do Estado, mediante convênios. Não por prestação de serviços, mas em função de uma programação integrada. (...) A idéia é que os estados devam coordenar o processo de municipalização (...).

Pode-se dizer que o Suds foi norteado pelo princípio de que os recursos federais devem efetivamente realizar o real acesso à atenção à saúde, por parte de toda a população. Ao mesmo tempo, pretendia-se garantir, ao máximo, que os recursos destinados à saúde não se dispersassem nem fossem apropriados para outros fins.

Não foi por acaso que se implantava o Suds, ao mesmo tempo em que se instalava a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS). O Suds constituía-se em uma estratégia-ponte para “a reorientação das políticas de saúde e para a reorganização dos serviços, enquanto se desenvolvessem os trabalhos da Constituinte e da elaboração da legislação ordinária para o setor” (CORDEIRO, 2004).

Criada por Portaria Ministerial MEC/MS/MPAS n. 2/86, de 22 de agosto de 1986, a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, apesar de seu caráter fortemente institucional, foi capaz de elaborar uma proposta de conteúdo de saúde que subsidiou a Constituinte, além de um projeto para a nova lei do SUS. Embora não consensual, pois combatida pelos representantes da iniciativa privada, que a consideravam radical, e criticada pelos representantes do movimento sindical, que a consideravam insuficiente, a proposta da CNRS para a Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente da Constituinte acabou aceita pelo movimento sanitário, por estar consentânea com as recomendações da 8ª Conferência Nacional de Saúde. De qualquer forma, a área da saúde conseguiu chegar à Assembleia Nacional Constituinte com sua proposta discutida, legitimada e completa, do ponto de vista do ideário do movimento sanitário (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Como resultado das diversas propostas em relação ao setor de saúde apresentadas na Assembleia Nacional Constituinte, a Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do Sistema Único de Saúde, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população (CONASS, 2003).

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

## **1.2 O Sistema Único de Saúde (SUS)**

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social.

### **1.2.1 Responsabilidades das três esferas de governo**

A Constituição brasileira estabelece que a saúde é um dever do Estado. Aqui, deve-se entender Estado não apenas como o governo federal, mas como poder público, abrangendo a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios.

A Lei n. 8.080/90 (BRASIL, 1990) determina, em seu artigo 9º, que a direção do SUS deve ser única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida, em cada esfera de governo, pelos seguintes órgãos:

- I. no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II. no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente;
- III. no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

### **1.2.2 Arcabouço legal do SUS**

### 1.2.2.1 CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

Em 1988, concluiu-se o processo constituinte e foi promulgada a oitava Constituição do Brasil. A chamada “Constituição Cidadã” foi um marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública.

A Constituição Federal de 1988 define o conceito de saúde, incorporando novas dimensões. Para se ter saúde, é preciso ter acesso a um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação etc.

O artigo 196 cita que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Com esse artigo fica definida a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde.

O SUS faz parte das ações definidas na Constituição como sendo de “relevância pública”, sendo atribuído ao poder público a sua regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde.

Conforme a Constituição Federal de 1988, o SUS é definido pelo artigo 198 do seguinte modo:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade.

Parágrafo único – O Sistema Único de Saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

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

Ao longo do ano de 1989, procederam-se negociações para a promulgação da lei complementar que daria bases operacionais à reforma e iniciaria a construção do SUS.

### 1.2.2.2 LEI N. 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 – LEI ORGÂNICA DA SAÚDE

A Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Essa lei regula em todo o território nacional as ações e os serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado (BRASIL, 1990).

A Lei n. 8.080/90 institui o Sistema Único de Saúde, constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde em caráter complementar.

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, obedecendo ainda a princípios organizativos e doutrinários, tais como:

- » universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- » integralidade de assistência, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- » equidade;
- » descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;
- » 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;
- » participação da comunidade;
- » regionalização e hierarquização.

A Lei n. 8.080/90 trata:

- a. da organização, da direção e da gestão do SUS;
- b. da definição das competências e das atribuições das três esferas de governo;
- c. do funcionamento e da participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde;
- d. da política de recursos humanos;

e. dos recursos financeiros, da gestão financeira, do planejamento e do orçamento.

#### 1.2.2.3 LEI N. 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990

A Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, entre outras providências. Também instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo (BRASIL, 1990).

O SUS conta em cada esfera de governo com as seguintes instâncias colegiadas de participação da sociedade: (i) a Conferência de Saúde e (ii) o Conselho de Saúde.

Nos últimos 66 anos (1941-2007), foram realizadas 13 Conferências Nacionais de Saúde (CNS) em contextos políticos diversos e cujas características em termos de composição, temário e deliberações foram muito diferentes entre si.

Na Lei n. 8.142/90, ficou estabelecido que a Conferência Nacional de Saúde (CNS) fosse realizada a cada quatro anos, “com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde nos níveis correspondentes, convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde”.

Essas Conferências se realizam em um processo ascendente, desde Conferências Municipais de Saúde, passando por uma Conferência Estadual de Saúde em cada estado e culminando em uma Conferência Nacional de Saúde.

Os Conselhos de Saúde buscam participar da discussão das políticas de saúde, tendo uma atuação independente do governo, embora façam parte de sua estrutura, e onde se manifestam os interesses dos diferentes segmentos sociais, possibilitando a negociação de propostas e o direcionamento de recursos para diferentes prioridades.

Em seu parágrafo 2º, a Lei n. 8.142/90 define:

“O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua 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 de governo”.

A representação dos usuários deverá ser paritária (50%) em relação ao conjunto dos demais segmentos.

As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde têm sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovado pelo respectivo Conselho.

A Lei n. 8.142/90 trata, ainda, da alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde, do repasse de forma regular e automática para municípios, estados e Distrito Federal. Para o recebimento desses recursos, os municípios, os estados e o Distrito Federal devem contar com: i) Fundo de Saúde; ii) Conselho de Saúde; iii) Plano de Saúde; iv) Relatório de Gestão; v) Contrapartida de recursos para a Saúde no respectivo orçamento e vi) Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).

### 1.3 Resultados do SUS

O SUS consolidou-se, ao longo de duas décadas, como a maior política de Estado do País, promotor de inclusão e justiça social. Fruto de uma permanente construção coletiva, nele se manifesta o melhor da tradição política brasileira: o diálogo, a composição e a busca do acordo.

Pelo princípio da universalidade, todos os brasileiros têm direito aos serviços do SUS, e esse acesso universal, em nenhuma circunstância, pode ser restringido. O SUS deve ofertar, a todos os brasileiros, um conjunto de serviços sanitária e socialmente necessários, com base em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas e por meio de amplo movimento de discussão que envolva os gestores de saúde na Comissão Intergestores Tripartite e o Conselho Nacional de Saúde.

Os resultados obtidos pelo SUS nestes vinte anos são inquestionáveis:

- » A estratégia Saúde da Família iniciou o ano de 2010 com 30.300 equipes prestando serviços de atenção primária em saúde em mais de 5.000 municípios e cobertura de 96 milhões de habitantes (SIAB). Com esse resultado, tem havido uma redução significativa da mortalidade infantil, a ampliação do número de consultas de pré-natal, a diminuição da desnutrição e ampliação da adesão à vacinação.
- » O Brasil eliminou o sarampo, em 2007; interrompeu a transmissão do cólera, em 2005, da rubéola, em 2009, e a transmissão vetorial de Chagas, em 2006.
- » Foram reduzidas as mortes de outras 11 doenças transmissíveis, como tuberculose, hanseníase, malária e Aids.
- » O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) atende 105 milhões de brasileiros e oferece uma resposta rápida à população.

- » As políticas brasileiras de saúde também reforçam a luta contra o tabaco e nos últimos anos reduziram o percentual de fumantes no país 15%.
- » O SUS consolidou-se como o principal fornecedor de medicamentos e o mercado de genéricos está crescendo com o aumento de novos registros de medicamentos.
- » O Sistema Nacional de Transplantes é hoje respeitado pela sociedade brasileira, pelos pacientes e pela comunidade transplantadora. Graças a esse trabalho, o Brasil figura hoje no segundo lugar em número absoluto de transplantes realizados ao ano em todo o mundo. Foram realizados, em 2009, 20.200 transplantes, sendo mais de 90% pelo SUS.
- » Entre as políticas desenvolvidas pelo SUS com maior reconhecimento nacional e internacional, destaca-se o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (PN-DST/Aids), que tem como principal missão reduzir a incidência e melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids.
- » O Brasil é reconhecido internacionalmente como um país que tem um dos mais completos e bem-sucedidos programas de imunizações do mundo, constituindo-se em poderosa ferramenta de controle de doenças transmissíveis imunopreveníveis. O País consegue garantir altos índices de cobertura vacinal, atingindo de forma estável e universal todos os segmentos populacionais. Esses objetivos vêm sendo obtidos pelo trabalho intenso e contínuo das três esferas de gestão do SUS, que incorporaram entre suas prioridades o Programa Nacional de Imunizações, realizado por meio de campanhas nacionais e rotineiramente nas 30.280 salas de vacina do País.
- » É importante também destacar o enorme esforço realizado recentemente pelo SUS, que desencadeou em 2008 a maior campanha de vacinação já realizada no mundo, passo importante para a eliminação da Síndrome da Rubéola Congênita. Em cinco meses, foram imunizadas mais de 67,2 milhões de pessoas, atingindo 95,8% de cobertura.

O Brasil é reconhecido internacionalmente como uma referência no setor da saúde por causa dessas e outras iniciativas do modelo de saúde brasileiro. O setor deve ser visto ainda, como um espaço de produção, desenvolvimento, criação de empregos e de riqueza para a nação e como fator imprescindível ao desenvolvimento.





# 2

## A GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

- 2.1** Introdução
  - 2.2** Os gestores do SUS em cada esfera de governo
  - 2.3** Atribuições comuns e competências específicas de cada esfera de governo na gestão do SUS
  - 2.4** Participação da comunidade na gestão do SUS
  - 2.5** Órgãos colegiados de representação política do SUS
  - 2.6** Instâncias de pactuação: as comissões intergestores
  - 2.7** O gestor federal do SUS
- 



# 2 A GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

## 2.1 Introdução

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n. 8.080/90 (BRASIL, 1990) e n. 8.142/90 (BRASIL, 1990). A partir daí, vem sendo, socialmente, construído especialmente por meio de Normas Operacionais (ver capítulo 5) feitas em consenso pelas três esferas de governo e materializadas em Portarias Ministeriais.

Os princípios do SUS, fixados na Constituição Federal em 1988 e detalhados na Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/90 e n. 8.142/90), foram o resultado de um longo processo histórico e social, que buscava interferir nas condições de saúde e na assistência prestada à população brasileira.

## 2.2 Os gestores do SUS em cada esfera de governo

O Sistema Único de Saúde vem passando, desde a sua instituição pela Lei Orgânica da Saúde em 1990, por importantes mudanças, principalmente em razão do processo de descentralização das responsabilidades, das atribuições e dos recursos para estados e municípios.

A nova concepção do sistema de saúde, descentralizado e administrado democraticamente com a participação da sociedade organizada, prevê mudanças significativas nas relações de poder político e na distribuição de responsabilidades entre o Estado e a sociedade e entre as distintas esferas de governo – nacional, estadual e municipal –, cabendo aos gestores setoriais papel fundamental na concretização dos princípios e das diretrizes da reforma sanitária brasileira.

O processo de descentralização em saúde no Brasil envolve não apenas a transferência de serviços, mas também de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e a municipal (LECOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Para efeito de entendimento das funções no Sistema Único de Saúde, adotam-se os conceitos propostos por Scotti e Oliveira (1995) e adotados pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB 01/1996), abaixo:

**“Gestão” como a atividade e a responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.**

**“Gerência” como a administração de unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.) que se caracteriza como prestador de serviço do SUS.**

Essa distinção tornou-se necessária em razão de o processo de descentralização do SUS tratar a ação de comandar o sistema de saúde de forma distinta daquela de administrar ou gerir uma unidade de saúde. Isso se deu, em primeiro lugar, em razão do consenso de que a função de gestão é exclusivamente pública e que, portanto, não pode ser transferida nem delegada. Assim, a gestão pública é executada pelos respectivos gestores do SUS, que são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na área da saúde. A administração ou a gerência, por sua vez, pode ser pública ou privada (CONASS–SUS 20 anos).

Essa terminologia foi oficializada no Pacto pela Saúde com a publicação da definição desses termos no Anexo IX da Portaria/GM 699 de 30/03/06, que regulamenta as diretrizes dos Pactos pela Vida e de Gestão.

Para que se possa discutir o papel de cada esfera de governo no SUS, é importante definir quem são os gestores do Sistema Único de Saúde e o que são as funções gestoras no SUS.

Os gestores do SUS são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na saúde: no âmbito nacional, o Ministro da Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado da Saúde, e no municipal, o Secretário Municipal de Saúde.

A atuação do gestor do SUS efetiva-se por meio do exercício das funções gestoras na saúde. As funções gestoras podem ser definidas como “um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão, necessários para a implementação de políticas na área da saúde” (SOUZA, 2002).

Pode-se identificar quatro grandes grupos de funções – macrofunções gestoras na saúde. Cada uma dessas compreende uma série de subfunções e de atribuições dos gestores (SOUZA, 2002):

- a. formulação de políticas/planejamento;
- b. financiamento;

- c. coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema/redes e dos prestadores públicos ou privados);
- d. prestação direta de serviços de saúde.

Na macrofunção de formulação de políticas/planejamento, estão incluídas as atividades de diagnóstico da necessidade de saúde, a identificação das prioridades e a programação de ações (SOUZA, 2002).

Definir o papel e as atribuições dos gestores do SUS nas três esferas de governo significa identificar as especificidades da atuação no que diz respeito a cada uma dessas macrofunções gestoras, de forma coerente com a finalidade de atuação do Estado em cada esfera governamental, com os princípios e os objetivos estratégicos da política de saúde, e para cada campo da atenção na saúde (promoção da saúde, articulação intersetorial, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, assistência à saúde, entre outros) (LECOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Esse processo tem sido orientado pela Legislação do SUS e pelas Normas Operacionais que, ao longo do tempo, têm definido as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios possam assumir suas funções no processo de implantação do SUS.

A Constituição Federal de 1988 estabelece os princípios, as diretrizes e as competências do Sistema Único de Saúde, mas não define especificamente o papel de cada esfera de governo no SUS. Um maior detalhamento da competência e das atribuições da direção do SUS em cada esfera – nacional, estadual e municipal – é feito pela Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/90) (BRASIL, 1990).

### **2.3 Atribuições comuns e competências específicas de cada esfera de governo na gestão do SUS**

A Lei Orgânica da Saúde estabelece em seu artigo 15 as atribuições comuns das três esferas de governo, de forma bastante genérica e abrangendo vários campos de atuação (BRASIL, 1990).

São definidas como atribuições comuns da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, em seu âmbito administrativo:

- » definir as instâncias e os mecanismos de controle, de avaliação e de fiscalização das ações e dos serviços de saúde;
- » administrar os recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

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

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

Uma análise geral da Lei n. 8.080/90 permite destacar os seguintes pontos em relação à competência de cada gestor do SUS:

### **2.3.1 Competências da União**

À direção nacional do Sistema Único de Saúde compete:

- » formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
- » participar na formulação e na implementação das políticas de controle das agressões ao meio ambiente, de saneamento básico e relativas às condições e aos ambientes de trabalho;
- » definir e coordenar os sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade, de rede de laboratórios de saúde pública, de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária;
- » participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgãos afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;
- » participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;
- » coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;
- » estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios;
- » estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;
- » promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

- » formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;
- » identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;
- » controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- » prestar cooperação técnica e financeira aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;
- » elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;
- » promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os municípios dos serviços e das ações de saúde, respectivamente de abrangência estadual e municipal;
- » normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- » acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;
- » elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com estados, municípios e Distrito Federal;
- » estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o território nacional, em cooperação técnica com estados, municípios e Distrito Federal.

### **2.3.2 Competências do Estado**

À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

- » promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde;
- » acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);
- » prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
- » coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de: vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição e saúde do trabalhador;

- » participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;
- » participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;
- » participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
- » formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde, em caráter suplementar;
- » identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;
- » coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
- » estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e a avaliação das ações e dos serviços de saúde;
- » formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
- » colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- » acompanhar a avaliação e a divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da UF.

### **2.3.3 Competências do Município**

À direção municipal do Sistema Único de Saúde compete:

- » planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
- » participar do planejamento, da programação e da organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde, em articulação com sua direção estadual;
- » participar da execução, do controle e da avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- » executar serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição, saneamento básico e saúde do trabalhador;

- » dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
- » colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes para controlá-las;
- » formar consórcios administrativos intermunicipais;
- » gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- » colaborar com a União e com os estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- » celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
- » controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
- » normatizar complementarmente as ações e os serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

A implementação da gestão descentralizada das ações e dos serviços de saúde no SUS, de 1993 a 2006, realizou-se por meio de normas operacionais editadas pelo Ministério da Saúde, após amplo processo de pactuação entre os gestores da saúde das três esferas de governo e o exame e a aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde.

Em termos normativos, destacam-se as Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS). As normas operacionais, editadas em portarias do Ministério da Saúde e publicadas no Diário Oficial da União, constituíram-se no instrumento normativo para a operacionalização da diretriz de descentralização das ações e dos serviços, para a organização da gestão descentralizada do SUS, para a reorganização do modelo de atenção à saúde no país e, por fim, para a orientação do processo de regionalização da assistência à saúde. Correspondem à síntese das negociações e dos pactos firmados entre os gestores dos três níveis de direção do SUS – nacional, estadual e municipal – na Comissão Intergestores Tripartite, discutidas e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

As Normas Operacionais do Sistema Único de Saúde serão tratadas no capítulo 3 deste livro.

## **2.4 Participação da comunidade na gestão do SUS**

A Lei n. 8.142/90 (BRASIL, 1990) instituiu duas “instâncias colegiadas” para a participação da comunidade na gestão do SUS em cada esfera de governo:

- » Conferência de Saúde;
- » Conselho de Saúde.

Dessas instâncias, participam os seguintes segmentos da sociedade: usuários dos serviços de saúde, prestadores de serviços, profissionais de saúde e representantes do governo.

A participação da sociedade na gestão do SUS será objeto do capítulo 6 deste livro.

## **2.5 Órgãos colegiados de representação política dos gestores do SUS**

As entidades de representação dos gestores têm tido papel importante nos fóruns de negociação e deliberação do SUS.

### **2.5.1 Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)**

O Conasems foi constituído no ano de 1988 como ente de mobilização e representação dos Secretários Municipais de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O Conasems tem como eixo de ação “o fortalecimento e a autonomia da gestão municipal, promovendo e incentivando o desenvolvimento de políticas públicas que valorizem as experiências de saúde, com caráter intersetorial, que promova equidade e participação social”.

O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) define-se como entidade não governamental, sem fins lucrativos, criada com o objetivo de representar as secretarias municipais de saúde.

A Lei n. 8.142 de 1990 (BRASIL, 1990), ao tratar da participação social no SUS, define o Conasems como representante dos municípios no Conselho Nacional de Saúde (CNS), órgão deliberativo do SUS que é, também, membro da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que reúne a representação dos três entes federados: o Ministério da Saúde (MS), o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e o Conasems<sup>2</sup>.

O Conasems define que são suas competências:

- » promover e consolidar um novo modelo de gestão pública de saúde alicerçado nos conceitos de descentralização e municipalização;
- » propor fórmulas de gestão democrática para a saúde;

<sup>2</sup> Para informações sobre estrutura e funcionamento do Conasems, consultar o link <<http://www.conasems.org.br>>.

- » auxiliar municípios na formulação de estratégias voltadas ao aperfeiçoamento dos seus sistemas de saúde, primando pelo intercâmbio de informações e pela cooperação técnica.

Em cada estado, os Secretários Municipais de Saúde se organizam em Cosems (Conselho de Secretários Municipais de Saúde), sendo que em alguns estados a entidade recebe outras denominações. Os representantes do Cosems e os representantes das secretarias estaduais de saúde compõem a Comissão Intergestores Bipartite em cada estado.

Nos estados maiores, foram organizados os Conselhos Regionais de Secretários Municipais de Saúde (Cresems).

Em âmbito nacional, os Cosems se reúnem no Conares que é o Conselho de Representantes Estaduais.

### **2.5.2 Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)**

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) foi fundado em 3 de fevereiro de 1982 com o objetivo de tornar o conjunto das Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal mais participante do esforço de reconstrução do setor de saúde, como parte de uma ampla pauta social, naquele momento de redemocratização do país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O CONASS é uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, que se pauta pelos princípios que regem o direito público e que congrega os Secretários da Saúde, dos estados e do Distrito Federal.

O CONASS constitui um organismo da direção do Sistema Único de Saúde (SUS) com mandato de representar politicamente os interesses comuns das Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal, perante as demais esferas de governo e outros parceiros, em torno de estratégias comuns de ação entre os gestores estaduais de saúde. Entre as representações de que participa, estão a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Quanto à finalidade, à competência e às linhas de ação, o CONASS atua como órgão permanente de intercâmbio de experiências e informações de seus membros, voltado para a implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais e da legislação complementar em saúde e para o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde. Sua missão é promover o pleno exercício das responsabilidades das Secretarias de Saúde dos

estados na política de saúde, junto aos órgãos setoriais federais e municipais, aos Poderes Legislativo e Judiciário, além de outras entidades da sociedade civil<sup>3</sup>.

O capítulo 8 deste livro traz mais detalhes sobre a organização e as atividades desenvolvidas pelo CONASS.

## 2.6 Instâncias de pactuação – as Comissões Intergestores

São espaços intergovernamentais, políticos e técnicos em que ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de saúde pública. As decisões dão-se por consenso (e não por votação), estimulando o debate e a negociação entre as partes.

São instâncias que integram a estrutura decisória do SUS. Constituem uma estratégia de coordenação e negociação do processo de elaboração da política de saúde nas três esferas de governo, articulando-as entre si.

A Portaria GM/MS n. 545, de 20 de maio de 1993, estabeleceu normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e dos serviços de saúde, aprovando a Norma Operacional Básica – SUS 01/93 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993).

O capítulo dessa norma que trata do “Gerenciamento do processo de descentralização” estabelece que o gerenciamento do processo de descentralização no SUS tem como eixo a prática do planejamento integrado em cada esfera de governo e como fóruns de negociação e deliberação as Comissões Intergestores e os Conselhos de Saúde, respectivamente.

Desde que foram instituídas, no início dos anos 1990, como foros privilegiados para negociação e decisão dos aspectos operacionais relativos à descentralização das ações e dos serviços de saúde no âmbito da gestão do Sistema Único de Saúde, as Comissões Intergestores — Tripartite, na direção nacional, e Bipartite, na direção estadual — vêm constituindo-se em importantes arenas políticas de representação federativa nos processos de formulação e implementação das políticas de saúde.

Com a instituição do Pacto pela Saúde em 2006 não só as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite foram reconhecidas como fóruns importantes de articulação entre os gestores para pactuação sobre a organização, direção e gestão da saúde como foi criado o Colegiado de Gestão Regional (CGR) que se constitui em um espaço de decisão que vai identificar, definir prioridades e pactuar soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva.

<sup>3</sup> Para informações sobre estrutura e funcionamento do CONASS, consultar o link <<http://www.conass.org.br>>.

O Colegiado de Gestão Regional é uma inovação do Pacto pela Saúde, pois efetiva a articulação permanente e contínua entre todos os municípios e o estado, na região de saúde na qual está inserido. A partir da implantação do Pacto, todos os gestores dos municípios têm assento e voz no CGR e, por meio da pactuação, procuram garantir que demandas dos diferentes interesses regionais possam ser organizadas e expressadas naquele território (Série Pactos pela Saúde 2006 – volume 10).

Todas as iniciativas intergovernamentais de planejamento integrado e programação pactuada na gestão descentralizada do SUS estão apoiadas no funcionamento dessas Comissões.

As Comissões Intergestores têm desempenhado papel relevante na formulação e na implementação da política de saúde e têm contribuído na complexa tarefa de desenvolver as diretrizes do SUS no sistema federativo brasileiro (SEMINÁRIO INTERNACIONAL TENDÊNCIAS E DESAFIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NAS AMÉRICAS, 2002).

A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é constituída paritariamente por representantes da secretaria estadual de saúde e das secretarias municipais de saúde, indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems), ou similar, incluindo obrigatoriamente o Secretário de Saúde da Capital (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993).

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é composta por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

Na CIT, são definidas diretrizes, estratégias, programas, projetos e alocação de recursos do SUS. Tem composição paritária formada por 18 membros, sendo seis indicados pelo Ministério da Saúde (MS), seis pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e seis pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). A representação de estados e municípios nessa Comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões do país.

Está em curso no Congresso Nacional o Projeto de Lei n. 5.203, de 2009, que reconhece a legitimidade dos foros de negociação e pactuação entre gestores, compostos pelas Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde.

Esse projeto de lei menciona ainda que a atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo:

I. decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde;

II. definir diretrizes, de âmbito nacional, regional, intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;

III. fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos.

Por meio desse Projeto de Lei, o CONASS e o Conasems são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais nos foros de negociação e pactuação do SUS e declarados de utilidade pública e de relevante função social, e os COSEMS são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuser seus estatutos.

## **2.7 O gestor federal do SUS – Ministério da Saúde**

A Constituição Federal de 1988 determinou a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), estruturado de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada, de acesso universal.

A Lei n. 8.080/90, que institui o Sistema Único de Saúde com direção única em cada esfera de governo, define o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União, no art. 9º do seu Capítulo III – Da Organização, da Direção e da Gestão (BRASIL, 1990).

O Ministério da Saúde foi criado em 1953 e regulamentado pelo Decreto n. 4.596, de 16 de novembro de 1953 (BRASIL, 1953).

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS), com o apoio de estados e municípios, desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias. Todas essas ações eram desenvolvidas com caráter universal, ou seja, sem nenhum tipo de discriminação em relação à população beneficiária (SOUZA, 2002).

Na área de assistência à saúde, o MS atuava apenas por meio de alguns poucos hospitais especializados, nas áreas de psiquiatria e tuberculose, além da ação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), em algumas regiões específicas, com destaque para o interior das regiões Norte e Nordeste.

O modelo hegemônico de saúde, desenvolvido nas décadas anteriores e consolidado nos anos 1960 e 1970, caracterizou-se por uma grande centralização de recursos e de

decisão no âmbito federal (central), com uma divisão diferenciada de responsabilidades entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) — cujas ações eram desenvolvidas pelo Inamps —, sendo que o MS cuidava das ações preventivas e coletivas de saúde e o MPAS das ações de assistência médica individual, tratamento e reabilitação, todas elas planejadas, controladas e avaliadas pela esfera federal (ALMEIDA E CALDAS, 1996).

A assistência à saúde desenvolvida pelo Inamps beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada”, e seus dependentes, ou seja, não tinha o caráter universal que passa a ser um dos princípios fundamentais do SUS.

Um passo importante para a implantação do Sistema Único de Saúde foi a publicação do Decreto n. 99.060, de 7 de março de 1990, que transferiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde, antes mesmo da Lei n. 8.080/90.

A nova responsabilidade constitucional do Ministério da Saúde exigiu reformulações organizacionais para implementar o processo de descentralização dessa área.

Entre os elementos que dificultavam o processo de implantação do SUS, embora não fosse o mais importante, destacava-se a inconveniente estrutura organizacional do Ministério da Saúde, que mantinha uma lógica de um antigo Ministério, pré-SUS, que absorveu o Inamps (SOUZA, 2002).

Assim, ao longo dos anos, diversas reorganizações foram realizadas na busca de um Ministério da Saúde compatível com o papel necessário a ser desempenhado pelo gestor federal, no presente estágio de implantação do SUS.

Recentemente, o Decreto Presidencial n. 7.336, de 19 de outubro de 2010, promoveu mudanças na estrutura regimental do Ministério da Saúde.

Esse ato presidencial define a natureza e a competência da instituição, a sua estrutura organizacional, a competência de cada um dos seus órgãos – os de assistência direta e imediata ao Ministro; os específicos singulares; bem como os colegiados – e as atribuições dos seus dirigentes.

### **2.7.1 Estrutura Regimental do Ministério da Saúde**

A estrutura central do Ministério da Saúde é composta atualmente por cinco órgãos específicos singulares, que são as secretarias, responsáveis por elaborar, propor e implementar as políticas de saúde, sendo, assim, as executoras das atividades finalísticas do órgão. Outras unidades que compõem o Ministério são a secretaria executiva, o gabinete

do ministro e a consultoria jurídica, responsáveis por atividades de assessoria e assistência direta às ações do ministro.

São órgãos colegiados do Ministério da Saúde: o Conselho Nacional de Saúde e o Conselho de Saúde Suplementar.

Estão vinculadas ao Ministério da Saúde oito entidades:

- » autarquias: Agência Nacional de Vigilância Sanitária e Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- » fundações públicas: Fundação Nacional de Saúde e Fundação Oswaldo Cruz;
- » sociedades de economia mista: Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A., Hospital Fêmina S.A. e Hospital Cristo Redentor S.A.;
- » empresa pública: Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia.

Em agosto de 2010, foi publicada a Lei nº 12.314, que altera a Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, criando mais uma secretaria na estrutura do Ministério da Saúde. Em outubro de 2010 foi publicado o Decreto 7.336 que aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, onde estão incluídas as atribuições da nova secretaria.

#### *CAPÍTULO I - DA NATUREZA E COMPETÊNCIA*

Art. 1º O Ministério da Saúde, órgão da administração direta, tem como área de competência os seguintes assuntos:

- I. política nacional de saúde;
- II. coordenação e fiscalização do Sistema Único de Saúde;
- III. saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e a dos índios;
- IV. informações de saúde;
- V. insumos críticos para a saúde;
- VI. ação preventiva em geral, vigilância e controle sanitário de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos;
- VII. vigilância de saúde, especialmente quanto às drogas, medicamentos e alimentos; e
- VIII. pesquisa científica e tecnológica na área de saúde.

## *CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL*

Art. 2o O Ministério da Saúde tem a seguinte estrutura organizacional:

I. órgãos de assistência direta e imediata ao Ministro de Estado da Saúde:

- a. Gabinete;
- b. Secretaria-Executiva:
  - b.1 Subsecretaria de Assuntos Administrativos;
  - b.2 Subsecretaria de Planejamento e Orçamento;
  - b.3 Departamento de Informática do SUS - DATASUS;
  - b.4 Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde;
  - b.5 Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada;
  - b.6 Departamento de Logística em Saúde;
  - b.7 Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento; e
  - b.8 Núcleos Estaduais;
- c. Consultoria Jurídica;

II. órgãos específicos singulares:

- a. Secretaria de Atenção à Saúde:
  - a.1 Departamento de Atenção Básica;
  - a.2 Departamento de Atenção Especializada;
  - a.3 Departamento de Ações Programáticas Estratégicas;
  - a.4 Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas;
  - a.5 Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro;
  - a.6 Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde;
  - a.7 Instituto Nacional de Câncer;
  - a.8 Instituto Nacional de Cardiologia; e
  - a.9 Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia;
- b. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde:

- b.1 Departamento de Gestão da Educação na Saúde; e
  - b.2 Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde;
  - c. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos:
    - c.1 Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos;
    - c.2 Departamento de Ciência e Tecnologia; e
    - c.3 Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde;
  - d. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa:
    - d.1 Departamento de Apoio à Gestão Participativa;
    - d.2 Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS;
    - d.3 Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS; e
    - d.4 Departamento Nacional de Auditoria do SUS;
  - e. Secretaria de Vigilância em Saúde:
    - e.1 Departamento de Vigilância Epidemiológica;
    - e.2 Departamento de Análise de Situação de Saúde;
    - e.3 Departamento de Apoio à Gestão da Vigilância em Saúde;
    - e.4 Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e Hepatites Virais; e
    - e.5 Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador;
  - f. Secretaria Especial de Saúde Indígena:
    - f.1 Departamento de Gestão da Saúde Indígena;
    - f.2 Departamento de Atenção à Saúde Indígena; e
    - f.3 Distritos Sanitários Especiais Indígenas;
- III. órgãos colegiados:
- a. Conselho Nacional de Saúde; e
  - b. Conselho de Saúde Suplementar;
- IV. entidades vinculadas:
- a. autarquias:

- a.1 Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- a.2 Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- b. fundações públicas:
  - b.1 Fundação Nacional de Saúde;
  - b.2 Fundação Oswaldo Cruz;
- c. sociedades de economia mista:
  - c.1 Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.;
  - c.2 Hospital Fêmina S.A.; e
  - c.3 Hospital Cristo Redentor S.A.;
- d. empresa pública: Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia.

O decreto presidencial ainda define as competências dos órgãos do Ministério da Saúde, as atribuições dos dirigentes e dá outras providências.

Desde 1991, o Ministério da Saúde mantém um Contrato de Gestão com a Associação das Pioneiras Sociais (APS) – entidade de serviço social autônomo, de direito privado e sem fins lucrativos – que é a instituição gestora da Rede Sarah de Hospitais do Aparelho Locomotor.

A Associação, criada pela Lei n. 8.246, de 22 de outubro de 1991, tem como objetivo retornar o imposto pago por qualquer cidadão, prestando-lhe assistência médica qualificada e gratuita, formando e qualificando profissionais de saúde, desenvolvendo pesquisa científica e gerando tecnologia (BRASIL, 1991).

Esse Contrato de Gestão mantido com o governo federal explicita os objetivos, as metas e os prazos a serem cumpridos. Os princípios administrativos para alcançar esses propósitos estão regulamentados em manuais internos.

O controle é feito pelo Tribunal de Contas da União, com ênfase na avaliação dos resultados finais dos investimentos garantidos por recursos públicos. A qualidade dos serviços é aferida pelo Centro Nacional de Controle de Qualidade, com padrões universais nas áreas ambulatorial e hospitalar.

Os recursos financeiros que mantêm todas as unidades da Rede Sarah provêm exclusivamente do Orçamento da União, em rubrica específica para manutenção do Contrato de Gestão.





# 3

## O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SUS

- 3.1 As Normas Operacionais do SUS**
- 3.2 O Pacto pela Saúde**
- 3.3 Avaliações do Pacto pela Saúde**





# 3

## O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SUS

### 3.1 As Normas Operacionais do SUS

A partir das definições legais estabelecidas pela Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde, iniciou-se o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma pactuada entre o Ministério da Saúde, CONASS e Conasems.

Esse processo foi orientado pelas Normas Operacionais do SUS, instituídas por meio de portarias ministeriais. Tais normas definiram as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios pudessem assumir as novas atribuições no processo de implantação do SUS.

As Normas Operacionais definiram critérios para que estados e municípios se habilitassem a receber repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde para seus respectivos fundos de saúde. A habilitação às condições de gestão definidas nas Normas Operacionais foi condicionada ao cumprimento de uma série de requisitos e ao compromisso de assumir um conjunto de responsabilidades referentes à gestão do sistema de saúde.

Desde o início do processo de implantação do SUS, foram publicadas as seguintes Normas Operacionais Básicas: NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/92, NOB-SUS 01/93 e NOB-SUS 01/96.

Em 2001, foi publicada a primeira Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS-SUS 01/01), que foi revista e publicada em 2002, como Norma Operacional da Assistência à Saúde 2002 (NOAS-SUS 01/02).

As Normas Operacionais Básicas foram instrumentos utilizados para a definição de estratégias e movimentos tático-operacionais que reorientavam a operacionalidade do Sistema Único de Saúde, a partir da avaliação periódica de sua implantação e desempenho.

Embora o instrumento que formalizava as normas fosse uma portaria do Ministério da Saúde, o seu conteúdo era negociado entre o Ministério da Saúde e representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e eram pactuadas na CIT.

Entre os objetivos das Normas Operacionais pode-se destacar:

- » induzir e estimular mudanças no SUS;
- » aprofundar e reorientar a implementação do SUS;
- » definir objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimentos tático-operacionais;
- » regular as relações entre seus gestores;
- » normatizar o SUS.

### **3.1.1 A Norma Operacional Básica do SUS de 1991**

A Norma Operacional Básica do SUS 01/91 (NOB-SUS 01/91) foi editada pela Resolução do Inamps n. 258, de 7 de janeiro de 1991, e reeditada com alterações pela Resolução do Inamps n. 273, de 17 de julho de 1991.

Os principais pontos da NOB-SUS 01/91 foram:

- » equiparou prestadores públicos e privados, no que se refere à modalidade de financiamento, que passou a ser, em ambos os casos, por pagamento pela produção de serviços;
- » centralizou a gestão do SUS em nível federal (Inamps);
- » estabeleceu o instrumento convenial como a forma de transferência de recursos do Inamps para os estados, Distrito Federal e municípios;
- » considerou como “municipalizados” dentro do SUS os municípios que atendessem os seguintes requisitos básicos:
  - e. *criação dos Conselhos Municipais de Saúde;*
  - f. *criação do Fundo Municipal de Saúde;*
  - g. *Plano Municipal de Saúde aprovado pelos respectivos Conselhos;*
  - h. *Programação e Orçamento da Saúde (PROS) como detalhamento do Plano de Saúde;*
  - i. *contrapartida de recursos para a saúde do seu orçamento;*
  - j. *constituição de Comissão de Elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) com o prazo de dois anos para a sua implantação;*
- » instituiu a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), destinada a reajustar os valores a serem repassados aos estados, Distrito Federal e municípios. A cobertura

ambulatorial anual era obtida da multiplicação do valor da UCA pela população de cada unidade da federação;

- » modificou o sistema de pagamento aos prestadores de serviços (entidades filantrópicas, hospitais universitários, entidades contratadas e conveniadas) com a implantação do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

### **3.1.2 A Norma Operacional Básica do SUS de 1992**

A NOB 01/92, aprovada por meio da Portaria n. 234, de 7 de fevereiro de 1992, do Secretário Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde e Presidente do Inamps, nos seus “considerandos”, refere-se ao consenso obtido entre CONASS, Conasems e Inamps em relação aos seus termos.

A NOB 01/92 tinha como objetivos: normatizar a assistência à saúde no SUS, estimular a implantação, o desenvolvimento e o funcionamento do sistema e dar forma concreta e instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da saúde.

Os principais pontos da NOB 01/92 foram: i) planejamento; ii) financiamento da assistência à saúde no SUS; iii) estímulo à “municipalização” do SUS e às ações de saúde coletiva; iv) investimentos na Rede; v) sistemas de informação; vi) controle e avaliação; vii) processo de municipalização para repasse de recursos e viii) produtividade e qualidade.

A referida NOB instituiu o Índice de Valorização de Qualidade (IVQ) a ser concedido e repassado aos hospitais integrantes da rede do SUS (públicos, contratados e conveniados).

Criou, ainda, o Fator de Estímulo à Gestão Estadual (Fege), que se destinava a definir e reajustar os valores a serem repassados mensalmente, de forma regular e automática, aos estados habilitados para a reposição e modernização dos equipamentos da rede pública estadual e municipal.

Por meio dessa Norma, foi criado o Pró-Saúde, caracterizado como um programa que tinha como principal objetivo a reorganização dos serviços de saúde com a participação das três esferas de governo.

A NOB 01/92 mantém o Inamps como órgão responsável pelo repasse de recursos financeiros aos municípios e estados, dando continuidade, em linhas gerais, ao que estava previsto na NOB 01/91, isto é, continuou utilizando o instrumento convencional como forma de transferência dos recursos aos estados e municípios, apesar de mencionar a possibilidade de transferência regular e automática, que não se efetivou.

### 3.1.3 A Norma Operacional Básica do SUS de 1993

A Norma Operacional Básica do SUS 01/93 (NOB-SUS 01/93) foi editada pela Portaria GM/MS n. 545, de 20 de maio de 1993. Formalizou os princípios aprovados na 9ª Conferência Nacional de Saúde – realizada em 1992 com o tema central “a municipalização é o caminho” – e desencadeou um amplo processo de municipalização da gestão com habilitação dos municípios nas condições de gestão criadas (incipiente, parcial e semiplena).

As principais contribuições da Norma Operacional Básica do SUS 01/93 foram:

- » criou a transferência regular e automática – fundo a fundo – do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena;
- » descentralizou a gestão das ações e serviços de saúde para os municípios, possibilitando a habilitação para o recebimento de recursos fundo a fundo;
- » definiu o papel dos estados de forma frágil, mas esses, ainda assim, passaram a assumir o papel de gestores do sistema estadual de saúde;
- » criou as Comissões Intergestores Bipartite (de âmbito estadual) e referendou a Comissão Técnica criada em 1991, denominando-a de Comissão Intergestores Tripartite (nacional), como importante espaço de negociação, pactuação, articulação, integração entre gestores (União, estados e municípios).

Com a aprovação da NOB-SUS 01/93, iniciou-se na CIT a discussão sobre os instrumentos que seriam necessários para tornar viáveis os procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão. A descentralização da assistência à saúde desenvolvida a partir de então avançou na direção do cumprimento integral da legislação sanitária, ao formalizar uma nova sistemática de relacionamento entre União, estados e municípios, tanto no que diz respeito aos aspectos gerenciais do sistema quanto aos mecanismos de financiamento das ações e serviços de saúde.

A principal inovação em relação à política vigente no período 90/92, no que se refere ao financiamento da assistência médica ambulatorial e hospitalar, constituiu-se na habilitação imediata de municípios na condição de gestão semiplena, rompendo a relação financeira do governo federal com estados e municípios caracterizada pelo pagamento de serviços prestados, substituindo-a pelo repasse fundo a fundo de recursos.

A implantação da gestão semiplena, porém, ficou condicionada a dois fatores: a regulamentação da forma de transferência de recursos aos fundos de saúde e as disponibilidades financeiras do Ministério da Saúde.

Com a publicação do Decreto n. 1.232/94, em 30 de agosto, que estabeleceu a forma, regular e automática, de transferência de recursos financeiros para estados e municípios, tornou-se viável a efetivação da gestão semiplena.

Era necessária, entretanto, a definição dos tetos financeiros para as atividades ambulatoriais e hospitalares para que se viabilizasse a transferência do montante global de recursos de custeio para os estados e municípios, criando-se uma nova relação financeira não apenas com os municípios em semiplena, mas com todo o sistema. Em setembro de 1994, a Comissão Intergestores Tripartite aprovou a utilização do critério de série histórica de gastos para a definição dos tetos financeiros para os estados. Na ocasião, estavam habilitados 46 municípios em gestão semiplena e, em novembro de 1994, 24 municípios começaram a receber os recursos fundo a fundo.

### **3.1.4 A Norma Operacional Básica do SUS de 1996**

O êxito das mudanças promovidas pela NOB-SUS 01/93 desencadeou uma ampla discussão no setor saúde e levou à construção de uma nova Norma Operacional Básica que representasse um salto de qualidade na oferta dos serviços e ações desenvolvidas pelo SUS em todo o país.

A NOB-SUS 01/96 promoveu um avanço no processo de descentralização, criando novas condições de gestão para os municípios e estados, caracterizando as responsabilidades sanitárias do município pela saúde de seus cidadãos e redefinindo competências de estados e municípios.

Os objetivos gerais da Norma Operacional Básica 01/96 foram:

- » promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde de seus habitantes com a respectiva redefinição das responsabilidades dos estados, Distrito Federal e União;
- » caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor, diretamente ou garantindo a referência, explicitando um novo pacto federativo para a saúde;
- » reorganizar o modelo assistencial, descentralizando aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica de saúde;
- » aumentar a participação percentual da transferência regular e automática (fundo a fundo) dos recursos federais a estados e municípios, reduzindo a transferência por remuneração de serviços produzidos;
- » fortalecer a gestão do SUS, compartilhada e pactuada entre os governos municipais, estaduais e federal, por meio das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite como espaços permanentes de negociação e pactuação entre gestores.

Entre as principais características observadas na NOB-SUS 01/96 destacam-se:

- » transferência, aos municípios habilitados como Plena da Atenção Básica, dos recursos financeiros com base *per capita* relativos a essa responsabilidade, criando o Piso Assistencial Básico (PAB) repassado fundo a fundo de forma regular e automática, e com base em valor nacional *per capita* para a população coberta;
- » reorganização da gestão dos procedimentos de média complexidade ambulatorial (Fração Ambulatorial Especializada – FAE);
- » reorganização da gestão dos procedimentos de alta complexidade ambulatorial com a criação da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (Apac);
- » incorporação das ações de vigilância sanitária, criando o incentivo para as ações básicas de Vigilância Sanitária;
- » incorporação das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças;
- » promoção da reorganização do modelo de atenção, adotando-se como estratégia principal a ampliação de cobertura do Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, com a criação de incentivo financeiro;
- » aprimoramento do planejamento e definição de orientações para a elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI);
- » definição das responsabilidades, prerrogativas e requisitos das Condições de Gestão Plena da Atenção Básica e Plena de Sistema Municipal de Saúde, para os municípios, e Avançada do Sistema Estadual e Plena de Sistema Estadual, para os estados.

A NOB-SUS 01/96 foi editada em 5 de novembro de 1996, por meio da Portaria GM/MS n. 2.203. Vários aspectos deveriam ser imediatamente regulamentados para viabilizar sua implantação, como, por exemplo, os requisitos e instrumentos para habilitação, implantação de nova tabela do SIA/SUS, o valor do PAB, o Fator de Ajuste, a PPI, o Cartão SUS, a Vigilância Sanitária, as Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças e a data do início de repasse automático fundo a fundo do PAB.

Entretanto, em dezembro de 1996, houve a substituição do ministro Adib Jatene pelo ministro Carlos Albuquerque, gerando uma reorientação na condução do Ministério da Saúde e uma rediscussão sobre alguns conceitos contidos na versão original da NOB-SUS 01/96, principalmente em relação ao PAB e ao financiamento necessário para a sua implementação.

A Instrução Normativa 01/97 do Ministério da Saúde, editada em 15 de maio de 1997, regulamentou o processo, fluxos, requisitos e instrumentos de comprovação para estados e municípios habilitarem-se às novas condições de gestão da NOB-SUS 01/96.

Reuniões entre o Ministério da Saúde, CONASS e Conasems para discutir o financiamento do SUS e a implantação da NOB-SUS 01/96 consumiram quase todo o ano de 1997. Em dezembro de 1997 e janeiro de 1998, o Ministério da Saúde publicou um conjunto de portarias regulamentando a implantação da NOB-SUS 01/96.

As principais alterações introduzidas na NOB-SUS 01/96 foram:

- » o conceito original do PAB foi modificado. Deixou de ser Piso Assistencial Básico e passou a ser chamado de Piso da Atenção Básica, ampliando sua abrangência;
- » a Portaria/GM n. 1.882/97 definiu uma parte fixa e uma parte variável do novo PAB;
- » o valor nacional da parte fixa do PAB foi definido em R\$ 10 *per capita*/ano a ser transferido fundo a fundo de forma regular e automática aos municípios habilitados na NOB-SUS 01/96;
- » foi criado o “valor máximo” da parte fixa do PAB, estipulado em R\$ 18 por habitante/ano, na reunião da CIT de 27 de janeiro de 1998;
- » foi criada a parte variável do PAB, que correspondia a incentivos destinados às seguintes ações e programas:

k. *Programa de Agentes Comunitários de Saúde;*

l. *Programa de Saúde da Família;*

m. *Programa de Combate às Carências Nutricionais;*

n. *Ações Básicas de Vigilância Sanitária;*

o. *Assistência Farmacêutica Básica;*

p. *Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental;*

- » como Incentivo às Ações de Vigilância Sanitária, foi definido um valor R\$ 0,25 por habitante/ano para complementar o custeio das ações já incluídas na parte fixa do PAB;
- » foi definida uma nova tabela do SIA/SUS.

Nas primeiras reuniões da CIT em 1998, foram habilitados centenas de municípios na gestão plena de atenção básica e o PAB começou a ser transferido fundo a fundo aos municípios.

### **3.1.5 A Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2001**

O período de implementação da NOB-SUS 01/96, compreendido entre os anos de 1998 e 2000, foi marcado por uma série de importantes avanços no processo de descentralização do Sistema Único de Saúde.

Em face de problemas observados durante a implementação da NOB-SUS 01/96, entre os quais podem ser citadas as questões referentes à definição das responsabilidades, do planejamento e organização do sistema e à resolutividade e acesso a serviços, estabeleceu-se um amplo processo de discussão entre os gestores, que resultou na publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/01 (NOAS-SUS 01/01), instituída pela Portaria GM/MS n. 95, de 26 de janeiro de 2001.

A publicação da NOAS-SUS 01/2001 foi o resultado de um longo processo de negociação que envolveu o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

O conjunto de estratégias apresentadas na NOAS-SUS 01/2001 articulou-se em torno do pressuposto de que, naquele estágio de implantação do SUS, a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços da atenção básica, a regionalização e a organização funcional do sistema eram elementos centrais para o avanço do processo.

O objetivo da NOAS-SUS 01/2001 era “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção”. Estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. Instituiu o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com a necessidade da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção à saúde. Definiu que cabe às Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal a elaboração do PDR, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, devendo o mesmo ser aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite e pelo Conselho Estadual de Saúde.

A Norma preconiza que o PDR deve ser elaborado na perspectiva de garantir o acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados a:

- a. assistência pré-natal, parto e puerpério;
- b. acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
- c. cobertura universal do esquema preconizado pelo PNI para todas as faixas etárias;
- d. ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- e. tratamento de intercorrências mais comuns na infância;

- f. atendimento de afecções agudas de maior incidência;
- g. acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência;
- h. tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais;
- i. tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes;
- j. controle de doenças bucais mais comuns;
- k. suprimento e dispensação dos medicamentos da farmácia básica.

Uma das partes integrantes do PDR é o Plano Diretor de Investimentos (PDI), que visa identificar prioridades e desenvolver estratégias de investimento a fim de promover a equalização da oferta de recursos assistenciais em todos os níveis de complexidade.

O Plano Diretor de Regionalização serviria de base e de subsídio para o processo de qualificação das microrregiões de saúde.

No que diz respeito à ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica, a NOAS-SUS 01/2001 instituiu a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e definiu como áreas de atuação estratégicas mínimas para a habilitação nesta condição o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da *diabetes mellitus*, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal. Para o financiamento do elenco de procedimentos da atenção básica ampliada, foi instituído o PAB-Ampliado, e seu valor fixado na época em R\$ 10,50 habitante/ano.

A NOAS-SUS 01/2001 definiu um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal, com acesso garantido a toda a população no âmbito microrregional, ofertados em um ou mais módulos assistenciais. Esse conjunto mínimo de serviços de média complexidade compreendia as atividades ambulatoriais, de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar. O financiamento federal das ações ambulatoriais seria feito com base em um valor *per capita* nacional (R\$ 6 habitante/ano). Ao longo do processo de qualificação das microrregiões, o Ministério da Saúde adicionaria recursos ao teto financeiro das UFs para cobrir a diferença entre os gastos atuais com esses procedimentos e o montante correspondente ao *per capita* nacional multiplicado pela população. Cabe ressaltar que nenhuma microrregião foi qualificada e, portanto, essa forma de repasse nunca foi implementada.

No capítulo da NOAS 01/2001 que trata do Fortalecimento da Capacidade de Gestão no SUS, é definido que as UFs deveriam encaminhar ao Ministério da Saúde uma versão consolidada da Programação Pactuada e Integrada (PPI). Estava definido que cabia às SES a coordenação da Programação Pactuada e Integrada no âmbito do estado. A PPI

aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite devia nortear a alocação de recursos federais da assistência entre municípios pelo gestor estadual, resultando na definição de limites financeiros claros para todos os municípios do estado, sendo o limite financeiro de cada município composto por duas parcelas separadas: recursos destinados ao atendimento da população própria e recursos destinados ao atendimento da população referenciada de acordo com as negociações expressas na PPI.

Nos casos em que os serviços de referência estivessem localizados em municípios habilitados em Gestão Plena de Sistema Municipal, estes deviam comprometer-se com o atendimento da população referenciada subscrevendo com o estado um Termo de Compromisso para Garantia de Acesso. Esse Termo tinha como base o processo de programação e continha as metas físicas e orçamentárias das ações definidas na PPI.

A partir de sua publicação, os municípios puderam habilitar-se em duas condições: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena de Sistema Municipal de Saúde. Os estados puderam habilitar-se em duas condições: Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena de Sistema Estadual.

### **3.1.6 A Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2002**

A Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 (NOAS-SUS 01/02) foi instituída pela Portaria GM/MS n. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Foi o resultado dos encaminhamentos estabelecidos na reunião da Comissão Intergestores Tripartite realizada em 22 de novembro de 2001.

Naquela data, foi firmado um acordo entre o CONASS e Conasems, contemplando propostas relativas ao comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidades e fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais, notadamente no que diz respeito à explicitação e aos mecanismos de acompanhamento dos recursos federais referentes ao atendimento da população não residente que busca atendimento no município de referência.

As principais mudanças introduzidas pela NOAS-SUS 01/02 foram:

- » o município-sede de módulo assistencial podia estar habilitado em Gestão Plena de Sistema Municipal quando em situação de comando único municipal ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA) quando em situação de comando único estadual;
- » cabia aos estados a gerência de unidades públicas de hemonúcleos/ hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, vigilância sanitária e

vigilância epidemiológica e gestão sobre o sistema de hemonúcleos/ hemocentros (públicos e privados) e laboratórios de saúde pública;

- » era prerrogativa dos estados habilitados na NOAS-SUS 01/02 receber a transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao financiamento *per capita* do conjunto mínimo de serviços de média complexidade (M1) em regiões ou microrregiões qualificadas, nos casos em que o município-sede do módulo assistencial estivesse habilitado em GPABA.

### 3.2 O Pacto pela Saúde

Desde 2003, resultado das discussões e consensos elaborados a partir do Seminário para Construção de Consensos e da carta de Sergipe, o CONASS solicitou ao Ministério da Saúde a revisão do processo normativo do SUS.

Era compreensão dos gestores estaduais que o processo normativo do SUS necessitava contemplar a ampla diversidade e diferenças do nosso país e que a elaboração de uma nova norma deveria contribuir para a construção de um modelo de atenção que considerasse os princípios do SUS, sob a égide da responsabilidade sanitária, adequada à realidade de cada estado e região do País, integrando ações de promoção à saúde, atenção primária, assistência de média e alta complexidade, epidemiologia e controle de doenças, vigilância sanitária e ambiental, a reafirmação da importância das instâncias deliberativas CIB e CIT e o fortalecimento do controle social.

Entre as prioridades discutidas e consideradas prioritárias pelos secretários estaduais de saúde, podem ser citados: o compromisso com o SUS e seus princípios, o fortalecimento da atenção primária, a valorização da saúde e a necessária articulação intersetorial, o fortalecimento do papel dos estados e a luta pela regulamentação da Emenda Constitucional 29 e por mais recursos financeiros para a área da saúde.

O processo iniciou-se em agosto de 2004, quando foi organizada pelo Ministério da Saúde uma oficina denominada “Agenda do Pacto de Gestão”, com os objetivos de dar início ao processo de discussão para a revisão das normas do SUS e estabelecer as diretrizes, conteúdos e metodologia de trabalho para a elaboração de propostas para pactuação de questões fundamentais para o processo de gestão do SUS. Os participantes dessa oficina foram representantes do CONASS, Conasems e do Ministério da Saúde e esse trabalho conjunto exigiu o exercício da construção de consensos entre os gestores do SUS.

Na reunião da CIT de agosto de 2004, foi aprovado um documento-base para o processo de trabalho de discussão e elaboração de propostas para a construção do pacto de

gestão, organizado de forma tripartite, pelos gestores do SUS. O documento apontava como princípios fundamentais: 1) construção da equidade, 2) integralidade da atenção, 3) garantia do acesso universal do cidadão e 4) participação social e controle público do sistema. Apontava também como princípios organizativos e operacionais: 1) organização do sistema pela lógica da necessidade, 2) descentralização com direção única, 3) hierarquização e regionalização cooperativa e 4) financiamento e alocação de recursos na lógica da necessidade.

A partir das discussões envolvendo o que se chamava na época de Pacto de Gestão, houve a compreensão pelos gestores federais, estaduais e municipais da necessidade de se pactuar também metas e objetivos sanitários a serem alcançados, assim como da necessidade de envolver a sociedade na defesa do SUS. Estabeleceu-se, então, a organização de um Pacto pela Saúde, com capacidade de responder aos desafios atuais da gestão e organização do sistema, para dar respostas concretas às necessidades de saúde da população brasileira, e tornar a saúde uma política de Estado mais do que uma política de governo. A finalidade desse processo de pactuação era a qualificação da gestão pública do SUS, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas.

O trabalho conjunto realizado em inúmeras reuniões dos Grupos de Trabalho, que ocorreram em 2004 e 2005, exigiu esforço de todos no exercício da construção de consensos entre Ministério da Saúde, CONASS e Conasems. Os primeiros resultados obtidos constam da Portaria GM/MS n. 399, publicada em 22 de fevereiro de 2006, com a definição das diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde.

Foram definidas três dimensões no Pacto pela Saúde:

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

Na data de 3 de abril de 2006, foram publicadas a Portaria GM/MS n. 699, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, e a Portaria GM/MS n. 698, que instituiu a nova forma de transferência dos recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde em blocos de financiamento. Essa portaria foi substituída pela Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007, que será abordada no volume Financiamento da Saúde, desta Coleção.

As diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde reafirmam princípios, consolidam processos, como a importância da regionalização e dos instrumentos de planejamento e programação como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investi-

mentos (PDI) e a Programação Pactuada Integrada (PPI), e possibilitam a reorganização dos processos de gestão e de regulação do sistema de saúde no âmbito dos estados, com vistas a melhorar e qualificar o acesso do cidadão a ações e serviços de saúde.

### **3.2.1 Pacto em Defesa do SUS**

Compromisso inequívoco com a repolitização do SUS, consolidando a política pública de saúde brasileira como uma política de Estado, mais do que uma política de governos.

Os gestores reconhecem a necessidade de romper os limites setoriais e levar a discussão sobre a política pública de saúde para a sociedade organizada, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.

As prioridades do Pacto em Defesa do SUS são:

1. implementar um projeto permanente de mobilização social com a finalidade de:

- » mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos;
- » alcançar, a curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional n. 29, pelo Congresso Nacional;
- » garantir, a longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde;
- » aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas;

2. Elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS.

### **3.2.2 Pacto pela Vida**

O Pacto pela Vida é constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos e metas, derivados da análise da situação de saúde da população e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

O Pacto pela Vida – como instrumento do Pacto pela Saúde – representa uma mudança radical na forma de pactuação do SUS vigente até então. Isso ocorre porque rompe com os pactos realizados em variáveis discretas de tempo, por meio de normas operacionais.

A observação da trajetória do SUS mostra que esse sistema público de saúde vem sendo mudado, de tempos em tempos, por meio de reformas incrementais que se ma-

terializaram em normas operacionais (NOB e NOAS), como descrito anteriormente. Essas normas fixavam-se, prioritariamente, em processos operacionais, distanciando-se de compromissos com resultados sanitários.

Assim, a instituição do Pacto pela Vida representa duas mudanças fundamentais na reforma incremental do SUS. De um lado, substitui pactos fortuitos por acordos anuais obrigatórios; de outro, muda o foco, de mudanças orientadas a processos operacionais para mudanças voltadas para resultados sanitários. Desse modo, o Pacto pela Vida reforça, no SUS, o movimento da gestão pública por resultados.

O Pacto pela Vida deverá ser permanente. Ao fim do primeiro trimestre de um novo ano, serão avaliados os resultados do Termo de Compromisso de Gestão do ano anterior e pactuadas novas metas e objetivos a serem atingidos no ano em curso.

Ao mesmo tempo, deverá haver um processo permanente de monitoramento, de cada ente com relação ao seu próprio âmbito, dos estados com relação aos municípios do seu território, dos municípios com relação ao estado, dos municípios e estado com relação à União e da União com relação aos estados, municípios e Distrito Federal.

Para que não se caia, uma vez mais, na formalização de pactos meramente burocráticos, com poucos resultados sanitários, haverá de se operarem mudanças nos mecanismos de pactuação, seja no campo cultural, seja no campo operacional.

Há de se mudar a cultura da pactuação: o pacto não termina no momento de sua assinatura, mas ali começa. De outro lado, os objetivos e metas pactuados devem servir de bússola para que os diferentes entes federados orientem suas decisões estratégicas e focalizem a alocação dos recursos. Só quando houver convergência entre metas e objetivos pactuados, priorização de ações táticas e alocação de recursos estarão sendo feitos pactos reais.

No campo operativo, as metas e objetivos do Pacto pela Vida devem inscrever-se em instrumentos jurídicos públicos, os Termos de Compromisso de Gestão, firmados pela União, estados e municípios. Esses Termos têm como objetivo formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes às esferas governamentais na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do SUS.

Nos Termos de Compromisso de Gestão, inscrevem-se, como parte substantiva, os objetivos e metas prioritárias do Pacto pela Vida, bem como seus indicadores de monitoramento e avaliação.

A operacionalização do processo de monitoramento e avaliação deve ser objeto de regulamentação específica em cada esfera de governo, considerando as pactuações realizadas.

A definição de objetivos deve ser estabelecida por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Os pactos estaduais deverão estar referenciados pelas metas e objetivos nacionais; os pactos regionais e municipais devem estar referenciados pelas metas estaduais. Essa é uma mudança operacional importante porque não há de se imporem metas nacionais a estados, nem metas estaduais a regiões ou municípios. Pacto é negociação equilibrada entre atores e não imposição de uma das partes sobre a outra.

O Pacto pela Vida 2006 definiu seis prioridades: saúde do idoso, controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna, fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, promoção da saúde e fortalecimento da atenção básica.

A seguir estão descritas as prioridades definidas em 2006 e que foram monitoradas no período de 2007 e 2008:

### **1. Saúde do idoso**

Para efeitos desse Pacto, será considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais.

O trabalho nessa área deve seguir as seguintes diretrizes:

- » promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- » atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;
- » estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- » a implantação de serviços de atenção domiciliar;
- » o acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco;
- » provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- » fortalecimento da participação social;
- » formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- » divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- » promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- » apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Ações estratégicas para a saúde do idoso:

- » Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa – instrumento de cidadania com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde;
- » Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa – para indução de ações de saúde, tendo por referência as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa;
- » Programa de Educação Permanente a Distância – implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais que trabalham na rede de atenção básica em saúde, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde;
- » Acolhimento – reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso;
- » Assistência farmacêutica – desenvolver ações que visem qualificar a dispensação e o acesso da população idosa;
- » Atenção Diferenciada na Internação – instituir avaliação geriátrica global, realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar;
- » Atenção domiciliar – instituir essa modalidade de prestação de serviços ao idoso, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde.

## **2. Controle do câncer de colo de útero e de mama**

Objetivos e metas para o controle do câncer de colo de útero:

- » cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer do colo de útero, conforme protocolo, em 2006;
- » incentivo da realização da cirurgia de alta frequência técnica que utiliza um instrumental especial para a retirada de lesões ou parte do colo uterino comprometido (com lesões intraepiteliais de alto grau) com menor dano possível, que pode ser realizada em ambulatório, com pagamento diferenciado, em 2006;

Metas para o controle do câncer de mama:

- » ampliar para 60% a cobertura de mamografia, conforme protocolo;
- » realizar a punção em 100% dos casos necessários, conforme protocolo.

### **3. Redução da mortalidade materna e infantil**

Objetivos e metas para a redução da mortalidade infantil:

- » reduzir a mortalidade neonatal 5%, em 2006;
- » reduzir 50% os óbitos por doença diarreica e 20% por pneumonia, em 2006;
- » apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes;
- » criação de comitês de vigilância do óbito em 80% dos municípios com população acima de 80 mil habitantes, em 2006.

Objetivos e metas para a redução da mortalidade materna:

- » reduzir 5% a razão de mortalidade materna, em 2006;
- » garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto;
- » qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam as necessidades das maternidades e outros locais de parto.

### **4. Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza**

Objetivos e metas para o controle da dengue:

- » plano de contingência para atenção aos pacientes, elaborado e implantado nos municípios prioritários, em 2006;
- » reduzir a menos de 1% a infestação predial por *Aedes aegypti* em 30% dos municípios prioritários até 2006.

Meta para a eliminação da hanseníase:

- » atingir o patamar de eliminação enquanto problema de saúde pública, ou seja, menos de 1 caso por 10 mil habitantes em todos os municípios prioritários, em 2006.

Meta para o controle da tuberculose:

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

Meta para o controle da malária:

» reduzir 15% a incidência parasitária anual, na região da Amazônia Legal, em 2006.

Objetivo para o controle da influenza:

» implantar plano de contingência, unidades sentinelas e o sistema de informação – Sivep-Gripe, em 2006.

## **5. Promoção da saúde**

Objetivos:

- » elaborar e implementar uma Política de Promoção da Saúde, de responsabilidade dos três gestores;
- » enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira a fim de internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação adequada e saudável e combate ao tabagismo;
- » articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros;
- » promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável;
- » elaborar e pactuar a Política Nacional de Promoção da Saúde que contemple as especificidades próprias dos estados e municípios, devendo iniciar sua implementação em 2006.

## **6. Fortalecimento da Atenção Primária**

Objetivos:

- » assumir a estratégia de saúde da família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção primária, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças locorregionais;
- » desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção primária por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família;
- » consolidar e qualificar a estratégia de saúde da família nos pequenos e médios municípios;
- » ampliar e qualificar a estratégia de saúde da família nos grandes centros urbanos;
- » garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços;

- » garantir o financiamento da atenção primária como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS;
- » aprimorar a inserção dos profissionais da atenção primária nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais;
- » implantar o processo de monitoramento e avaliação da atenção primária nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada;
- » apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da atenção primária que considerem os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades locais e regionais;
- » implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral.

### **3.2.3 Pacto de Gestão**

Contempla os princípios do SUS previstos na Constituição Federal de 1988 e na Lei n. 8.080/90. Estabelece as responsabilidades solidárias dos gestores a fim de diminuir as competências concorrentes, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Avança na regionalização e descentralização do SUS, a partir da proposição de algumas diretrizes, permitindo uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais.

Propõe a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados e para os municípios, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional.

Explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite em grandes blocos de financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos.

Os objetivos do Pacto de Gestão são:

- » definir a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação;
- » estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na descentralização, regionalização, financiamento, Programação Pactuada e Integrada, regulação, participação e controle social, planejamento, gestão do trabalho e educação na saúde.

A partir da definição das diretrizes para a gestão entrou na pauta dos gestores do SUS a reforma de aspectos institucionais então vigentes, com a proposta de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão para alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas nos seguintes aspectos:

*Na descentralização:*

Com a aprovação das diretrizes do Pacto de Gestão, pretendia-se iniciar um “choque de descentralização” dos processos administrativos relativos à gestão para as Comissões Intergestores Bipartite (CIB).

Dessa forma, a proposta contida na Portaria GM/MS n. 598, de 23 de março de 2006, é de que gradativamente, respeitadas as diretrizes e normas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite, os estados em parceria com os municípios, na CIB, definam os modelos organizacionais a serem implantados de acordo com a realidade de cada estado e região do país, não sendo mais necessário o envio de processos de credenciamento de serviços e/ou projetos para implantação de novos serviços ao Ministério da Saúde, que devem ficar na CIB.

Deveriam ser descentralizados na primeira etapa os processos referentes às seguintes áreas: hospitalar, de saúde do trabalhador e de média e alta complexidade, conforme consta no anexo da citada portaria.

Nesse sentido as secretarias estaduais, em parceria com a representação dos municípios nos estados, devem fortalecer esse espaço de negociação e pactuação, por meio de câmaras técnicas e/ou grupos de apoio para dar suporte às decisões da CIB.

As CIBs estaduais e microrregionais deveriam passar a desempenhar um papel relevante na análise da situação de saúde, na elaboração de propostas de intervenção e no estabelecimento dos mecanismos para melhorar a gestão e regulação do sistema.

Esse processo, entretanto, não foi monitorado e não se sabe ao certo o resultado desse trabalho. Não foram também descentralizados outros processos administrativos relativos à gestão do SUS.

*Na regionalização:*

O Pacto de Gestão reafirma a regionalização como uma diretriz do Sistema Único de Saúde. Atualmente existem inúmeras regiões de saúde constituídas no País, portanto, devem ser considerados os esforços já realizados na elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR) nos estados, a partir da implantação do Pacto pela Saúde. Assim, as secretarias estaduais, considerando as premissas propostas no Pacto de Gestão, estão

atualizando os seus Planos Diretores de Regionalização, com vistas à conformação de um modelo de atenção integrado.

O que o Pacto pretende com o processo de regionalização é melhorar o acesso a serviços de saúde, respeitando-se os conceitos de economia de escala e de qualidade da atenção, para se desenvolver sistemas eficientes e efetivos e, ao construir uma regionalização eficaz, criar as bases territoriais para o desenvolvimento de redes de atenção à saúde.

O resultado do processo de regionalização, no que concerne às regiões e macrorregiões sanitárias, deverá estar expresso no Plano Diretor de Regionalização (PDR).

Da mesma forma, permanece o Plano Diretor de Investimentos (PDI), que deve expressar os recursos de investimentos para atender as necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual. No âmbito regional deve refletir as necessidades para se alcançar a suficiência na atenção básica e parte da média complexidade da assistência, conforme desenho regional. Deve contemplar também as necessidades da área da vigilância em saúde e ser desenvolvido de forma articulada com o processo da PPI e do PDR.

#### *Nos mecanismos de gestão regional:*

Uma das mudanças na gestão propostas no Pacto é a constituição de um espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa por meio de um colegiado de gestão regional (a proposta de Colegiado Regional aproxima-se das Comissões Intergestores Bipartites Microrregionais, existentes em alguns estados brasileiros). A denominação e o funcionamento do colegiado devem ser acordados na CIB.

A constituição do colegiado de gestão regional deve assegurar a presença de todos os gestores de saúde dos municípios que compõem a região e da representação estadual.

Nas CIBs regionais constituídas por representação, quando não for possível a imediata incorporação de todos os gestores de saúde dos municípios da região de saúde, deve ser pactuado um cronograma de adequação, para a inclusão de todos os gestores nos respectivos colegiados de gestão regionais.

#### *No financiamento do Sistema Único de Saúde:*

São princípios gerais do financiamento para o SUS: responsabilidade das três esferas de gestão – União, estados e municípios – pelo financiamento do SUS; redução das iniquidades macrorregionais, estaduais e regionais, a ser contemplada na metodologia de alocação de recursos; repasse fundo a fundo definido como modalidade preferencial na transferência de recursos entre os gestores e financiamento de custeio com recursos federais constituídos e transferidos em blocos de recursos.

A principal mudança no financiamento, relativo ao custeio das ações e serviços de saúde, é a alocação dos recursos federais em blocos de financiamento. As bases de cálculo que formam cada bloco e os montantes financeiros destinados para os estados, municípios e Distrito Federal foram compostas por memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento. Dessa forma, estados e municípios terão maior autonomia para alocação dos recursos de acordo com as metas e prioridades estabelecidas nos planos de saúde.

Inicialmente, quando foi publicada a Portaria/GM 204, em janeiro de 2007, os blocos de financiamento federal eram cinco.

Em abril de 2009, foi publicada a Portaria/GM 837, que alterou e acrescentou dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do SUS.

Dessa forma, os blocos de financiamento federal agora são seis:

- » Atenção básica;
- » Atenção de média e alta complexidade;
- » Vigilância em Saúde;
- » Assistência Farmacêutica;
- » Gestão do SUS;
- » Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

Os recursos de cada bloco de financiamento devem ser aplicados exclusivamente nas ações e serviços de saúde relacionados ao bloco. Aos recursos oriundos da prestação de serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar resultante da produção das unidades públicas próprias, não se aplica essa restrição.

#### Na Programação Pactuada e Integrada da atenção em saúde (PPI):

Permanece na PPI a explicitação dos pactos de referência entre municípios, determinando a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada.

As principais diretrizes norteadoras do processo de programação pactuada são:

- » a programação deve estar inserida no processo de planejamento e deve considerar as prioridades definidas nos planos de saúde em cada esfera de gestão;
- » os gestores estaduais e municipais possuem flexibilidade na definição de parâmetros e prioridades que irão orientar a programação, ressalvados os parâmetros pactuados nacional e estadualmente;

- » a programação é realizada, prioritariamente, por áreas de atuação a partir das ações básicas de saúde para compor o rol de ações de maior complexidade;
- » a tabela unificada de procedimentos deve orientar a programação das ações que não estão organizadas por áreas de atuação, considerando seus níveis de agregação, para formar as aberturas programáticas;
- » a programação da assistência deverá buscar a integração com a programação da vigilância em saúde;
- » os recursos financeiros das três esferas de governo devem ser visualizados na programação;
- » o processo de programação deve contribuir para a garantia de acesso aos serviços de saúde, subsidiando o processo regulatório da assistência;
- » a programação deve ser realizada a cada gestão, revisada periodicamente e sempre que necessário, em decorrência de alterações de fluxo no atendimento ao usuário, de oferta de serviços, na tabela de procedimentos e no teto financeiro, entre outras;
- » a Programação Pactuada e Integrada deve subsidiar a programação física financeira dos estabelecimentos de saúde;
- » a Programação Pactuada e Integrada deve guardar relação com o desenho da regionalização naquele estado.

*Na regulação da atenção à saúde e regulação assistencial:*

Como princípios orientadores do processo de regulação, estabeleceu-se que:

- » cada prestador responde apenas a um gestor;
- » a regulação dos prestadores de serviços deve ser preferencialmente do município conforme desenho da rede da assistência pactuado na CIB, observado o Termo de Compromisso de Gestão do Pacto e os seguintes princípios:
  - › da descentralização, municipalização e comando único;
  - › da busca da escala adequada e da qualidade;
  - › da consideração à complexidade da rede de serviços locais;
  - › da consideração à efetiva capacidade de regulação;
  - › da consideração ao desenho da rede estadual da assistência;
  - › da primazia do interesse e da satisfação do usuário do SUS;

- » a regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da Programação Pactuada e Integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes.
- » a operação dos complexos reguladores, no que se diz respeito à referência intermunicipal, deve ser pactuada na CIB, podendo ser operada dos seguintes modos:
  - › pelo gestor estadual, que se relacionará com a central municipal que faz a gestão do prestador;
  - › pelo gestor estadual, que se relacionará diretamente com o prestador quando este estiver sob gestão estadual;
  - › pelo gestor municipal com cogestão do estado e representação dos municípios da região.

Conforme explicitado pelas diretrizes, a regulação dos prestadores não tem um modelo único para o país. Cada CIB poderá definir o modelo que melhor se adapte à realidade do estado e dos municípios envolvidos. A regulação assistencial não é prerrogativa de uma esfera de governo, exclusivamente.

Porém, vale destacar nessa premissa o papel fundamental das Secretarias Estaduais na garantia do acesso do cidadão, notadamente nas referências intermunicipais.

#### **3.2.4 Unificação do processo de pactuação de prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão**

Há alguns anos, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde são compelidas a formalizar pactos de indicadores para garantir os repasses financeiros relativos à atenção básica e à vigilância à saúde.

A Portaria GM/MS n. 399/2006, em que foram estabelecidas as diretrizes do Pacto pela Saúde, determinou a pactuação de dois outros conjuntos de indicadores: i) o associado às metas do Pacto pela Vida e ii) o de monitoramento do Pacto de Gestão. Com isso, aproximadamente 100 indicadores passariam a ser monitorados anualmente, sendo alguns deles repetidos ou redundantes.

Por deliberação da Comissão Intergestores Tripartite, foi decidida a unificação em um único pacto, decisão oficializada no § 1º do artigo 2º, da Portaria/ GM/MS n. 699/2006: “a unificação total dos processos de pactuação de indicadores existentes dar-se-á no ano de 2007”.

Dessa forma, a partir de 2007, foi instituído um único processo de pactuação, unificando os Pactos da Atenção Básica, de indicadores da Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde (PPIVS) e os indicadores propostos no Pacto pela Saúde.

A Portaria GM/MS n. 91, de 10 de janeiro de 2007 unificou processo de pactuação de indicadores e estabeleceu os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal.

Os indicadores do Pacto pela Saúde foram organizados em dois grupos, 38 principais e 12 complementares, sendo os últimos de pactuação opcional por municípios, estados e Distrito Federal, além daqueles previstos nas prioridades do Pacto pela Vida. Os indicadores da pactuação unificada constituem objeto de monitoramento do Pacto pela Saúde. Os indicadores complementares, quando não pactuados pelo município, estado e Distrito Federal, serão monitorados pelo gestor federal, tendo como fonte os bancos de dados dos sistemas de informação em saúde – base nacional.

Os principais critérios observados para a seleção desse conjunto foram a sua relevância para o setor e as fontes de dados para seu aferimento. Em relação ao segundo aspecto, vale ressaltar:

- a. foram retirados da planilha todos os indicadores para os quais não foram localizadas fontes regulares;
- b. foi acordado que os indicadores que envolvem os Sistemas de Informação de Mortalidade (SIM), de Nascidos Vivos (Sinasc) e outros sistemas que não permitirem a elaboração de linha de base relativa ao ano imediatamente anterior ao de referência do pacto a ser celebrado serão considerados, por sua relevância, como de “monitoramento de condições de saúde”, não podendo ser utilizados para avaliação do processo de gestão.

Foi também acordado que os indicadores que conformam esse conjunto serão anualmente revistos, podendo ser propostas e implementadas inclusões, alterações e exclusões, sempre por consenso entre representantes das três esferas de governo. As metas/parâmetros nacionais dos indicadores do Pacto pela Saúde servem de referência para a definição das metas municipais, estaduais e do Distrito Federal, observadas as metas/parâmetros estabelecidos para cada Unidade da Federação. Os estados, municípios e o Distrito Federal podem eleger outros indicadores de importância sanitária local/regional.

Em fevereiro de 2008, foi publicada a Portaria/GM 325, estabelecendo prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação.

Foram acrescentadas cinco prioridades às seis já definidas em 2006, totalizando onze prioridades para 2008:

- I. atenção à saúde do idoso;

- II. controle do câncer de colo de útero e de mama;
- III. redução da mortalidade infantil e materna;
- IV. fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e aids;
- V. promoção da saúde;
- VI. fortalecimento da atenção básica;
- VII. saúde do trabalhador;
- VIII. saúde mental;
- IX. fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência;
- X. atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência;
- XI. saúde do homem.

O Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, anexo à portaria, estabelecia 43 indicadores para o Pacto pela Vida e 11 indicadores para o Pacto de Gestão, totalizando 54 indicadores.

Continha, ainda, diretrizes para orientar o processo de pactuação unificada dos indicadores:

- I. ser articulado com o Plano de Saúde e sua Programação Anual, promovendo a participação das várias áreas técnicas envolvidas no Pacto pela Saúde;
- II. guardar coerência com os pactos firmados nos Termos de Compromisso de Gestão;
- III. ser precedido da análise do Relatório de Gestão do ano anterior, identificando as atividades desenvolvidas e as dificuldades relacionadas à sua implantação;
- IV. ser fundamentado pela análise da situação de saúde, com a identificação de prioridades de importância sanitária locorregional e a avaliação dos indicadores e metas pactuados em 2007;
- V. desenvolver ações de apoio e cooperação técnica entre os entes para qualificação do processo de gestão.

Em janeiro de 2009, os gestores pactuaram na CIT manter para o ano de 2009 as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, definidos no anexo da Portaria nº 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008, e que as

Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde deveriam analisar as metas pactuadas em 2008 e contemplar, na Programação Anual em Saúde de 2009, as metas para 2009 e as ações necessárias para o seu alcance, bem como os mecanismos de monitoramento.

Na mesma reunião da CIT, foi definido que as prioridades passariam a ser revistas a cada dois anos.

Em novembro de 2009, por meio da Portaria/GM 2.669, foram estabelecidas as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde para o biênio 2010-2011. Foram mantidas as 11 prioridades do período 2008/2009 e pactuados 40 indicadores.

### **3.2.5 Responsabilidades sanitárias – o que muda com o Pacto pela Saúde**

O Pacto pela Saúde estabeleceu que as ações e serviços de atenção primária são responsabilidades que devem ser assumidas por todos os municípios. As responsabilidades das demais ações e serviços de saúde serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal.

Com relação à gestão dos prestadores de serviço, fica mantida a normatização estabelecida na NOAS-SUS 01/2002. As referências na NOAS-SUS 01/2002 às condições de gestão de estados e municípios ficam substituídas pelas situações pactuadas no respectivo Termo de Compromisso de Gestão. Ou seja, estados e municípios são considerados gestores de saúde, o que diferencia o gestor, a partir da publicação do pacto, é a pactuação de responsabilidades definidas na respectiva CIB. A gestão dos prestadores deixa de ser uma prerrogativa do gestor municipal ou estadual, como era no processo anterior, conforme a condição de habilitação. Assim, pode-se ter situação em que o estado fica com a gestão dos prestadores de alta complexidade e de parte da média complexidade, se assim for a compreensão dos gestores para determinado estado.

Não há um modelo a ser seguido, tampouco existe alguma prerrogativa para que os estados ou municípios assumam a gestão de parte ou de todos os prestadores em determinada região do estado. A definição da gestão ficará de acordo com pactuação a ser estabelecida na CIB.

#### **f. Nas responsabilidades gerais da gestão do SUS:**

Foram definidas responsabilidades gerais da gestão para os três entes federados (municípios, estados e União). Essas responsabilidades dizem respeito a questões como a garantia da integralidade da atenção à saúde; participação no financiamento do Sistema Único de Saúde; reconhecimento das necessidades da população; desenvolver, a partir da

identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação; definição do processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade a partir da atenção básica, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde; promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir o acesso da população aos medicamentos, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas; coordenar e executar as ações de vigilância em saúde e elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional.

#### f.1 *Municípios*

Cada município é responsável pela integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o estado e a União.

Todo município deve:

- » garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho, englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências;
- » promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais;
- » participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;
- » assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;
- » assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando as unidades próprias e as transferidas pelo estado ou pela União;
- » com apoio dos estados, identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;
- » desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;

- » formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;
- » organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e a atenção à saúde no seu território, explicitando a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território, desenhando a rede de atenção e promovendo a humanização do atendimento;
- » organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
- » pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o estado, Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
- » garantir essas referências de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, quando dispuser de serviços de referência intermunicipal;
- » garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes;
- » promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, promovendo o uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- » assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito local, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- » elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional.

## f.2 Estados

Cabe aos estados:

- » responder, solidariamente com municípios, Distrito Federal e União, pela integralidade da atenção à saúde da população;

- » participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;
- » formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;
- » coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos Pactos pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso;
- » apoiar técnica e financeiramente os municípios, para que estes assumam integralmente sua responsabilidade de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes;
- » apoiar técnica, política e financeiramente a gestão da atenção básica nos municípios, considerando os cenários epidemiológicos, as necessidades de saúde e a articulação regional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;
- » fazer reconhecimento das necessidades da população no âmbito estadual e cooperar técnica e financeiramente com os municípios, para que possam fazer o mesmo nos seus territórios;
- » desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;
- » coordenar o processo de configuração do desenho da rede de atenção, nas relações intermunicipais, com a participação dos municípios da região;
- » organizar e pactuar com os municípios o processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade a partir da atenção básica, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
- » realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do território estadual;
- » apoiar técnica e financeiramente os municípios para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica;
- » promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- » coordenar e executar e as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

- » assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde no município, comprometendo-se em cooperar para que o município assuma, no menor prazo possível, sua responsabilidade;
- » executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;
- » supervisionar as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde, coordenando aquelas que exigem ação articulada e simultânea entre os municípios;
- » apoiar técnica e financeiramente os municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- » elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional;
- » coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública;
- » assumir a gestão e a gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e elaborar normas complementares para a organização e funcionamento desta rede de serviço.

### f.3 *Distrito Federal*

Cabe ao Distrito Federal:

- » responder, solidariamente com a União, pela integralidade da atenção à saúde da população;
- » garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências;
- » promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais;
- » participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;

- » coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos Pactos pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso de Gestão;
- » assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;
- » assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando as unidades próprias e as transferidas pela União;
- » garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes;
- » realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do seu território;
- » identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;
- » desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;
- » formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas instâncias de pactuação;
- » organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e a atenção à saúde no seu território, explicitando a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território, desenhando a rede de atenção e promovendo a humanização do atendimento;
- » organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
- » pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com os estados envolvidos no âmbito regional, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
- » promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com a União, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

- » garantir o acesso de serviços de referência de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
- » elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional;
- » assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito do seu território, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- » executar e coordenar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- » coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública;
- » assumir a gestão e a gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e elaborar normas complementares para a organização e funcionamento desta rede de serviço.

#### f.4 União

Cabe à União:

- » responder, solidariamente com os municípios, o Distrito Federal e os estados, pela integralidade da atenção à saúde da população;
- » participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;
- » formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;
- » coordenar e acompanhar, no âmbito nacional, a pactuação e avaliação do Pacto de Gestão e Pacto pela Vida e seu Termo de Compromisso;
- » apoiar o Distrito Federal, os estados e, conjuntamente com estes, os municípios, para que assumam integralmente as suas responsabilidades de gestores da atenção à saúde;
- » apoiar financeiramente o Distrito Federal e os municípios, em conjunto com os estados, para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica;
- » prestar cooperação técnica e financeira aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o aperfeiçoamento das suas atuações institucionais na gestão da atenção básica;

- » exercer de forma pactuada as funções de normatização e de coordenação no que se refere à gestão nacional da atenção básica no SUS;
- » identificar, em articulação com os estados, Distrito Federal e municípios, as necessidades da população para o âmbito nacional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos, e cooperar técnica e financeiramente com os gestores, para que façam o mesmo nos seus territórios;
- » desenvolver, a partir da identificação de necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;
- » promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos que estejam sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- » definir e pactuar as diretrizes para a organização das ações e serviços de média e alta complexidade, a partir da atenção básica;
- » coordenar e executar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- » coordenar, nacionalmente, as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde que exijam ação articulada e simultânea entre os estados, Distrito Federal e municípios;
- » proceder à investigação complementar ou conjunta com os demais gestores do SUS em situação de risco sanitário;
- » apoiar e coordenar os laboratórios de saúde pública – Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (RNLSP) – nos aspectos relativos à vigilância em saúde;
- » assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde nos estados, Distrito Federal e municípios, comprometendo-se em cooperar para que assumam, no menor prazo possível, suas responsabilidades;
- » apoiar técnica e financeiramente os estados, o Distrito Federal e os municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- » elaborar, pactuar e implementar a política de promoção da saúde.

g. Nas responsabilidades na regionalização:

g.1 Municípios

Todo município deve:

- » contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;
- » participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;
- » participar dos colegiados de gestão regionais, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras. Nas CIBs regionais constituídas por representação, quando não for possível a imediata incorporação de todos os gestores de saúde dos municípios da região de saúde, deve-se pactuar um cronograma de adequação, no menor prazo possível, para a inclusão de todos os municípios nos respectivos colegiados de gestão regionais;
- » participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano municipal de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento.

A responsabilidade a seguir será atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal:

- » executar as ações de referência regional sob sua responsabilidade em conformidade com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde acordada nos colegiados de gestão regionais.

g.2 Estados

Cabe aos estados:

- » contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;
- » coordenar a regionalização em seu território, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIB;
- » coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o plano diretor de regionalização;

- » participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;
- » apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a equidade inter-regional;
- » participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras;
- » participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano estadual de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento.

### g.3 Distrito Federal

Cabe ao Distrito Federal:

- » contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;
- » coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o plano diretor de regionalização;
- » apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a equidade inter-regional;
- » participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras, conforme pactuação estabelecida;
- » participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano estadual de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento;
- » propor e pactuar diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes, participando da sua constituição, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida.

### g.4 União

Cabe à União:

- » contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;

- » coordenar o processo de regionalização no âmbito nacional, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIT;
- » cooperar técnica e financeiramente com as regiões de saúde, por meio dos estados e/ou municípios, priorizando as regiões mais vulneráveis, promovendo a equidade inter-regional e interestadual;
- » apoiar e participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;
- » fomentar a constituição das regiões de saúde fronteiriças, participando do funcionamento de seus colegiados de gestão regionais.

h. Nas responsabilidades no planejamento e na programação:

h.1 Municípios

Todo município deve:

- » formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano de saúde e submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;
- » formular, no plano municipal de saúde, a política municipal de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;
- » elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;
- » operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação: Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (Sinan), Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde (CNES); e, quando couber, os sistemas: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), bem como outros sistemas que venham a ser introduzidos;

- » assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito local;
- » elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano municipal de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde.

A responsabilidade a seguir será atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal:

- » gerir os sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.

### h.2 Estados

Cabe aos estados:

- » formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano estadual de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;
- » formular, no plano estadual de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersectoriais voltadas para a promoção da saúde;
- » elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;
- » coordenar, acompanhar e apoiar os municípios na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção à saúde, no âmbito estadual, regional e interestadual;
- » apoiar, acompanhar, consolidar e operar quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos sistemas de informação, conforme normas do Ministério da Saúde;
- » operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises e apoiar os municípios naqueles de responsabilidade municipal.

### h.3 Distrito Federal

Cabe ao Distrito Federal:

- » formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano estadual de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde do Distrito Federal;
- » formular, no plano estadual de saúde, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;
- » elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;
- » operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises;
- » operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação: Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (Sinan), Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde (CNES), Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), bem como outros sistemas que venham a ser introduzidos;
- » assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito do seu território;
- » elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano estadual de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde.

#### h.4 União

Cabe à União:

- » formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano nacional de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;

- » formular, no plano nacional de saúde, e pactuar, no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a política nacional de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;
- » elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;
- » formular, pactuar no âmbito a CIT e aprovar, no Conselho Nacional de Saúde, a política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas e executá-la, conforme pactuação com estados e municípios, por meio da Fundação Nacional de Saúde (Funasa);
- » coordenar, acompanhar e apoiar os municípios, os estados e o Distrito Federal na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, no âmbito nacional;
- » gerenciar, manter e elaborar, quando necessário, no âmbito nacional, os sistemas de informação, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas, incluindo aqueles sistemas que garantam a solicitação e autorização de procedimentos, o processamento da produção e preparação para a realização de pagamentos;
- » desenvolver e gerenciar sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.

i. Nas responsabilidades na regulação, no controle, na avaliação e na auditoria:

i.1 Municípios

Todo município deve:

- » monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros provenientes de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;
- » realizar a identificação dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;
- » monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas em seu território, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais;
- » manter atualizado o Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas do Ministério da Saúde;
- » adotar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais e estaduais;

- » adotar protocolos de regulação de acesso, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, estaduais e regionais;
- » controlar a referência a ser realizada em outros municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo à solicitação e/ou autorização prévia, quando couber.

As responsabilidades a seguir serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal:

- » definir a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde; observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais;
- » processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços;
- » operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território, de acordo com a pactuação estabelecida, realizando a cogestão com o estado e outros municípios, das referências intermunicipais;
- » executar o controle do acesso do seu município aos leitos disponíveis, consultas, terapias e exames especializados, disponíveis no seu território, o que pode ser feito por meio de centrais de regulação;
- » planejar e executar a regulação médica da atenção pré-hospitalar às urgências, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- » elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde e em conformidade com o planejamento e a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
- » monitorar e fiscalizar os contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;
- » monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial;
- » monitorar e fiscalizar o cumprimento dos critérios nacionais, estaduais e municipais de credenciamento de serviços;
- » implementar a avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos de saúde, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;

- » implementar a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão, tomando como referência as ações previstas no plano municipal de saúde e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial;
- » realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão;
- » elaborar normas técnicas, complementares às das esferas estadual e federal, para o seu território.

## i.2 *Estados*

Cabe aos estados:

- » elaborar as normas técnicas complementares às da esfera federal, para o seu território;
- » monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;
- » monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos aos fundos municipais;
- » monitorar o cumprimento pelos municípios: dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, dos indicadores e metas do pacto de gestão, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da participação na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
- » apoiar a identificação dos usuários do SUS no âmbito estadual, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;
- » manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde, bem como coordenar e cooperar com os municípios nessa atividade;
- » elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os municípios na sua implementação;
- » controlar a referência a ser realizada em outros estados, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo à solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;

- » operar a central de regulação estadual, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação municipais;
- » coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- » estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores municipais;
- » participar da cogestão dos complexos reguladores municipais, no que tange às referências intermunicipais;
- » operar os complexos reguladores no que tange à referência intermunicipal, conforme pactuação;
- » monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação;
- » cooperar tecnicamente com os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços localizados no território municipal e vinculados ao SUS;
- » monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;
- » elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;
- » credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e com a regionalização e coordenar esse processo em relação aos municípios;
- » fiscalizar e monitorar o cumprimento dos critérios estaduais e nacionais de credenciamento de serviços pelos prestadores;
- » monitorar o cumprimento, pelos municípios, das programações físico-financeira definidas na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
- » fiscalizar e monitorar o cumprimento, pelos municípios, das normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados;
- » estabelecer e monitorar a programação físico-financeira dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão;
- » observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais, monitorando e fiscalizando a sua execução por meio de ações de controle, avaliação e auditoria;

- » processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços;
- » monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde;
- » monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas estaduais;
- » implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;
- » monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios e pelo gestor estadual;
- » supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública;
- » elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde;
- » avaliar e auditar os sistemas de saúde municipais de saúde;
- » implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, sob sua gestão e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial;
- » realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.

### i.3 Distrito Federal

Cabe ao Distrito Federal:

- » elaborar as normas técnicas complementares à da esfera federal, para o seu território;
- » monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;
- » realizar a identificação dos usuários do SUS no âmbito do Distrito Federal, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;
- » manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimento e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas do Ministério da Saúde;
- » monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas em seu território, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais;

- » elaborar e implantar protocolos clínicos, terapêuticos e de regulação de acesso, no âmbito do Distrito Federal, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais;
- » controlar a referência a ser realizada em outros estados, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo à solicitação e/ou autorização prévia;
- » operar a central de regulação do Distrito Federal, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação estaduais e municipais;
- » implantar e operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território, de acordo com a pactuação estabelecida;
- » coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- » executar o controle do acesso do seu usuário aos leitos disponíveis, consultas, terapias e exames especializados, disponíveis no seu território, o que pode ser feito por meio de centrais de regulação;
- » definir a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde;
- » observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais;
- » processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços;
- » monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;
- » elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde e em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;
- » credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e com a regionalização;
- » monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios de Saúde;
- » monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas;
- » implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;

- » monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial;
- » supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública;
- » elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde;
- » implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial.

#### i.4 União

Cabe à União:

- » cooperar tecnicamente com os estados, o Distrito Federal e os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, regulação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços vinculados ao SUS;
- » monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo e por convênio aos fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios;
- » monitorar o cumprimento pelos estados, Distrito Federal e municípios dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, dos pactos de indicadores e metas, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da realização da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
- » coordenar no âmbito nacional a estratégia de identificação dos usuários do SUS;
- » coordenar e cooperar com os estados, o Distrito Federal e os municípios no processo de cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde;
- » definir e pactuar a política nacional de contratação de serviços de saúde;
- » propor e pactuar os critérios de credenciamento dos serviços de saúde;
- » propor e pactuar as normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados, de acordo com as políticas de atenção especializada;
- » elaborar, pactuar e manter as tabelas de procedimentos enquanto padrão nacional de utilização dos mesmos e de seus preços;
- » estruturar a política nacional de regulação da atenção à saúde, conforme pactuação na CIB, contemplando apoio financeiro, tecnológico e de educação permanente;

- » estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores;
- » cooperar na implantação e implementação dos complexos reguladores;
- » coordenar e monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação interestaduais, garantindo o acesso às referências pactuadas;
- » coordenar a construção de protocolos clínicos e de regulação de acesso nacionais, em parceria com os estados, o Distrito Federal e os municípios, apoiando-os na utilização dos mesmos;
- » acompanhar, monitorar e avaliar a atenção básica nas demais esferas de gestão, respeitadas as competências estaduais, municipais e do Distrito Federal;
- » monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios, Distrito Federal, estados e pelo gestor federal, incluindo a permanente avaliação dos sistemas de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;
- » normatizar, definir fluxos técnico-operacionais e supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública;
- » avaliar o desempenho das redes regionais e de referências interestaduais;
- » responsabilizar-se pela avaliação tecnológica em saúde;
- » avaliar e auditar os sistemas de saúde estaduais e municipais.

j. Nas responsabilidades na gestão do trabalho:

j.1 Municípios

Todo município deve:

- » promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;
- » adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente;

As responsabilidades a seguir serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal:

- » estabelecer, sempre que possível, espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores;

- » desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de política referente aos recursos humanos descentralizados;
- » considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS (PCCS/SUS), quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão local;
- » implementar e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito municipal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

#### j.2 Estados

Cabe aos estados:

- » promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;
- » desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de política referente aos recursos humanos descentralizados;
- » promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional;
- » adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente e apoiando técnica e financeiramente os municípios na mesma direção;
- » considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS (PCCS/SUS), quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão estadual;
- » propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito estadual, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

#### j.3 Distrito Federal

Cabe ao Distrito Federal:

- » desenvolver estudos quanto às estratégias e financiamento tripartite de política de reposição da força de trabalho descentralizada;

- » implementar espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito do Distrito Federal e regional;
- » adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente;
- » considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS (PCCS/SUS), quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão do Distrito Federal;
- » propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito do Distrito Federal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

#### j.4 União

Cabe à União:

- » promover, desenvolver e pactuar políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho, apoiando os gestores estaduais e municipais na implementação dessas;
- » desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes à força de trabalho descentralizada;
- » fortalecer a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS como um espaço de negociação entre trabalhadores e gestores e contribuir para o desenvolvimento de espaços de negociação no âmbito estadual, regional e/ou municipal;
- » adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente e apoiando técnica e financeiramente os estados e municípios na mesma direção;
- » formular, propor, pactuar e implementar as Diretrizes Nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde (PCCS/SUS);
- » propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito nacional, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

k. *Nas responsabilidades na educação na saúde:*

k.1 Municípios

Todo município deve:

- » formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando, quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento;
- » promover, diretamente ou em cooperação com o estado, com os municípios da sua região e com a União, processos conjuntos de educação permanente em saúde;
- » apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde;
- » incentivar junto à rede de ensino, no âmbito municipal, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS.

As responsabilidades a seguir serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal:

- » articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS;
- » promover e articular junto às Escolas Técnicas de Saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem.

k.2 Estados

Cabe aos estados:

- » formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito estadual;
- » promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS;
- » apoiar e fortalecer a articulação com os municípios e entre os mesmos, para os processos de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS;

- » articular o processo de vinculação dos municípios às referências para o seu processo de formação e desenvolvimento;
- » articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;
- » articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;
- » desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito estadual.

### k.3 Distrito Federal

Cabe ao Distrito Federal:

- » formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando, quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento;
- » promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente;
- » articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;
- » articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS;
- » articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;
- » desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito do Distrito Federal;
- » promover e articular junto às Escolas Técnicas de Saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem;
- » apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde da formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde;

- » incentivar, junto à rede de ensino, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS.

#### k.4 União

Cabe à União:

- » formular, promover e pactuar políticas de educação permanente em saúde, apoiando técnica e financeiramente estados e municípios no seu desenvolvimento;
- » promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão nacional do SUS;
- » propor e pactuar políticas regulatórias no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;
- » articular e propor políticas de indução de mudanças na graduação das profissões de saúde;
- » propor e pactuar com o sistema federal de educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, articulando os demais gestores na mesma direção.

#### l. Nas responsabilidades na participação e no controle social:

##### l.1 Municípios

Todo município deve:

- » apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;
- » prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;
- » organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Municipais de Saúde;
- » estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;
- » apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;
- » promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;
- » apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS.

A responsabilidade a seguir será atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal:

- » implementar ouvidoria municipal com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.

### 1.2 Estados

Cabe aos estados:

- » apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;
- » prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;
- » organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;
- » estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;
- » apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;
- » promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;
- » apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;
- » implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.

### 1.3 Distrito Federal

Cabe ao Distrito Federal:

- » apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;
- » prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;
- » organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;
- » estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;

- » apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;
- » promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;
- » apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;
- » implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.

#### 1.4 *União*

Cabe à União:

- » apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;
- » prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Nacional de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;
- » organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Nacionais de Saúde;
- » apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;
- » promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;
- » apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;
- » apoiar o fortalecimento dos movimentos sociais, aproximando-os da organização das práticas da saúde e com as instâncias de controle social da saúde;
- » formular e pactuar a política nacional de ouvidoria e implementar o componente nacional, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS.

### **3.2.6 Implantação e monitoramento dos Pactos pela Vida e de Gestão**

#### 3.2.6.1 PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO

Para a implantação desses Pactos foram acordados os seguintes pontos, que estão registrados na Portaria GM/MS n. 399/2006:

- » a implantação dos Pactos pela Vida e de Gestão enseja uma revisão normativa em várias áreas que serão regulamentadas em portarias específicas, pactuadas na CIT;

- » o Termo de Compromisso de Gestão, Federal, Estadual, do Distrito Federal e Municipal é o documento de formalização do Pacto. Estes termos devem ser aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde;
- » as Secretarias Estaduais podem definir metas regionais e estaduais, conforme pactuação nas CIB;
- » existe a perspectiva de que anualmente, no mês de março, devem ser revistas as metas, os objetivos e os indicadores do Termo de Compromisso de Gestão;
- » fica extinto o processo de habilitação para estados e municípios, conforme estabelecido na NOB-SUS 01/96 e na NOAS-SUS 2002.
- » ficam mantidas, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados que estão habilitados em Gestão Plena do Sistema, conforme estabelecido na Norma Operacional Básica – NOB-SUS 01/96 e na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 2002.

#### 3.2.6.2 PROCESSO DE MONITORAMENTO

O processo de monitoramento dos Pactos deve ser permanente, de cada ente, dos estados com relação aos municípios, dos municípios com relação ao estado, dos municípios e estado com relação à União e da União com relação aos estados, municípios e Distrito Federal.

#### 3.2.7 Regulamentação do Pacto pela Saúde

A partir das diretrizes e responsabilidades sanitárias estabelecidas no Pacto pela Saúde, definiu-se a regulamentação dos Pactos pela Vida e de Gestão, por meio da Portaria GM/MS n. 699, de 3 de abril de 2006.

A Portaria GM/MS n. 699, de 30 de março de 2006, regulamenta a implementação das Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão e seus desdobramentos para o processo de gestão do SUS, bem como a transição e o monitoramento dos Pactos, unificando os processos de pactuação e metas.

A referida portaria estabelece:

- » as responsabilidades sanitárias e atribuições de cada gestor do SUS (que constam do anexo do Termo de Compromisso de Gestão);
- » as metas e objetivos do Pacto pela Vida e define as prioridades dos três gestores para o ano em curso;

- » os indicadores de monitoramento dos Pactos pela Vida e de Gestão;
- » as normas para a definição, alteração e suspensão dos valores do limite financeiro global do município, do estado e do Distrito Federal;
- » os fluxos de aprovação dos termos de compromisso de gestão municipal, estadual, do Distrito Federal e da União;
- » as regras de transição relativas à habilitação de municípios;
- » o prazo para assinatura dos termos de compromisso de gestão;
- » o processo de monitoramento do Pacto;
- » as regras e fluxos para os processos de recursos dos estados e municípios.

São anexos da portaria de regulamentação:

- » os Termos de Compromisso de Gestão Municipal, Estadual, do Distrito Federal e da União;
- » a declaração de comando único do sistema pelo gestor municipal, que explicita a situação de gestão dos prestadores de serviços de acordo com a pactuação na CIB;
- » o extrato do Termo de Cooperação entre Entes Públicos;
- » o modelo da declaração da CIB de Comando Único do sistema pelo gestor municipal;
- » o termo do limite financeiro global do município, do estado e do Distrito Federal, que informa os recursos federais de custeio, explicitando o valor correspondente aos cinco blocos de financiamento (atenção básica, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, assistência farmacêutica, vigilância em saúde e gestão do SUS).

#### 3.2.7.1 O TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO

O Termo de Compromisso de Gestão (TCG) pode ser federal, estadual ou municipal e formaliza o Pacto pela Saúde nas suas dimensões pela Vida e de Gestão, contendo os objetivos e metas, as atribuições e responsabilidades sanitárias do gestor municipal e os indicadores de monitoramento e avaliação desses Pactos.

Nos casos em que não for possível assumir integralmente alguma responsabilidade constante no TCG, deve-se pactuar o cronograma, identificando o prazo no qual o município passará a exercê-la na sua plenitude e as ações necessárias para a consecução desse cronograma, assim como para o alcance das metas e objetivos pactuados, devem ser contempladas no Plano Municipal de Saúde.

As atribuições e responsabilidades sanitárias contidas no TCG devem ser pactuadas mediante o preenchimento do quadro correspondente a cada um dos eixos:

1. responsabilidades gerais da gestão do SUS;
2. regionalização;
3. planejamento e programação;
4. regulação, controle, avaliação e auditoria;
5. gestão do trabalho;
6. educação na saúde;
7. participação e controle social.

O gestor identifica a situação do município, frente ao conjunto das responsabilidades, para as condições de “Realiza”, “Não realiza ainda”, “Prazo para realizar” e “Não se aplica”, que constam na planilha a ser preenchida.

A construção dos TCGs deve ser um processo de negociação e apoio entre os entes federados diretamente envolvidos:

- I. gestores municipal e estadual para o Termo de Compromisso de Gestão Municipal;
- II. gestores estadual e federal para o Termo de Compromisso de Gestão Estadual e do DF;
- III. gestores federal, municipal e estadual para o Termo de Compromisso de Gestão Federal;
- IV. o Ministério da Saúde apoiará a negociação do Termo de Compromisso de Gestão Municipal, junto ao município e estado, quando solicitado;
- V. os gestores municipais devem acompanhar o processo de construção do Termo Estadual;
- VI. os gestores municipais e estaduais devem acompanhar o processo de construção do Termo Federal.

A partir da divulgação do Pacto pela Saúde, os gestores estaduais, responsáveis pela coordenação da construção do Pacto no âmbito estadual, procuraram iniciar a implantação, que foi realizada de forma diferenciada nos estados, tendo em vista que esse processo demonstrou ser bastante complexo, demandando esforços das equipes técnicas das secretarias e dos Cosems em várias frentes que favorecessem a discussão da regionalização, da elaboração dos instrumentos de planejamento, da organização dos Colegiados de Gestão Regional e de toda a estrutura de pactuação das responsabilidades sanitárias de cada gestor.

O Ministério da Saúde organizou equipes de apoiadores para visitar os estados e colaborar nas reuniões que estavam organizando para a implantação do Pacto, tendo em vista que os estados e municípios estavam solicitando cooperação técnica.

Reforçando a premissa de que a implantação do Pacto deveria ser um processo de pactuação e não uma adesão burocrática e sem compromissos, o CONASS e o Conasems organizaram-se para prestar cooperação técnica aos estados e municípios e discutir com o Ministério da Saúde os desdobramentos necessários nas normas que permitissem maior agilização na implantação do Pacto.

O CONASS iniciou uma série de oficinas nos estados, visando à capacitação das equipes técnicas em vários temas:

- » fortalecimento da gestão estadual do SUS com base nas Funções Essenciais da Saúde Pública (Fesp);
- » organização das redes de atenção à saúde;
- » projeto de Aprimoramento da Gestão em Atenção Primária - (Agap) com curso de aperfeiçoamento em gestão da Atenção Primária em Saúde e a implantação de projetos de intervenção.

#### 3.2.7.2 PROTOCOLO DE COOPERAÇÃO ENTRE ENTES PÚBLICOS

A Portaria/GM 161, de 21 de janeiro de 2010, dispõe sobre o art. 3º da Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que versa sobre o Termo de Cooperação entre Entes Públicos, que passou a ser designado Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos.

O Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP) é o instrumento que se destina à formalização da relação entre gestores do Sistema Único de Saúde, quando unidades públicas de saúde, hospitalares e ambulatoriais especializadas, situadas no território de um município, estão sob gerência de determinada unidade federativa e gestão de outra.

O acompanhamento e a avaliação dos resultados do PCEP devem ser realizados por Comissão de Acompanhamento, a ser instituída pelos gestores signatários do PCEP, que se reunirá no mínimo trimestralmente, e sempre quando necessário, integrada por representantes paritários designados pelas partes envolvidas no PCEP, desempenhando as seguintes competências:

I. avaliar o cumprimento das metas físicas pactuadas, mediante o acompanhamento dos Planos Operativos Anuais;

II. propor, quando necessário, modificações nas cláusulas do PCEP, desde que não alterem seu objeto;

### III. propor indicadores de avaliação do Plano Operativo Anual.

As divergências na negociação e pactuação do PCEP, nas quais não seja possível acordo entre os gestores do Sistema Único de Saúde, serão remetidas à Comissão Intergestores Bipartite.

A aprovação do Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos significa um avanço na pactuação entre os gestores do SUS no que se refere à formalização da relação entre gestores, quando unidades públicas hospitalares e ambulatoriais especializadas, prestadoras de serviços, situadas no território de um município estão sob gerência de determinada esfera administrativa e gestão de outra. Esse novo Protocolo define o papel da unidade no sistema municipal e localregional, o perfil dos serviços a serem ofertados através das metas físicas e qualitativas, de acordo com as necessidades de saúde da população, bem como os mecanismos de acompanhamento e avaliação.

Deve ser ressaltado que o documento orienta que as unidades públicas prestadoras de serviços devem, preferencialmente, receber os recursos de custeio correspondentes à realização das metas pactuadas no plano operativo e não por produção de serviços, o que aponta para uma nova forma de financiamento dos serviços de saúde, com a definição de metas físicas e de qualidade, o que permite um melhor acompanhamento dos resultados.

#### 3.2.7.3 TERMO DE AJUSTE SANITÁRIO

A Portaria/GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para ações e serviços de saúde na forma de blocos de financiamento e o respectivo monitoramento e controle, instituiu o Termo de Ajuste Sanitário (TAS) como um instrumento a ser formalizado entre os gestores do SUS, no qual são constituídas obrigações para a correção de impropriedades no funcionamento do sistema.

Após muitas discussões nos Grupos Técnicos da Câmara Técnica da CIT sobre esse instrumento, em setembro de 2009, foi publicada a Portaria/GM 2046 definindo que o TAS poderá ser celebrado entre os gestores das três instâncias do SUS e a sua finalidade é a correção de impropriedades decorrentes do descumprimento de obrigações previstas em normativas do Ministério da Saúde relativas à gestão do SUS, com a assinatura desse compromisso.

Considerando que o TAS refere-se à correção de impropriedades, não cabe a sua celebração nas seguintes situações:

- I. no caso de convênio, acordo, ajuste ou outros instrumentos congêneres;
- II. quando houver infração à norma legal;
- III. quando a impropriedade resultar em ocorrência de desfalque ou desvio de dinheiro, bens ou valores públicos.

A portaria define o que são impropriedades para a aplicação do TAS:

- I. o descumprimento de normativas do Ministério da Saúde relativas à gestão, identificado e comprovado pelo órgão competente do SNA;
- II. falhas de natureza formal de que não resulte dano ao erário.

Durante a vigência do TAS, suspendem-se as medidas de bloqueio ou devolução de recursos previstas em normativas do Ministério da Saúde e, ao celebrá-lo, o processo de auditoria será arquivado, mas o gestor obriga-se a:

- I. cessar a prática do ato causador da impropriedade;
- II. elaborar plano de trabalho conforme o previsto no inciso I do art. 7º desta Portaria;
- III. corrigir a impropriedade por meio das ações detalhadas no plano de trabalho;
- IV. depositar o valor apurado, com recurso próprio do tesouro, no respectivo Fundo de Saúde, no caso de impropriedade no remanejamento dos recursos entre os blocos de financiamento.

O documento do TAS deverá conter, no mínimo, as seguintes cláusulas:

- I. das obrigações do gestor compromitente em:
  - a. *adotar as medidas estabelecidas nos incisos I, II, III e IV do art. 5º da referida Portaria;*
  - b. *executar o plano de trabalho previsto no inciso II do art. 5º desta Portaria;*
  - c. *aderir ao Pacto pela Saúde com assinatura do Termo de Compromisso de Gestão;*
- II. o dever do gestor compromissário de arquivamento da auditoria quando sanada a impropriedade;
- III. explicitação das medidas a serem aplicadas no caso de descumprimento total ou parcial do TAS;
- IV. período de vigência do TAS.

### **3.3 Avaliações do Pacto pela Saúde**

#### **3.3.1 Avaliação realizada em 2008**

Em setembro de 2007, o plenário da Comissão Intergestores Tripartite estabeleceu o prazo de 90 dias para a Câmara Técnica da CIT apresentar uma avaliação do processo de adesão de municípios, estados e do Distrito Federal ao Pacto pela Saúde e definir estratégia de indução para adesão dos Entes Federados.

Nos dias 22 e 23 de janeiro de 2008, foi realizada em Brasília uma Reunião Ampliada do Grupo Técnico de Gestão da CIT com os objetivos de sistematizar um diagnóstico tripartite da situação atual de implantação do Pacto pela Saúde nos estados e municípios, traçar estratégias tripartites para superação das dificuldades encontradas no processo de implantação, considerando a situação de adesão dos estados e municípios e apresentar propostas de valorização dos resultados alcançados.

A seguir, estão os principais pontos do relatório apresentado à Comissão Intergestores Tripartite sobre o resultado da reunião técnica realizada:

Após dois anos de vigência, 16 estados e cerca de 2 mil municípios estavam oficialmente implantando o Pacto, com seus Termos de Compromisso de Gestão (TCG) homologados pela CIT e publicados em portaria; e 14 estados já haviam organizado os Colegiados de Gestão Regional, totalizando 304 Colegiados homologados em todo o país. A grande maioria das secretarias estaduais de saúde apoiou os municípios na construção dos TCGM e, em muitos estados, um fator de qualificação do processo de adesão foi a constituição do Grupo Condutor Estadual para o processo de pactuação, com a participação dos representantes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems).

A partir das análises realizadas no Seminário, concluiu-se que o Pacto em Defesa do SUS é o componente menos compreendido do Pacto pela Saúde e também o menos divulgado e que, desde a publicação do Pacto, não houve mobilização efetiva da sociedade em defesa do SUS. O teor da Carta de Direitos dos Usuários do SUS, prevista no Pacto em Defesa do SUS, não foi pactuado de forma tripartite e tem tido pouca divulgação junto aos usuários. Quanto ao subfinanciamento do SUS, apesar do aumento de recursos aplicados por estados e municípios, o orçamento da saúde continua insuficiente para fazer frente à universalidade e a integralidade da atenção.

O Pacto de Gestão foi analisado em toda a sua complexidade e concluiu-se naquela avaliação que o denominado “choque de descentralização” com ênfase na atuação das CIB pouco avançou e restringiu-se a três áreas: hospitalar, saúde do trabalhador e alta e média complexidade referidas na Portaria GM/MS n. 598, de 23 de março de 2006.

Na área de planejamento, constatou-se um processo heterogêneo de revisão dos Planos Diretores de Regionalização (PDR) e dos Planos Diretores de Investimento (PDI) nos estados. O Plano de Saúde e o Relatório de Gestão foram reconhecidos como os principais instrumentos do sistema de planejamento do SUS. Foram constatadas dificuldades para operar os parâmetros assistenciais propostos pelo Ministério da Saúde na Programação Pactuada e Integrada (PPI), tendo em vista que estão desconectados do processo de pactuação dos Termos de Compromisso de Gestão.

No que se refere à regionalização, verificou-se que se tem pouca clareza do papel dos Colegiados de Gestão Regional e de sua interlocução com as CIB, além de não ter havido até o momento uma pactuação tripartite quanto à proposta de organização das redes de atenção à saúde.

Verificou-se que, onde houve construção conjunta (SES e Cosems) dos TCG, houve maior envolvimento dos municípios, com melhor qualificação do processo de implantação do Pacto.

Quanto ao financiamento, o Bloco de Gestão do SUS incorporou nove incentivos, o que ocasionou pouca flexibilidade para a utilização dos recursos dentro desse bloco e no Bloco de Média e Alta Complexidade (MAC) permaneciam as mesmas “caixinhas” na medida em que os valores referentes ao FAEC ainda não tinham migrado para o limite de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

O processo de monitoramento do Pacto ainda não estava com seus fundamentos normativos totalmente definidos, e as ações previstas no Pacto pela Saúde para a área de participação e controle social ainda estavam em fase incipiente, ressaltando-se entre outros aspectos a baixa mobilização social em torno do Pacto pela Saúde.

As ações referentes à gestão do trabalho eram insuficientes para dar conta das diretrizes estabelecidas no Pacto, apesar dos avanços em relação à definição das diretrizes do PCCS e da assinatura do protocolo que trata da constituição da mesa de negociação.

Na Educação em Saúde, houve avanços na área da residência médica e da regulamentação da formação e capacitação em serviço.

Foram definidos alguns encaminhamentos nesse Seminário, para serem implantados ao longo de 2008, destacando-se entre eles:

1. Aprofundar o diagnóstico sobre o Pacto, buscando identificar e analisar quais os fatores que contribuíram para a não-adesão de um conjunto de estados e municípios, bem como quais os fatores que impulsionaram a adesão em conjunto de estados e municípios.
2. Qualificar as Comissões Intergestores Bipartite para atuarem como apoiadoras e formuladoras do processo de construção dos Termos de Compromisso de Gestão por estados e municípios.
3. Estimular a elaboração dos instrumentos de planejamento do SUS, com ênfase na regionalização, de forma que reflitam a realidade do Pacto, evitando processos meramente burocráticos e dele dissociados.

4. Elaborar uma agenda conjunta, tripartite, de cooperação técnica, visando superar as dificuldades de estados e municípios que não aderiram e apoiando aqueles que aderiram e estão em processo de implantação do Pacto.
5. Estimular um processo de planejamento estratégico, regional, contínuo e integrado e um financiamento adequado para a elaboração da PPI.
6. Pactuar estratégias de apoio aos Colegiados de Gestão Regional (CGR), com atuação conjunta do Ministério da Saúde, do CONASS e do Conasems.
7. Unificar o mais breve possível os atuais incentivos do componente de Qualificação da Gestão, do Bloco de Gestão do SUS, acabando com a atual fragmentação.
8. Construir um processo de valorização da gestão no Pacto pela Saúde, cujas estratégias devem ser elaboradas de forma tripartite, avaliando não só os resultados, mas também a gestão como um todo, com financiamento garantido.
9. Unificar todos os incentivos do componente de Qualificação da Gestão do Bloco de Gestão do SUS, transformando-os em um único componente voltado à qualificação e valorização da gestão.
10. Quanto ao monitoramento deve ser retomada essa discussão considerando os seguintes pontos:
  - » Promover uma compatibilização do TCG e do Plano de Saúde a cada período de gestão com a participação dos Conselhos de Saúde.
  - » Priorizar o espaço dos CGR, CIB e CIT no processo de monitoramento do Pacto.
  - » Ressaltar a importância de integrar os vários processos de monitoramento conduzidos pelo MS tendo como base os indicadores do Pacto pela Saúde.
11. Realizar uma Oficina de Trabalho das CIB com a participação de representantes das SES e dos Cosems, para ampliar a avaliação da implantação do Pacto pela Saúde, bem como reforçar informações relevantes para a estruturação das Câmaras Técnicas nas CIB e construção dos TCG.

### **3.3.2 Avaliação realizada em 2010**

O plenário da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), na reunião ordinária de setembro de 2009, apontou a avaliação da implementação do Pacto pela Saúde como prioridade dos trabalhos para o início de 2010. Para tanto, foi realizada uma reunião extraordinária em março com os seguintes objetivos:

- » identificar os avanços possibilitados pelo Pacto e os problemas afetos à gestão do SUS para os quais o mesmo se mostrou insuficiente;
- » levantar os desafios que ainda persistem no processo de fortalecimento da gestão, relacionados às questões apontadas no Pacto e que não foram efetivadas;
- » mapear os desafios decorrentes da implementação do Pacto;

- » apontar estratégias a serem adotadas com vistas à superação dos problemas/desafios;
- » estabelecer agenda de trabalho tripartite em torno de questões estruturantes para a efetivação do Pacto, a serem implementadas em 2010.

O documento com o relatório da reunião extraordinária da CIT ocorrida no dia 18 de março de 2010 apresenta a síntese das questões e discussões relativas à avaliação do Pacto pela Saúde, explicitadas pelo Ministério da Saúde (MS), pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

A partir das informações e consensos estabelecidos, foi definida uma agenda de trabalho conjunta no tocante à condução do Pacto pela Saúde ao longo de 2010, que deverá nortear as atividades dos Grupos de Trabalho da Câmara Técnica da CIT.

A seguir, os principais pontos do relatório da referida reunião:

## **1. Pacto pela Saúde como agenda prioritária da Gestão do SUS – premissas:**

- a. *O Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde reafirmam o Pacto pela Saúde como ordenador do processo de gestão do Sistema Único de Saúde e, conseqüentemente, agenda prioritária da Comissão Intergestores Tripartite.*
- b. *É de fundamental importância que os eixos temáticos abordados no Pacto, suas prioridades, objetivos e metas sejam contemplados de forma permanente na pauta de reflexões, debates e decisões no âmbito dos colegiados intergestores do SUS: CIT, CIB e CGR.*
- c. *O fortalecimento do Pacto pela Saúde passa também pela definição, no âmbito da CIT e das CIBs, das ações a serem implementadas para alcance dos objetivos e metas pactuados, bem como pelo estabelecimento de processo permanente de monitoramento e avaliação do Pacto.*
- d. *A conjuntura de recursos insuficientes para o setor saúde aponta a necessidade das três esferas de governo articularem esforços para investimento na qualificação da gestão do Sistema, sendo o Pacto o norteador desse processo.*

## **2. Principais avanços do Pacto pela Saúde:**

Um aspecto a ser destacado na implementação do Pacto diz respeito à substituição da habilitação de estados e municípios em determinada condição de gestão pelo processo de adesão ao Pacto, mediante celebração de Termo de Compromisso de Gestão. Nesse contexto, até o mês de março de 2010, a União, os estados, o Distrito Federal e 3.345 municípios haviam aderido ao Pacto pela Saúde, tendo seus respectivos termos homologados pela CIT e publicados.

Em síntese, destacam-se como principais avanços do Pacto:

- » a constituição de 411 Colegiados de Gestão Regional (CGR), englobando 5.270 municípios e representando uma nova dinâmica no processo de regionalização. Esses colegiados são importantes elementos na superação da fragmentação sistêmica, na aproximação do diálogo e da pactuação para o espaço regional e no estabelecimento de ação cooperativa entre os gestores do SUS;
- » a organização das transferências federais em Blocos de Financiamento, propiciando a redução na fragmentação dos repasses e priorizando a modalidade fundo a fundo nas transferências de recursos, com destaque para a criação dos Blocos de Financiamento de Investimentos e de Gestão;
- » a definição de diretrizes nacionais para os processos de gestão do Sistema, com o estabelecimento de responsabilidades, prioridades, objetivos e metas a serem observadas no movimento de qualificação da gestão.

### **3. Agenda de Trabalho da Comissão Intergestores Tripartite:**

Tomando por referencial a avaliação realizada, as discussões no âmbito da CIT devem ser orientadas a partir das seguintes diretrizes políticas:

- I. orientar as pactuações de políticas e ações na CIT pelo Pacto pela Saúde, evitando ações fragmentadas e desconectadas às suas prioridades;
- II. garantir que, no processo de pactuação de estratégias para implementação das políticas relacionadas ao Pacto pela Saúde, sejam definidas grandes diretrizes nacionais que reflitam a unidade de princípios, assegurando, no processo de descentralização, a diversidade operativa em cada estado;
- III. retomar o processo de redução das desigualdades regionais;
- IV. monitorar de forma permanente o Pacto pela Saúde e as ações definidas para sua implementação.

Nesse sentido, foram definidos os seguintes temas prioritários da agenda operacional da Tripartite em 2010, a ser desdobrada na Câmara Técnica e nos seus respectivos grupos de trabalho:

1. revisar a Portaria GM/MS nº 699/06, que define os instrumentos do Pacto pela Saúde – TCG e Anexos – para que estes sejam documentos ágeis e que reflitam o compromisso do gestor com metas e resultados;
2. revisar a Portaria GM/MS nº 204/07, contemplando: unificação do Bloco de Gestão, implantação do Índice de Valorização da Gestão e incorporação de mudanças ocorridas nos blocos de vigilância e assistência farmacêutica.;

3. avançar no processo de descentralização das ações e serviços, com foco na retomada da descentralização de processos para as CIBs;

4. harmonizar a atuação tripartite na organização do sistema de planejamento do SUS e fortalecer a cooperação técnica com SES e SMS, com vistas ao aprimoramento do processo de planejamento e gestão descentralizada do SUS, conforme Portaria GM/MS nº 2751/09 (interface Planejamento & Pacto);

5. fortalecer o processo de regionalização, com as seguintes ações:

- › instrumentalizar os CGR para que assumam seu papel de espaço de definição de prioridades e de pactuações de soluções para a organização de rede de atenção à saúde integrada e resolutiva;
- › definir orientações sobre regiões fronteiriças e interestaduais;
- › estabelecer consenso tripartite quanto aos aspectos organizacionais, conceituais e de estratégias para a implantação da Rede de Atenção à Saúde, com ênfase no modelo de atenção e no papel ordenador da APS;

6. estabelecer processo de avaliação tripartite das prioridades do Pacto pela Saúde, com as seguintes ações:

- › implantar sistema de monitoramento das metas pactuadas, com a disponibilização de ferramenta que possibilite apurar e consolidar os indicadores pactuados;
- › incluir na pauta da CIT, de forma sistemática, a avaliação das prioridades do Pacto e das funções gestoras explicitadas nos eixos do Pacto de gestão e estimular estados e municípios a fazerem o mesmo nas CIBs, priorizando os temas: Programação da Atenção à Saúde; Auditoria no SUS; Regulação, Controle e Avaliação e Fortalecimento da Atenção Básica;
- › implantar ferramenta que possibilite o monitoramento e avaliação das metas pactuadas, consolidando o cálculo dos indicadores do Pacto;

7. intensificar as ações de mobilização social em defesa do direito à saúde e do SUS e atuar politicamente para a aprovação da regulamentação da EC 29 até o final do ano;

8. debater e propor soluções para a questão dos recursos humanos no SUS.





# 4 REGIONALIZAÇÃO

- 4.1 Introdução
  - 4.2 A Regionalização da Saúde na regulamentação do SUS
  - 4.3 Objetivos da Regionalização
  - 4.4 A Regionalização da Atenção à Saúde
  - 4.5 Regiões de Saúde
  - 4.6 Planejamento Regional
  - 4.7 Colegiado de Gestão Regional
- 



# 4 REGIONALIZAÇÃO

## 4.1 Introdução

A regionalização no Sistema Único de Saúde constitui estratégia prioritária para garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais, promover a equidade e a integralidade da atenção, racionalizar os gastos, otimizar os recursos e potencializar o processo de descentralização.

Ao longo desses 20 anos, os gestores do SUS buscaram alternativas para melhorar o acesso dos cidadãos às ações e serviços de saúde com equidade, adequando a disponibilidade de recursos às necessidades e demandas da população. Desde a década de 1990, com a publicação das normas operacionais do SUS, a descentralização das ações e serviços tem sido uma diretriz do sistema de saúde.

A regionalização oferece os meios para melhorar a coordenação e integração do cuidado em saúde e os custos e proporciona escala mais adequada e maior participação dos cidadãos no processo de tomada de decisão. Contudo, a regionalização, apesar dos benefícios, apresenta desafios, tais como as dificuldades para integrar e coordenar as ações e serviços, em diferentes espaços geográficos, com distintas gestões e gerências para atender as necessidades de saúde e demandas da população na escala, qualidade e custos adequados. Para isso, requer a existência de sistemas de informação em tempo real para orientar a tomada de decisão e a busca constante de alternativas para otimizar recursos e organizar a gestão compartilhada (COLEÇÃO PROGESTORES, SUS 20 ANOS – 2009).

## 4.2 A Regionalização da Saúde na regulamentação do SUS

*Constituição Federal – Art. 198*

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. (Brasil, 1998).

*Lei nº 8.080/1990 – Art. 7º*

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: [...] a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; [...]. (BRASIL, 1990).

*NOB-SUS 01/93 – Item g da Introdução – Portaria GM/MS n. 545/1993*

Item g) a regionalização deve ser entendida como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo (BRASIL, 1993).

*NOB-SUS 01/96 – Item 4 – Portaria GM/MS n. 2203/1996*

A totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município – o SUS-Municipal – voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional (BRASIL, 1996).

*NOAS-SUS 01/2001 e NOAS-SUS 01/2002*

[...] para o aprofundamento do processo de descentralização, deve-se ampliar a ênfase na regionalização e no aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora da SES.[...] (BRASIL, 2001).

1. Estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. [...] 2. Instituir o Plano Diretor de Regionalização – PDR como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado [...] (BRASIL, 2001).

*Pacto pela Saúde – Item 2, Diretrizes para a Gestão do SUS, Pacto de Gestão, Portaria GM/MS n. 399/2006*

A Regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e

os processos de negociação e pactuação entre os gestores. Os principais instrumentos de planejamento da Regionalização são o Plano Diretor de Regionalização – PDR –, o Plano Diretor de Investimentos – PDI – e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde – PPI [...] (BRASIL, 2006b).

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS, 2001) promoveu no país, naquela ocasião, uma ampla discussão sobre a conformação de regiões de saúde com vistas a organizar a assistência à saúde, porém, devido à sua rigidez normativa e à impossibilidade de contemplar as diferentes realidades do País, acabou por não atingir os seus objetivos.

Nesse contexto, nasceu o Pacto pela Saúde, que retoma a discussão da regionalização e, a partir da experiência das Noas 2001/2002, propõe um movimento dinâmico e flexível, indicando, para tal, espaços regionais de planejamento e gestão compartilhada entre os gestores municipais e estaduais, por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), visando à implementação da regionalização solidária e cooperativa.

### **4.3 Objetivos da Regionalização**

1. Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcendam a escala local/municipal.
2. Garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade.
3. Garantir a integralidade na atenção à saúde por meio da organização de redes de atenção à saúde integradas.
4. Potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores e organizando as demandas nas diferentes regiões.
5. Racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganhos em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

### **4.4 A Regionalização da Atenção à Saúde**

A Regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores.

A conformação de regiões de saúde no País é o fator determinante para a construção das redes de atenção à saúde no SUS. Ao se constituírem as regiões, é necessário

considerar alguns critérios, tais como: contiguidade intermunicipal; a existência, entre esses municípios, de alguma identidade social, econômica e cultural; a existência de um sistema de transporte e de comunicação entre os municípios e as regiões; a identificação dos fluxos assistenciais e a avaliação da disponibilidade de recursos humanos, físicos, equipamentos e insumos em escala adequada à qualidade e ao acesso.

No setor saúde, verifica-se uma relação estreita entre qualidade e quantidade, assim como pode ocorrer uma relação dialética entre escala e acesso, nesses casos apesar de ter serviços com baixa escala, deve-se garantir o acesso (MENDES, 2006). Todos esses critérios precisam ser analisados na conformação das regiões em cada estado para que, de fato, se definam territórios sanitários, que diferem dos territórios político-administrativos ainda vigentes em várias regiões do País. Os territórios político-administrativos são predefinidos pela divisão político-administrativa do País, dos estados e dos municípios e necessariamente não são considerados na sua conformação os critérios de conformação dos territórios sanitários (MENDES, 2004).

Ao se definirem os territórios sanitários, é preciso estabelecer a abrangência das ações e serviços e a responsabilidade dos gestores do SUS. Dessa forma, o Pacto pela Saúde propõe que no território municipal se desenvolvam todas as ações e serviços de atenção primária à saúde e ações básicas de vigilância em saúde; nas microrregiões ou regiões de saúde, haja a suficiência em serviços especializados; e na macrorregião de saúde, haja serviços especializados de maior densidade tecnológica.

Os espaços territoriais devem contemplar, de acordo com a escala, acesso e qualidade, os recortes microrregionais e macrorregionais, organizados em redes de atenção que possibilitem a conformação de um sistema integrado de saúde.

Esses espaços devem ser explicitados nos Planos Diretores de Regionalização (PDR), cabendo às secretarias estaduais de saúde a coordenação do processo de regionalização.

Ao se organizarem as redes de atenção à saúde, há de se considerarem as peculiaridades regionais existentes no Brasil, especialmente no que concerne a regiões de baixa densidade demográfica, como, por exemplo, a Amazônia Legal, que terão, em razão da necessidade, de garantir o acesso a serviços com baixa escala.

A Portaria/GM 399 de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde e aprova suas diretrizes operacionais, define as seguintes etapas do processo de construção da Regionalização:

- a. *A. Critérios para a composição da Região de Saúde, expressa no PDR:*
  - » contiguidade entre os municípios;

- » respeito à identidade expressa no cotidiano social, econômico e cultural;
- » existência de redes de comunicação e de infraestrutura de transportes que permita o trânsito das pessoas entre os municípios;
- » existência de fluxos assistenciais que devem ser alterados, se necessário, para a organização da rede de atenção à saúde;
- » considerar a rede de ações e serviços de saúde, em que:
  - › todos os municípios devem responsabilizar-se pela atenção primária e pelas ações básicas de vigilância em saúde;
  - › o desenho da região propicia relativo grau de resolutividade àquele território, como a suficiência em atenção primária e parte da média complexidade;
  - › a suficiência está estabelecida ou a estratégia para alcançá-la está explicitada no planejamento regional, contendo, se necessário, a definição dos investimentos;
  - › o desenho considera os parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala com equidade no acesso;
  - › o desenho garante a integralidade da atenção e, para isso, as regiões devem pactuar entre si arranjos inter-regionais, se necessário com agregação de mais de uma região em uma macrorregião,
  - › o ponto de corte de média e alta complexidade na região ou na macrorregião deve ser pactuado na CIB, a partir da realidade de cada estado.

b. *Constituição, organização e funcionamento do Colegiado de Gestão Regional:*

- » a constituição do colegiado de gestão regional deve assegurar a presença de todos os gestores de saúde dos municípios que compõem a região e da representação estadual;
- » nas CIBs regionais constituídas por representação, quando não for possível a imediata incorporação de todos os gestores de saúde dos municípios da região de saúde, deve ser pactuado um cronograma de adequação, com o menor prazo possível, para a inclusão de todos os gestores nos respectivos colegiados de gestão regionais;
- » constituir uma estrutura de apoio ao colegiado, através de câmara técnica e, eventualmente, grupos de trabalho formados com técnicos dos municípios e do estado;
- » estabelecer uma agenda regular de reuniões.

### c. *Reconhecimento das Regiões*

- » as Regiões Intramunicipais deverão ser reconhecidas como tal, não precisando ser homologadas pelas Comissões Intergestores;
- » as Regiões Intraestaduais deverão ser reconhecidas nas Comissões Intergestores Bipartite e encaminhadas para conhecimento e acompanhamento do MS;
- » as Regiões Interestaduais deverão ser reconhecidas nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite e encaminhadas para homologação da Comissão Intergestores Tripartite;
- » as Regiões Fronteiriças deverão ser reconhecidas nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite e encaminhadas para homologação na Comissão Intergestores Tripartite;
- » o desenho das Regiões Intra e Interestaduais deve ser submetida à aprovação pelos respectivos Conselhos Estaduais de Saúde.

## 4.5 Regiões de Saúde

As Regiões de Saúde são recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuos. Identificá-los é responsabilidade dos gestores municipais e estaduais, tendo como base a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como de redes nas áreas de comunicação, infraestrutura, transportes e saúde. Nessas regiões, as ações e serviços devem ser organizados com o objetivo de atender as demandas das populações dos municípios a elas vinculados, garantindo o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado com a saúde local. Para tanto, deve estar garantido o desenvolvimento da atenção primária da assistência e parte da média complexidade, assim como as ações básicas de vigilância em saúde.

É preciso estabelecer a abrangência das ações e serviços e a responsabilidade dos respectivos gestores do SUS ao definir as Regiões de Saúde.

As Regiões de Saúde podem assumir diferentes desenhos, desde que adequados às diversidades locais, mesmo que não acompanhando as divisões administrativas regionais já utilizadas por alguns estados na organização de seus trabalhos. A delimitação das Regiões de Saúde não pode ser vista, portanto, como um processo meramente administrativo. Para que seja eficaz e efetiva, deve levar em conta todos os fatores envolvidos, viabilizando dessa forma o desenvolvimento de uma “regionalização viva” (REGIONALIZAÇÃO SOLIDÁRIA E COOPERATIVA, SÉRIE PACTOS PELA SAÚDE 2006).

Na Região de Saúde, deve ser organizada a rede de ações e serviços de saúde a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado. O Livro 3 da Coleção para Entender a Gestão do SUS 2011 trata sobre o tema Redes de Atenção à Saúde e a mudança do modelo de atenção para atender as necessidades de saúde da população.

#### **4.5.1 Formatos das Regiões de Saúde**

As Regiões de Saúde podem ter os seguintes formatos:

- » regiões intraestaduais, compostas por mais de um município, dentro de um mesmo estado;
- » regiões intramunicipais, organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional;
- » regiões interestaduais, conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados;
- » regiões fronteiriças, conformadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos.

Nos casos de regiões fronteiriças, o Ministério da Saúde deve envidar esforços no sentido de promover articulação entre os países e órgãos envolvidos, na perspectiva de implementação do sistema de saúde e consequente organização da atenção nos municípios fronteiriços, coordenando e fomentando a constituição dessas regiões.

A busca de atendimento por estrangeiros no SUS, bem como a demanda dos brasileiros residentes nas cidades estrangeiras de fronteira, causa um impacto bastante significativo nos sistemas municipais de saúde e varia conforme a região, tipo de fronteira e país fronteiro.

Para a organização e o reconhecimento dessa região, é necessário o envolvimento do Ministério da Saúde e do Ministério das Relações Exteriores, que deverão apoiar os estados e municípios na negociação ou entre os países envolvidos num acordo mais amplo ou entre os municípios e estados vizinhos nas fronteiras internacionais.

No Brasil, o ato internacional necessita, para a sua conclusão, da colaboração dos Poderes Executivo e Legislativo. Segundo a Constituição brasileira vigente, celebrar tratados, convenções e atos internacionais é competência privativa do Presidente da República (art. 84, inciso VIII), embora estejam sujeitos ao referendo do Congresso Nacional, a quem cabe, ainda, resolver definitivamente sobre tratados, acordos e atos internacionais que acarretem encargos ou compromissos gravosos ao patrimônio nacional (art. 49, inci-

so I). Portanto, embora o Presidente da República seja o titular da dinâmica das relações internacionais, cabendo-lhe decidir tanto sobre a conveniência de iniciar negociações quanto a de ratificar o ato internacional já concluído, a interveniência do Poder Legislativo, sob a forma de aprovação congressional, é, via de regra, necessária.

A tradição constitucional brasileira não concede o direito de concluir tratados aos Estados-membros da Federação. Nessa linha, a atual Constituição diz competir à União, “manter relações com Estados estrangeiros e participar de organizações internacionais” (art. 21, inciso I). Por tal razão, qualquer acordo que um estado federado ou município deseje concluir com Estado estrangeiro, ou unidade dos mesmos que possua poder de concluir tratados, deverá ser feito pela União, com a intermediação do Ministério das Relações Exteriores, decorrente de sua própria competência legal. O Brasil tem feito amplo uso do termo Acordo em suas negociações bilaterais de natureza política, econômica, comercial, cultural, científica e técnica, pois é expressão de uso livre e de alta incidência na prática internacional.

Quando for o caso, outros recortes podem ser definidos, tais como macrorregião de saúde. Em muitos estados, estão sendo organizadas macrorregiões de saúde, que são arranjos territoriais que agregam mais de uma região de saúde, de qualquer modalidade, com o objetivo de que elas organizem, entre si, ações e serviços de média e alta complexidade, complementando desse modo a atenção à saúde das populações desses territórios. A identificação das macrorregiões de saúde deve considerar, também, os critérios de acessibilidade entre as regiões agregadas e seus desenhos precisam constar no Plano Diretor de Regionalização (REGIONALIZAÇÃO SOLIDÁRIA E COOPERATIVA, SÉRIE PACTOS PELA SAÚDE 2006).

São possíveis ainda outros arranjos regionais que podem contribuir para viabilizar o acesso da população aos serviços de saúde.

As Regiões Integradas de Desenvolvimento (Ride), solução encontrada para viabilizar a regionalização em territórios metropolitanos que abrangem mais de uma unidade federativa, criadas por legislação federal específica, delimitam os municípios e definem competências assumidas pelo conselho de representantes federais, estaduais e municipais, que deve elaborar de forma solidária e consensual um Programa Especial de Desenvolvimento para a Ride, no qual estejam explicitados os objetivos, os instrumentos, as parcerias, envolvendo necessariamente também a sociedade civil, além dos governos. Para a saúde, as Ride apresentam-se como possibilidades estratégicas de arranjos regionais na organização e ampliação das redes de atenção à saúde, devendo, para tanto, estarem articuladas aos demais instrumentos de gestão do SUS.

As Ride inovam no efetivo resgate do planejamento e das parcerias com a sociedade como estratégias do desenvolvimento regional e gestão territorial. A primeira Ride foi criada em 1998 – a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (Ride/DF) – e as demais em 2002, sendo elas: a Região Integrada de Desenvolvimento Teresina e Piauí e a Região Integrada de Desenvolvimento do Polo Petrolina e Juazeiro.

#### 4.6 Planejamento Regional

Estão estabelecidos na Portaria GM/MS n. 399/2006 os compromissos de cada esfera no que concerne ao planejamento. No item três do capítulo relativo à responsabilidade sanitária, destacam-se como responsabilidades comuns aos entes federados: 1) formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, construindo nesse processo o plano de saúde e submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde correspondente; 2) formular, no plano de saúde, a política de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde e 3) elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho de Saúde correspondente.

A Portaria GM/MS n. 699/2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, no que se refere ao planejamento, estabelece que o relatório de indicadores de monitoramento seja gerado por um sistema informatizado e que os Termos de Compromisso da Gestão Federal, Estadual e Municipal devem ser elaborados em sintonia com os respectivos Planos de Saúde.

Na regionalização, como diretriz e eixo estruturante do Pacto de Gestão, o planejamento tem destaque importante, pois os instrumentos do planejamento regional, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI), nortearão a programação e a alocação de recursos financeiros, a identificação e o reconhecimento das regiões de saúde e os recursos de investimentos necessários no processo de planejamento regional e estadual.

Para auxiliar na função de coordenação do processo de regionalização, o PDR deverá conter os desenhos das redes regionalizadas de atenção à saúde, organizadas dentro dos territórios das regiões e macrorregiões de saúde, em articulação com o processo da Programação Pactuada Integrada (PPI). O PDR deverá conter também os recursos de investimentos para atender as necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual. No âmbito regional, deve refletir as necessidades para se alcançar a suficiência na atenção primária e parte da média complexidade da assistência, conforme desenho

regional e na macrorregião no que se refere à alta complexidade. Deve contemplar também as necessidades da área da vigilância em saúde.

O PDR expressa o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das Regiões de Saúde, em suas diferentes formas, em cada estado, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos.

Ao integrar os instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS, o PDR consolida o processo de identificação e reconhecimento das Regiões de Saúde, nas diferentes formas acordadas, define as responsabilidades dos diversos atores envolvidos e ordena a regionalização da atenção no estado. O objetivo é a garantia do acesso, a promoção da equidade, a integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos (REGIONALIZAÇÃO SOLIDÁRIA E COOPERATIVA, SÉRIE PACTOS PELA SAÚDE 2006).

O PDR e a PPI são ferramentas operacionais da regionalização. O acompanhamento de seu desenvolvimento medido pela eficiência dos planejamentos regionais e pelos resultados obtidos com as ações oriundas da articulação regional projeta os principais desafios e os sucessos alcançados (DANIEL G. M. BELTRAMMI – 2008).

Um PDR atualizado é considerado fundamental para a operacionalização e coordenação da regionalização, como observado nas experiências estaduais. A construção e atualização do PDR começam, em geral, com a delimitação dos termos políticos e geográficos, com a definição dos espaços político-administrativos dos municípios e do estado que configuram os territórios da Região de Saúde. Alguns estados, para melhor organizar a atenção, adotam outras subdivisões além da Região de Saúde, tais como macro ou microrregiões. O recorte regional final alcançado explicita a suficiência de cada Região de Saúde nas ações de atenção primária, parte da média e de alta complexidade, ainda que em alguns casos, por razões de escala populacional, estas últimas não sejam executadas no espaço de uma única Região de Saúde (REGIONALIZAÇÃO SOLIDÁRIA E COOPERATIVA, SÉRIE PACTOS PELA SAÚDE 2006).

Cabe à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) formalizar o processo e o resultado do PDR em todos os momentos: de elaboração, de atualização, ajuste ou revisão. A CIB trabalha, inclusive, na harmonização do PDR com os demais instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS.

O PDR, como instrumento que expressa o desenho das regiões, deve ser submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde.

Para que o PDR esteja adequado às necessidades e acordos presentes, são fundamentais atualizações periódicas ou ajustes e revisões de todo ou parte de seu conteúdo. O PDR atualizado é base para a tomada de decisão de investimentos, novos financiamentos, reorganização da assistência, melhoria da gestão e inserção no ciclo de planejamento do SUS.

Da mesma forma, a elaboração da PPI demanda um esforço permanente a fim de se realizar um acurado diagnóstico da rede de serviços de saúde instalada, conhecendo seu potencial, saturação e ociosidade, além de sua demanda local e regional. Esse universo de informações deve refletir a realidade da rede de serviços, evitando-se concentrações, baixas taxas de uso, financiamento desproporcional e descontextualizado da realidade dos serviços e baixa eficiência e eficácia da rede.

A PPI foi introduzida pela NOB-SUS 01/96 como um instrumento da regionalização, ferramenta de pactuação para ações e serviços de saúde de lógica ascendente a partir de uma base municipal:

A elaboração da PPI deve se dar num processo ascendente, de base municipal, configurando, também, as responsabilidades do estado na busca crescente da equidade, da qualidade da atenção e na conformação da rede regionalizada e hierarquizada de serviços.

A Portaria GM/MS 399/06, que divulga o Pacto pela Saúde e aprova as suas diretrizes operacionais, estabelece que a PPI é um processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para saúde, a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores, e deve explicitar os pactos de referência entre municípios, gerando a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada. Deve ainda buscar a integração com a programação da vigilância em saúde e guardar relação com o desenho da regionalização naquele estado.

No contexto da regionalização, foi criado, com a edição do Pacto pela Saúde, um importante mecanismo de gestão regional, o Colegiado de Gestão Regional (CGR), como espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa, formado por todos os gestores municipais de saúde da região e por representantes do gestor estadual.

É nesse espaço de pactuação que será instituído o processo de planejamento regional para definir as prioridades, as responsabilidades de cada Ente, as bases para a programação pactuada integrada da atenção à saúde, o desenho do processo regulatório, as estratégias de qualificação do controle social, as linhas de investimento e o apoio para o processo de planejamento local. Deve considerar, ainda, esse planejamento regional, os parâmetros

de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala com equidade no acesso e, quando a suficiência em atenção primária e parte da média complexidade não forem alcançadas, deverá ser considerada no planejamento regional a estratégia para o seu estabelecimento, junto com a definição dos investimentos, quando necessário.

Cabe ao gestor estadual como coordenador da regionalização no estado o papel de coordenação desse processo de planejamento regional, de forma articulada, cooperativa, integrada e participativa com os CGR.

O planejamento regional deverá expressar as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território e o conjunto de objetivos e ações que contribuirão para a garantia do acesso e da integralidade da atenção, devendo as prioridades e as responsabilidades definidas regionalmente estar refletidas no plano de saúde de cada município e do estado.

#### **4.7 Colegiado de Gestão Regional**

O CGR é uma inovação do Pacto pela Saúde, pois efetiva a articulação permanente e contínua entre todos os municípios e o estado, na Região de Saúde na qual está inserido, o que nem sempre ocorre nas CIBs regionais. A partir da implantação do Pacto pela Saúde, todos os gestores dos municípios têm assento e voz no CGR e, por meio da pactuação, procuram garantir que demandas dos diferentes interesses regionais possam ser organizadas e expressadas naquele território (REGIONALIZAÇÃO SOLIDÁRIA E COOPERATIVA, SÉRIE PACTOS PELA SAÚDE - 2006).

É um espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa entre os gestores estaduais e municipais nas regiões.

Constitui-se em um espaço de decisão por meio da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva. Realiza o planejamento regional, definindo prioridades, elaborando a Programação Pactuada e Integrada da atenção à saúde, exercitando o seu monitoramento e avaliação, desenhando o processo regulatório, definindo as estratégias de controle social, estabelecendo as linhas de investimento e apoiando a programação local. O Colegiado deve ser apoiados por câmaras técnicas permanentes.

A instituição do CGR significa aprofundamento do processo de descentralização e impõe a revisão do papel e funções da CIB. Desse modo, os gestores reunidos na CIB devem assegurar que sejam definidas as atribuições de cada um dos fóruns de pactuação, zelando pelo funcionamento harmônico entre ambos os colegiados – CIB e CGR –,

de modo a não incorrer em concorrência, conflito de competências ou sobreposição de funções. Devem ser consideradas, ainda, as situações específicas de cada estado e até mesmo particularidades de algumas Regiões de Saúde, no interior de um mesmo estado, que demandem detalhamentos locais.

No Pacto pela Saúde, estão descritas diretrizes gerais para o funcionamento do CGR cuja observância é orientadora a todos os gestores. Essas diretrizes já estão incorporadas nas práticas dos gestores do SUS nos fóruns de negociação e pactuação e têm contribuído ao longo dos anos para o pleno funcionamento das CIBs e da CIT:

- » definir uma estrutura de apoio ao CGR para as providências administrativas e técnicas decorrentes das reuniões; preferentemente não se deve criar uma nova estrutura, mas sim utilizar uma já existente;
- » dispor de apoio de uma câmara técnica permanente e eventualmente de grupos de trabalho temporários, formados por técnicos do estado e dos municípios, que subsidiará o CGR com informações e análises técnicas relevantes;
- » compatibilizar e articular as agendas dos municípios que integram o CGR, bem como as responsabilidades do gestor estadual no processo de regionalização;
- » estabelecer uma agenda regular de reuniões com pauta de discussão de temas de interesse da região;
- » registrar as reuniões em atas;
- » enviar as decisões tomadas para todos os gestores da região, para a regional de saúde e para a CIB;
- » remeter os acordos regionais para conhecimento ou homologação na CIB.

#### **4.7.1 Colegiado de Gestão Regional na Região de Saúde Intraestadual**

Para qualificar o processo de regionalização e garantir o exercício da ação cooperativa entre os gestores, em cada Região de Saúde é constituído um CGR com a participação de todos os municípios da região e da representação do estado (REGIONALIZAÇÃO SOLIDÁRIA E COOPERATIVA, SÉRIE PACTOS PELA SAÚDE - 2006).

A sua denominação e funcionamento devem ser acordados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e as suas decisões tomadas por consenso. A sua constituição deve assegurar a presença de todos os gestores de saúde dos municípios que compõem a região de saúde e a representação do estado.

Existem questões discutidas nas reuniões dos Colegiados que demandam remessa à CIB, como nos casos de impasse ou aquelas que implicam acordos entre Regiões de Saúde

e, ainda, quando envolvem decisões sobre recursos do limite financeiro do estado que precisam ser homologadas pela CIB. Com a edição do Pacto pela Saúde e em conformidade com a Portaria GM/MS 399/06 (BRASIL, 2006b), a CIB passa a exercer novas atribuições no que refere à organização e funcionamento dos CGR:

- » pactuar o nome e funcionamento do CGR;
- » aprovar as diretrizes gerais que norteiem a elaboração do Regimento Interno do CGR;
- » reconhecer a constituição do CGR;
- » enviar à CIT informações do reconhecimento dos CGR;
- » manter contato permanente com o CGR para acompanhamento e avaliação do processo de descentralização e regionalização do SUS no estado;
- » acompanhar as decisões do CGR quanto ao seu impacto nos planos, programas, projetos, nos acordos estaduais, legislação e normatização vigentes;
- » atuar como fórum de pactuação de questões trazidas pelo CGR que extrapolam a Região de Saúde e necessitam de acordos entre regiões;
- » atuar como instância de recurso para os municípios em temas nos quais não tenha havido decisão consensual no CGR;
- » regulamentar e orientar o fluxo das decisões dos CGR no sistema estadual;
- » acompanhar as atividades desenvolvidas pelos CGR – como o cumprimento do cronograma de reuniões, temas pautados nos colegiados, entre outros (COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL NA REGIÃO INTRAESTADUAL, SÉRIE PACTOS PELA SAÚDE 2006).

O CGR deve ser composto por gestores de todos os municípios da região e representantes do gestor estadual. Isso torna fundamental a presença do Secretário Municipal de Saúde nas reuniões do CGR de forma a consolidar o processo de responsabilidade compartilhada entre todos os gestores da região.

De acordo com o Pacto pela Saúde, algumas ações são relevantes para compor a agenda dos CGR (REGIONALIZAÇÃO SOLIDÁRIA E COOPERATIVA, SÉRIE PACTOS PELA SAÚDE - 2006):

- » adotar processos dinâmicos no planejamento regional, que deve definir as prioridades e as responsabilidades de cada ente;

- » pactuar ações articuladas de vigilância em saúde;
- » adotar estratégias para uniformizar o alcance e a resolutividade da atenção primária em saúde (APS) nos diversos municípios;
- » pactuar a organização das redes regionalizadas de atenção à saúde;
- » atualizar e acompanhar a PPI de atenção à saúde;
- » elaborar o desenho do processo regulatório, definindo fluxos e protocolos necessários;
- » priorizar as linhas de investimentos;
- » estimular estratégias que contribuam para a qualificação do controle social;
- » apoiar processos de qualificação da gestão do trabalho e da educação em saúde;
- » construir estratégias para que sejam alcançadas as metas prioritizadas no Pacto pela Vida, com a definição, se necessário, de outras prioridades locais e regionais;
- » constituir processos dinâmicos para a avaliação e o monitoramento regional;
- » aprimorar os mecanismos de regulação da assistência à saúde;
- » fortalecer as iniciativas e ações contidas no Pacto em Defesa do SUS;
- » coordenar a agenda e o trabalho da câmara técnica.

O Ministério da Saúde transfere, anualmente, em parcela única, ao Fundo Estadual de Saúde montante de recursos financeiros destinado ao apoio à organização e ao funcionamento de cada CGR intraestadual, em gastos de custeio.

Desde que esse incentivo foi instituído pela Portaria GM/MS n. 204/2007 (BRASIL, 2007b), o valor transferido anualmente tem por referência R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) por CGR. A programação para a utilização desse recurso ocorre na CIB, buscando sempre a melhor utilização, com prioridade na construção de procedimentos institucionais de apoio para o desenvolvimento da capacidade de gestão do CGR.

Conforme as normas vigentes no SUS, a comprovação da aplicação desses recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais de Saúde será feita mediante Relatório Anual de Gestão (RAG) do estado, que deve ser elaborado anualmente e aprovado pelo respectivo Conselho Estadual de Saúde.

O funcionamento do CGR deve ser acompanhado pela CIB, de acordo com os fluxos estabelecidos, e deve ser permanente, considerando que toda a pactuação alcançada no CGR incide no planejamento local e estadual e, por isso, as prioridades e responsabili-

dades acordadas na Região de Saúde constarão dos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS.

Para a efetividade desse acompanhamento que vai oferecer bases para apoiar a organização e o funcionamento do Colegiado, o gestor estadual deve organizar equipe de cooperação técnica de caráter permanente, em acordo com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems).

Formalmente, o acompanhamento das atividades de cada CGR deve ser incluído nos respectivos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) estadual, conforme previsto nas Portarias anuais, que autorizam a transferência de recursos financeiros referentes ao incentivo dos CGR (COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL NA REGIÃO INTRAESTADUAL, SÉRIE PACTOS PELA SAÚDE 2006).

#### **4.7.2 Colegiado de Gestão Regional nas Regiões Intramunicipais**

A Portaria/GM 399, de 22 de fevereiro de 2006, define que as Regiões Intramunicipais podem ser organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional. Devem ser reconhecidas como tal, não precisando ser homologadas pelas Comissões Intergestores.

Dessa forma, a normativa do Pacto pela Saúde reafirma o respeito à autonomia dos entes federados, conforme o que dispõe o Art. 18 da Constituição Federal: “A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição”.

Considerando essa autonomia dos entes federados, cabe, portanto, ao município definir as regiões intramunicipais de saúde do seu território e a sua organização e funcionamento são de responsabilidade exclusiva do gestor municipal.

Compete, ainda, ao gestor municipal a definição dos mecanismos de gestão regional intramunicipal, adequados à realidade local, não cabendo neste caso a constituição de CGR.





# 5

## O PLANEJAMENTO NO SUS

- 5.1 **Introdução**
  - 5.2 **Planejamento no SUS**
  - 5.3 **O Sistema de Planejamento do SUS**
  - 5.4 **Outros instrumentos de Planejamento no SUS**
  - 5.5 **Interface dos instrumentos de planejamento do SUS e instrumentos do Pacto pela Saúde**
  - 5.6 **Índice de Valorização da Gestão (IVG)**
- 



# 5 O PLANEJAMENTO NO SUS

## 5.1 Introdução

A implantação e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) vêm desafiando profissionais e gestores na condução e no aperfeiçoamento do sistema como um todo. O atual momento de consolidação do SUS apresenta uma série de oportunidades para a concretização de um salto qualitativo na atenção à saúde oferecida à população (CONASS, 2003).

Nesse sentido, torna-se necessário elaborar instrumentos que contribuam para o melhor aproveitamento das oportunidades e para a superação de desafios.

A prática cotidiana de gestão do Sistema Único de Saúde, em qualquer nível de governo, seja federal, estadual ou municipal, coloca um enorme desafio aos gestores: identificar e selecionar conhecimentos, métodos, técnicas e instrumentos de trabalho que os ajudem a tomar decisões e a conduzir o processo de implementação de políticas, planos, programas e ações de saúde sob sua responsabilidade.

O enfrentamento desse problema exige do gestor e de sua equipe um esforço de apropriação de informações relevantes para a melhoria do desempenho institucional de sua organização, seja o Ministério da Saúde, uma Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde, um órgão ou setor de qualquer uma dessas instituições ou até um programa ou serviço necessário à efetivação dos princípios e dos valores que norteiam a atual política de saúde. O aperfeiçoamento do processo de planejamento e gestão do sistema em todos os níveis demanda, portanto, o acesso a informações de natureza técnico-científica e político-institucional que contribuam para a incorporação de conhecimentos e tecnologias de formulação, a implementação e a avaliação de políticas, planos, programas, projetos, destinados a intervir sobre o estado de saúde da população e sobre o próprio sistema de serviços de saúde (TEIXEIRA, 2002).

O ato de planejar consiste em desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade. O planejamento pode ser visto como um instrumento de racionalização da ação humana – ação realizada por atores sociais, orientada por um propósito relacionado com a manutenção ou a modificação de uma determinada situação (TEIXEIRA, 2002).

O planejamento é objeto de grande parte do arcabouço legal do SUS, quer indicando processos e métodos de formulação, quer como requisito para fins de repasse de recursos e de controle e auditoria.

## **5.2 O Planejamento no SUS**

A Portaria/GM 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto, define que o processo de planejamento no SUS deve seguir as seguintes diretrizes:

- » deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão. Essa forma de atuação representará o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde baseado nas responsabilidades de cada esfera de gestão, com definição de objetivos e conferindo direcionalidade ao processo de gestão do SUS, compreendendo nesse sistema o monitoramento e avaliação;
- » cada esfera de gestão deve realizar o seu planejamento, articulando-se de forma a fortalecer e consolidar os objetivos e diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde locais;
- » buscará, de forma tripartite, a pactuação de bases funcionais do planejamento, monitoramento e avaliação do SUS;
- » promoverá a participação social e a integração intra e intersectorial, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

No cumprimento da responsabilidade de coordenar o processo de planejamento, levar-se-á em conta as diversidades existentes nas três esferas de governo, de modo a contribuir para a consolidação do SUS e para a resolubilidade e qualidade, tanto da sua gestão quanto das ações e serviços prestados à população brasileira.

No âmbito do Ministério da Saúde, o planejamento responde às exigências constitucionais e legais, entre as quais figuram a elaboração de Planos Plurianuais (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA).

### **5.2.1 Planos Plurianuais (PPA)**

A Lei do Plano Plurianual é editada a cada quatro anos e determina as diretrizes, os objetivos e as metas da administração pública para um período de quatro anos, que se inicia no segundo ano do mandato do governante (presidente da República, governador ou prefeito) e encerra-se no primeiro ano de mandato do governo seguinte.

### **5.2.2 Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)**

A Lei de Diretrizes Orçamentárias estabelece, de forma antecipada, as diretrizes e as prioridades de gastos que devem orientar a elaboração da Lei Orçamentária Anual (LOA) do ano seguinte. As diretrizes estabelecidas na LDO correspondem a uma parte do que foi definido para o PPA, restrita a um ano específico. A elaboração do projeto da LDO é de competência do Poder Executivo, que deve encaminhá-lo para o respectivo Poder Legislativo para aprovação, observados os prazos previstos na legislação vigente.

### **5.2.3 Lei Orçamentária Anual (LOA)**

A Lei Orçamentária Anual conterà a discriminação da receita e da despesa, a fim de evidenciar a política econômico-financeira e o programa de trabalho do governo, obedecidos os princípios de unidade, universalidade e anualidade.

Integram a LOA: i) sumário geral de receita por fontes e da despesa por funções do governo; ii) quadro demonstrativo da receita e da despesa, segundo as categorias econômicas; iii) quadro discriminativo da receita por fontes e iv) quadro das dotações por órgãos do governo e da administração.

Faz parte da LOA quadro demonstrativo do programa anual de trabalho do governo, em termos de realização de obras e de prestação de serviços. A LOA deverá evidenciar a política econômica financeira e o programa de trabalho do governo, os quais devem ser executados por órgãos das administrações direta e indireta.

De acordo com a Lei n. 8.080/90, a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios deverão, no que concerne à saúde, pautar-se pelos seus planos de saúde para a elaboração das respectivas propostas orçamentárias anuais.

A elaboração do projeto da LOA compete ao Poder Executivo e deve ser encaminhado ao respectivo Poder Legislativo e ser aprovada nos prazos definidos na legislação vigente.

## **5.3 O Sistema de Planejamento do SUS**

A Portaria GM/MS n. 3.085, de 1º de dezembro de 2006, regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. O referido Sistema é representado pela atuação contínua, articulada, integrada e solidária do planejamento das três esferas de gestão do SUS e pressupõe que cada esfera de governo realize o seu planejamento, articulando-se a fim de fortalecer e consolidar os objetivos e as diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, as necessidades e as realidades de saúde locais.

Esse Sistema – como parte integrante do ciclo de gestão do SUS – buscará de forma tripartite a pactuação de bases funcionais do planejamento, de monitoramento e da avaliação, bem como promoverá a participação social e a integração intra e intersetorial, considerando os determinantes e os condicionantes de saúde.

A referida portaria reitera um ponto fundamental para o SUS, que é o reconhecimento das diversidades existentes nas três esferas de governo, e que o processo de planejamento deve levar em conta essa questão.

Os objetivos do Sistema de Planejamento do SUS são:

- » pactuar diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS e os instrumentos a serem adotados pelas três esferas de gestão;
- » formular metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação que traduzam as diretrizes do SUS, com capacidade de adaptação às particularidades de cada esfera administrativa;
- » implementar e difundir uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidiar a tomada de decisão por parte de seus gestores;
- » desenvolver e implementar uma rede de cooperação entre os três entes federados, que permita um amplo compartilhamento de informações e experiências;
- » apoiar e participar da avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao funcionamento do SUS, provendo os gestores de informações que permitam o seu aperfeiçoamento e/ou redirecionamento;
- » promover a capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento do SUS;
- » monitorar e avaliar o processo de planejamento, as ações implementadas e os resultados alcançados, a fim de fortalecer o Sistema e de contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS.

Essa portaria instituiu o Incentivo Financeiro para a implementação do Sistema de Planejamento do SUS, a ser transferido de forma automática aos Fundos de Saúde, em parcela única.

Esse incentivo destina-se a apoiar a organização e/ou a reorganização das ações de planejamento dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, com vistas à efetivação do referido Sistema, com ênfase no desenvolvimento dos instrumentos básicos (Plano de Saúde e Relatório de Gestão).

O repasse desse Incentivo tem sido efetuado após elaboração do Programa de Trabalho pactuado na Comissão Intergestores Bipartite. Cabe às secretarias Estaduais de Saúde organizar, estruturar e/ou adequar o planejamento no seu âmbito e prestar o apoio necessário aos municípios, a fim de evitar a pulverização dos recursos e de promover o funcionamento harmônico do Sistema de Planejamento do SUS no âmbito estadual.

São definidos como instrumentos básicos de planejamento nas três esferas de gestão do SUS: o Plano de Saúde e as respectivas Programações Anuais em Saúde e o Relatório de Gestão.

O Plano de Saúde e o Relatório de Gestão devem ser compatíveis com os respectivos Planos Plurianuais (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), observando-se os períodos estabelecidos para a sua formulação em cada esfera de gestão.

A portaria em questão define:

- » o Plano de Saúde como o instrumento básico que, em cada esfera de governo, norteia a definição da programação Anual das ações e dos serviços a serem prestados, assim como da gestão do SUS;
- » o Relatório de Gestão como o instrumento que apresenta os resultados alcançados e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários.

### **5.3.1 O Plano de Saúde e as Programações Anuais de Saúde**

Com o objetivo de apresentar orientações gerais relativas aos instrumentos básicos de planejamento do SUS, foi publicada a Portaria GM/MS n. 3.332, de 28 de dezembro de 2006, pactuada na reunião da CIT realizada no dia 14 de dezembro de 2006.

Essa portaria define que o Plano de Saúde (PS) deve apresentar as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas.

O PS, elaborado para um período de quatro anos, é o instrumento que, no SUS, norteia todas as medidas e iniciativas em cada esfera de gestão, as quais devem ser expressas nas respectivas PAS. Os TCGs devem ser elaborados de acordo com os respectivos PS.

Como instrumento referencial no qual devem estar refletidas as necessidades e as peculiaridades próprias de cada esfera, o Plano de Saúde configura-se como a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde.

O Plano deve contemplar todas as áreas da atenção à saúde, a fim de garantir a integralidade prevista no SUS. Isso significa que o Plano de Saúde deve ser valorizado

como o instrumento central no planejamento do SUS, e o planejamento setorial deve estar contido nesse Plano a partir dos seus diversos componentes (exemplo: assistência farmacêutica).

No Plano, devem estar contidas todas as medidas necessárias à execução e ao cumprimento dos prazos acordados no Termo de Compromisso de Gestão, previsto no Pacto pela Saúde – Portarias GM/MS n. 399/2006 e GM/MS n. 699/2006.

A elaboração do Plano de Saúde compreende dois momentos: i) o da análise situacional e ii) o da definição dos objetivos, das diretrizes e das metas para o período de quatro anos.

A análise situacional e a formulação dos objetivos, das diretrizes e das metas têm por base os seguintes eixos: i) condições de saúde da população, em que estão concentrados os compromissos e as responsabilidades exclusivas do setor saúde; ii) determinantes e condicionantes de saúde, em que estão concentradas medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores, ou seja, a intersetorialidade e iii) gestão em saúde.

O Plano de Saúde deve ser submetido à apreciação e à aprovação do respectivo Conselho de Saúde.

A Programação Anual de Saúde operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem como propósito determinar o conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, bem como da gestão do SUS.

A Programação Anual de Saúde deve conter: i) a definição das ações que, no ano específico, irão garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde; ii) o estabelecimento das metas anuais relativas a cada uma das ações definidas; iii) a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da Programação e iv) a definição dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da Programação.

O período de tempo da Programação Anual de Saúde deve coincidir com aquele definido para o exercício orçamentário.

### **5.3.2 O Relatório Anual de Gestão**

O Relatório Anual de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários. Os resultados alcançados são apurados com base no conjunto de indicadores, definidos na Programação para acompanhar o cumprimento de metas nela fixadas.

A Portaria GM/MS n. 3.332, de 28 de dezembro de 2006, orienta que, em termos de estrutura, o Relatório Anual de Gestão deve conter: i) o resultado da apuração dos indicadores; ii) a análise da execução da Programação (física e orçamentária/financeira) e iii) as recomendações julgadas necessárias (como revisão de indicadores).

O Relatório Anual de Gestão deve ser submetido à aprovação do respectivo Conselho de Saúde até o fim do primeiro trimestre do ano subsequente.

Os Relatórios Anuais de Gestão devem ser insumos básicos para a avaliação do Plano de Saúde, ao fim de seu período de vigência. Essa avaliação tem por objetivo subsidiar a elaboração do novo Plano com as correções de rumos que se fizerem necessárias.

Essa Portaria revoga a Portaria GM/MS n. 548, de 12 de abril de 2001, que definia orientações gerais para a elaboração e aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos quadros de Metas e do Relatório de Gestão do SUS. Convém ressaltar que as prioridades definidas no Pacto pela Saúde passam a se constituir na agenda das três esferas de gestão a cada ano.

Em dezembro de 2008, foi publicada a Portaria/GM 3176, que aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão e define que o Plano de Saúde (PS), as respectivas Programações Anuais de Saúde (PAS) e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) estão diretamente relacionados com o exercício da função gestora em cada esfera de governo e com o respectivo Termo de Compromisso de Gestão (TCG).

A formulação de qualquer um desses instrumentos básicos deve considerar o conceito e a finalidade de cada um deles que, no seu conjunto, concretiza e alimenta o referido processo permanente de planejamento.

O RAG é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a PAS, a qual operacionaliza o PS na respectiva esfera de gestão e orienta eventuais redirecionamentos. É também instrumento de comprovação da aplicação dos recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, cujo resultado demonstra o processo contínuo de planejamento e é instrumento indissociável do PS e de suas respectivas PAS.

O PS, as respectivas PAS e os RAG têm por finalidades, entre outras:

I. apoiar o gestor na condução do SUS no âmbito de sua competência territorial de modo que alcance a efetividade esperada na melhoria dos níveis de saúde da população e no aperfeiçoamento do Sistema;

- II. possibilitar o provimento dos meios para o aperfeiçoamento contínuo da gestão participativa e das ações e serviços prestados;
- III. apoiar a participação e o controle sociais;
- IV. subsidiar o trabalho, interno e externo, de controle e auditoria.

A Portaria define ainda que a elaboração, a aplicação e o encaminhamento dos instrumentos de planejamento devem considerar que:

- I. a estrutura da PAS e do RAG decorre do PS, não comportando, portanto, análise situacional;
- II. o PS orienta a definição do Plano Plurianual (PPA);
- III. a PAS e o RAG, como instrumentos anuais, apresentam estruturas semelhantes, sendo o primeiro de caráter propositivo e, o segundo, analítico/indicativo.

O RAG deve ter características definidas, seu conteúdo deve ter determinados elementos e deve ser elaborado com base em uma estrutura própria.

a. *Características essenciais do RAG:*

- I. clareza e objetividade, de modo a contribuir para o exercício da gestão do SUS de forma transparente, participativa e democrática, assim como realimentar o processo de planejamento;
- II. unidade nos conceitos de seus elementos constituintes;
- III. estrutura básica, passível de aplicação pelas três esferas e de adaptações, acréscimos segundo peculiaridades de cada uma.

b. *Elementos constitutivos do RAG:*

- I. os objetivos, as diretrizes e as metas do PS;
- II. as ações e metas anuais definidas e alcançadas na PAS, inclusive as prioridades indicadas no TCG;
- III. os recursos orçamentários previstos e executados;
- IV. as observações específicas relativas a ações programadas;
- V. a análise da execução da PAS, a partir das ações e metas, tanto daquelas estabelecidas quanto das não previstas;
- VI. as recomendações para a PAS do ano seguinte e para eventuais ajustes no PS vigente.

*c. Estrutura do RAG:*

- I. introdução sucinta, com a apresentação de dados e caracterização da esfera de gestão correspondente, ato ou reunião que aprovou o respectivo PS e registro de compromissos técnico-político necessários, entre os quais o TCG;
- II. quadro sintético com o demonstrativo do orçamento, a exemplo do que é encaminhado anualmente aos respectivos Tribunais de Contas;
- III. quadros com os elementos constitutivos do RAG;
- IV. análise sucinta da execução da PAS feita a partir do conjunto das ações e metas nelas definidas, bem como daquelas não previstas;
- V. recomendações, descritas também de forma sintética, as quais podem ser relativas à PAS do ano seguinte e aos ajustes necessários no PS vigente ou ao novo.

O RAG deve ter o seguinte fluxo:

- I. os municípios encaminharão à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), para conhecimento, até o dia 31 de maio de cada ano, a resolução do respectivo Conselho de Saúde (CS) que aprova o RAG;
- II. os municípios deverão encaminhar à CIB, para conhecimento, quando o processo de apreciação e aprovação do RAG pelo CS ultrapassar o referido prazo, ata da reunião do Conselho que formalize esta situação;
- III. a União, os Estados e o Distrito Federal, após apreciação e aprovação do RAG no respectivo CS, encaminharão à CIT, até o dia 31 de maio de cada ano, a resolução que aprova o respectivo RAG;
- IV. as CIB consolidarão as resoluções relativas aos RAG municipais, em formulário específico, conforme modelo constante do Anexo a esta Portaria XXXX, encaminhando-o à CIT até o dia 30 de junho de cada ano;
- V. as CIB deverão atualizar mensalmente e encaminhar à CIT as informações sobre os Municípios que aprovarem o seu RAG nos respectivos CS;
- VI. a CIT deverá consolidar as informações recebidas das CIB e enviá-las às áreas de controle, avaliação, monitoramento e auditoria do Ministério da Saúde.

A portaria estabelece que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios devam enviar os seus RAG aos respectivos Tribunais de Contas e guardá-los pelo prazo estabelecido na legislação em vigor e ficar disponível, sempre que necessário, para o desenvolvimento dos processos de monitoramento, avaliação e auditoria.

## 5.4 Outros instrumentos de Planejamento no SUS

Considerando a necessidade de um planejamento que seja feito com vistas ao território compreendido em uma região de saúde e considerando a ênfase dada à regionalização na NOAS 01/01 e 01/02 e atualmente no Pacto pela Saúde, faz-se necessária a utilização de instrumentos de planejamento de caráter regional e estadual que possam contemplar demandas do estado e do conjunto de municípios. O Plano Diretor de Regionalização e o Plano Diretor de Investimento foram instituídos pela NOAS 01/01 em 2001, reconhecidos na NOAS 01/02 e posteriormente ratificados no Pacto pela Saúde como instrumentos importantes para a organização da regionalização.

### 5.4.1 Plano Diretor de Regionalização (PDR)

O Pacto de Gestão, parte integrante do Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS n. 399/2006), reafirma a regionalização como uma diretriz do Sistema Único de Saúde. Atualmente, existem inúmeras regiões de saúde constituídas no país, portanto, há de se considerar os esforços já realizados na elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR) nos estados, a partir da implantação da NOAS-SUS 01/2002.

As secretarias estaduais de saúde, considerando as premissas propostas no Pacto de Gestão, devem avaliar a constituição das regiões de saúde, dos seus Planos Diretores de Regionalização, com vistas à conformação de um modelo de atenção integrado.

O resultado do processo de regionalização, no que concerne às regiões e às macrorregiões sanitárias, deverá estar expresso no PDR.

O PDR tem como objetivo definir as diretrizes para a organização regionalizada da assistência, visando à conformação de sistemas de atenção funcionais e resolutivos nos diversos níveis. Esse Plano deve ser coordenado pelo gestor estadual, com a participação do conjunto de municípios.

O PDR deverá expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada estado e no Distrito Federal, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos.

No Pacto pela Saúde, o Plano Diretor de Investimentos passa a fazer parte do PDR e os recursos de investimentos destinados a atender às necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual e à efetivação da regionalização serão considerados parte integrante do Plano Diretor de Regionalização.

Dessa forma, no PDR devem estar expressos os recursos de investimentos para atender as necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual. No âmbito regional, devem constar as necessidades para se alcançar a suficiência na atenção básica e parte da média complexidade da assistência, conforme desenho regional. Deve contemplar também as necessidades da área da vigilância em saúde e ser desenvolvido de forma articulada com o processo da PPI.

#### **5.4.2 Programação Pactuada e Integrada (PPI)**

A PPI é um processo instituído no âmbito do SUS que, em consonância com o planejamento, define e quantifica as ações de saúde para a população residente em cada território, para garantia de acesso da população aos serviços de saúde, conforme a Portaria 1097, de 22 de maio de 2006.

A PPI tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando 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.

Como pressupostos, o processo que norteia a elaboração da PPI deve considerar: i) a sua integração no processo geral de planejamento em saúde de cada Estado e município, de forma ascendente, coerente com os Planos de Saúde em cada esfera de gestão; ii) o diagnóstico dos principais problemas de saúde, como base para a definição das prioridades; III) a coordenação pelo gestor estadual com seus métodos, processos e resultados aprovados pela CIB e iv) a consonância com o processo de construção da regionalização.

Os objetivos gerais do processo de PPI da Assistência em Saúde são:

- I. buscar a equidade de acesso da população brasileira às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade;
- II. orientar a alocação dos recursos financeiros de custeio da assistência à saúde pela lógica de atendimento às necessidades de saúde da população;
- III. definir os limites financeiros federais para a assistência de média e alta complexidade de todos os municípios, compostos por parcela destinada ao atendimento da população do próprio município em seu território e pela parcela correspondente à programação das referências recebidas de outros municípios;
- IV. possibilitar a visualização da parcela dos recursos federais, estaduais e municipais, destinados ao custeio de ações de assistência à saúde;
- V. fornecer subsídios para os processos de regulação do acesso aos serviços de saúde;

VI. contribuir na organização das redes de serviços de saúde;

VII. possibilitar a transparência dos pactos intergestores resultantes do processo de PPI da Assistência e assegurar que estejam explicitados no Termo Compromisso para Garantia de Acesso.

Os eixos orientadores do processo de elaboração da PPI da Assistência são os seguintes:

I. Centralidade da Atenção Básica – a programação da assistência deve partir das ações básicas em saúde, para compor o rol de ações de maior complexidade tecnológica, estabelecendo os patamares mínimos de demanda orientada pelos problemas e estratégias da atenção básica, não apenas na sua dimensão assistencial, como também na de promoção e prevenção;

II. Conformação das Aberturas Programáticas:

a. *a programação da atenção básica e da média complexidade ambulatorial deve partir de áreas estratégicas;*

b. *a programação das ações ambulatoriais que não estão organizadas por áreas estratégicas deve ser orientada pela estrutura da Tabela de Procedimentos, com flexibilidade no seu nível de agregação, permitindo, inclusive, a programação de procedimentos que não estão previstos na tabela;*

c. *a programação hospitalar deve ser orientada pelas clínicas de acordo com a distribuição de leitos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);*

d. *os procedimentos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) devem ser programados de acordo com as aberturas programáticas definidas, bem como as ações executadas pelos serviços financiados por valores globais;*

III. Parâmetros para Programação de Ações de Saúde:

a. *a programação das ações de atenção básica e média complexidade ambulatorial serão orientadas a partir de parâmetros de concentração e cobertura populacional, sugeridos pelo Ministério da Saúde, conforme portaria específica a ser publicada;*

b. *a programação das ações de alta complexidade dar-se-á, conforme parâmetros já definidos para a estruturação das redes de serviços de alta complexidade;*

IV. Integração das Programações – os agravos de relevância para a Vigilância em Saúde serão incorporados nas áreas estratégicas previstas na PPI da Assistência, considerando as metas traçadas anualmente na PPI da Vigilância em Saúde;

V. Composição das Fontes de Recursos Financeiros a serem Programados – visualização da parcela dos recursos federais, estaduais e municipais, destinados ao custeio de ações de assistência à saúde;

VI. Processo de Programação e Relação Intergestores – definição das seguintes etapas no processo de programação:

g. *Etapa Preliminar de Programação;*

h. *Programação Municipal;*

i. *Pactuação Regional;*

j. *Consolidação da PPI Estadual.*

Na Portaria 399/06, que divulga o Pacto pela Saúde e aprova as suas diretrizes operacionais, está definido que a PPI é um processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores e deve explicitar os pactos de referência entre municípios, gerando a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada. Deve ainda, buscar a integração com a programação da vigilância em saúde e guardar relação com o desenho da regionalização naquele estado.

### **5.5 Interface dos instrumentos de planejamento do SUS e instrumentos do Pacto pela Saúde**

Considerando a necessidade de estabelecer a integração e a correspondência temporal que relacionem a formulação dos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS com a elaboração dos instrumentos do Pacto pela Saúde, em novembro de 2009, foi publicada a Portaria GM/MS n. 2751, que dispõe sobre a integração dos prazos e processos de formulação desses instrumentos.

A partir de 2010, os gestores do SUS estão orientados a integrar os prazos e processos de formulação dos seguintes instrumentos:

I. Plano de Saúde;

II. Programação Anual de Saúde;

III. Relatório de Gestão;

IV. Termo de Compromisso de Gestão e seus Anexos;

## V. Plano Diretor de Regionalização.

São definidos nessa portaria os prazos de vigência e de revisão desses documentos:

- I. PPA com vigência de quatro anos, elaborado durante o exercício do primeiro ano da gestão em curso, observados os prazos previstos na legislação vigente e executado a partir do segundo ano da gestão em curso até o primeiro ano da gestão subsequente;
- II. PS, PDR e TCG, com vigência de quatro anos, com a temporalidade quadrienal alinhada à do PPA; a sua elaboração deverá ocorrer no primeiro ano de gestão e sua implementação dar-se-á do segundo ano da gestão em curso ao primeiro ano da gestão subsequente, seguindo a mesma periodicidade do Plano de Saúde;
- III. PS e o PDR poderão ser ajustados anualmente de acordo com as indicações previstas no Relatório de Gestão;
- IV. TCG e seus anexos deverão ser revistos anualmente, até 31 de março, conforme as indicações constantes do RAG;
- V. LDO e LOAS serão elaboradas anualmente e os Projetos de Lei devem ser encaminhados ao Legislativo conforme prazos previstos na legislação vigente;
- VI. RAG e PAS serão elaborados anualmente e a Resolução de sua aprovação nos Conselhos de Saúde deve ser enviada à CIB até o dia 31 de maio de cada ano.

O instrumento eletrônico aplicativo do Pacto pela Saúde Sispecto, disponível no sítio [www.saude.gov.br/sispecto](http://www.saude.gov.br/sispecto), será a ferramenta a ser utilizada pelos gestores do SUS para o registro do Termo de Compromisso de Gestão e seus Anexos, quando da adesão ao Pacto pela Saúde, bem como de sua revisão anual e elaborações subsequentes. Os gestores do SUS deverão registrar e validar os ajustes ao Termo de Compromisso de Gestão e seus Anexos no Sispecto, até 31 de março, ou validar o pactuado anteriormente caso não haja ajustes.

### 5.6 Índice de Valorização da Gestão (IVG)

Os grandes avanços no desenvolvimento do SUS nos últimos anos, que incluem a extensão de acesso da população aos serviços de saúde, tanto na atenção primária como na atenção de maior complexidade, bem como o desenvolvimento da descentralização do sistema, ocasionaram a percepção de novos problemas organizacionais e gerenciais, que exigem reflexão e estratégias de enfrentamento.

As dificuldades de financiamento da rede de serviços de saúde, especialmente da média e alta complexidades agravadas pelo encarecimento progressivo da assistência à saúde, a fragmentação dos serviços, o aumento crescente das doenças crônico-degenera-

tivas, a necessidade de fortalecer cada vez mais a atenção primária como ator central e desenvolver estratégias para governança e gestão efetiva das redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde tornam imprescindíveis: o desenvolvimento de mecanismos de planejamento, a definição mais clara dos papéis dos gestores e de instrumentos para a pactuação, o acompanhamento e o aperfeiçoamento do desenho organizacional do SUS, a busca de racionalização, eficiência, qualidade e humanização da assistência à saúde.

O CONASS tem apresentado propostas na discussão desse tema que convergem para a adoção de mecanismos de planejamento, controle e avaliação como parte do componente gerencial da cooperação entre estados e municípios, viabilizando um sistema de planejamento mais racional e participativo e com maior visão da singularidade de cada sistema estadual.

Tem sido tarefa permanente a ênfase na conexão entre as necessidades de saúde da população e as ações de planejamento e programação que devem ser realizadas pelos gestores do SUS. Essas ações permitirão que seja viabilizada a ampliação do acesso e a redução das desigualdades em saúde, bem como a atuação dos gestores na promoção da saúde e do autocuidado.

Na prática, os instrumentos de planejamento devem permitir à sociedade avaliar se a gestão do SUS, na respectiva esfera, está capacitada não apenas a produzir serviços, mas a melhorar as condições de saúde da população, interferindo nos indicadores de saúde e causando impacto na incidência e na prevalência das doenças e nas condições de vida.

Na avaliação da implantação do Pacto pela Saúde realizada em janeiro de 2008, o Ministério da Saúde, o CONASS e o Conasems discutiram a proposta de criação de um incentivo financeiro federal de valorização da gestão (IVG), que utilize uma metodologia que contemple processo, aí compreendidas a construção e a pactuação dos Termos de Compromisso de Gestão, e resultados com o cumprimento das metas estabelecidas no Pacto pela Vida e de Gestão.

Com a implantação dessa proposta, estará sendo posto em prática o conceito de gestão por resultados, previsto no Pacto pela Saúde, que valorizará a eficiência na gestão do SUS e os seus instrumentos de planejamento.



# 6

## O SUS E A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE

- 6.1 Modernização e eficiência da gestão pública e participação organizada da sociedade civil**
  - 6.2 A participação organizada da sociedade no SUS**
  - 6.3 Bases legais da participação organizada da sociedade no SUS**
  - 6.4 Funcionamento das Conferências e Conselhos de Saúde: ponderações e recomendações**
  - 6.5 Relações dos Conselhos de Saúde e Comissões Intergestores**
  - 6.6 A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS**
- 



# 6 O SUS E A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE

## 6.1 Modernização e eficiência da gestão pública e participação organizada da sociedade civil

Embora não seja propósito deste texto estender-se em análises técnico-conceituais, não há como iniciá-lo sem reafirmar que o grau da participação organizada da sociedade civil nas questões que dizem respeito diretamente ao seu bem-estar e qualidade de vida, como direito humano, mede em última instância, além da própria concretização dessa inalienável aspiração, também o nível da consciência social dos direitos e do processo civilizatório, que por sua vez, abrange os valores que se desenvolvem simultaneamente na Sociedade e Estado. Trata-se de utopia/imagem-objetivo que contempla, na prática, muitos países em dianteira mais ou menos consolidada, em graus mais avançados de práticas da democracia participativa, incorporadas na cultura política e na relação Sociedade-Estado, ao lado das práticas da democracia representativa. Os exemplos concentram-se na Europa e mais na Escandinávia e estendem-se ao Canadá e vários no oriente asiático. Há evidentes diferenças socioculturais e históricas entre eles, mas, em todos, os gestores públicos, em diferentes graus, prestam contas não somente do cumprimento da contabilidade financeira, obrigada em lei, dos gastos públicos com os itens e metas constantes nos planos de saúde dos governos, como também prestam contas de outra contabilidade, a do cumprimento de resultados para a saúde da população, no mesmo nível de responsabilidade pública.

Essa responsabilidade é objetivada por meio de indicadores de desempenho e de resultados, com critérios discutidos e aprovados conjuntamente com representações da população e formulados pelo nível técnico da gestão pública, com a imprescindível transparência e facilitação da compreensão e acompanhamento. É o significado genérico do termo *accountability*, utilizado na maior parte desses países.

A referida cultura de direitos sociais, cujos valores estão arraigados na consciência política da sociedade e nas responsabilidades do Estado, explica os montantes de recursos públicos destinados à saúde nesses países, em média, dez vezes maiores, *per capita*, que em nosso país, constituindo no mínimo 70% do financiamento total dos serviços de saúde nessas sociedades, assim como a intransigente defesa dos serviços públicos,

também pelos estratos médios e altos da sociedade, que, mesmo consumindo bens e serviços de saúde no mercado, não abrem mão dos serviços públicos e da exigência de seu aprimoramento e qualificação. Essa cultura de direitos sociais, em patamar mais alto de consciência política e da relação Sociedade-Estado, preside o pacto social que encara e define a relação entre o público e o privado, em que termina um e começa o outro, entre a política pública de saúde e o mercado na saúde.

A maior parte das demais sociedades e países distribui-se em amplo espectro de graus de participação organizada da sociedade civil, de consciência social dos direitos humanos, e da sua relação com o Estado, e como pano de fundo, uma complexa relação com o processo civilizatório. No caso brasileiro, os valores, a consciência de direitos e a participação organizada, foram amplamente debatidos no seio da sociedade, incluindo o movimento da reforma sanitária brasileira, nos anos de 1986 a 1989, passando pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, pela Assembleia Nacional Constituinte e pelo Simpósio sobre Política Nacional de Saúde de 1989, na Câmara dos Deputados.

Assim nasceu o SUS, não só como avançada política pública, como também com bases adequadas para o seu financiamento e participação organizada da sociedade.

## **6.2 A participação organizada da sociedade no SUS**

A participação comunitária vem sendo defendida por diferentes governos como uma estratégia para enfrentar as mais diversas situações. No entanto, não existe um consenso claro sobre o significado da participação. A conotação ideológica que perpassa este conceito faz que haja diversas e mesmo contraditórias interpretações sobre seus possíveis significados (PAULILO, 2009).

A participação comunitária em saúde pode ser entendida de diversas formas, o mais das vezes, como a relação dos serviços de saúde com sua clientela imediata, em geral para tratar da agenda mais conveniente a trabalhadores e usuários, como também para somar esforços diante do desafio de atingir metas determinadas de cobertura vacinal ou de controle de vetores domiciliares, por exemplo.

Hoje, a participação comunitária em saúde é principalmente um canal importante de relação entre o Estado, os trabalhadores e a sociedade na definição e no alcance de objetivos setoriais de saúde, ao mesmo tempo orientada para a modificação favorável dos determinantes sociais de saúde tendo em vista a conquista de maior autonomia da comunidade em relação a tais determinantes ou aos próprios serviços de saúde e ao desenvolvimento da sociedade (COLEÇÃO PROGESTORES – SUS 20 anos – 2009).

### 6.3 Bases legais da participação organizada da sociedade no SUS

Ao refletir os graus de mobilização, organização e da consciência dos direitos, alcançados pela sociedade nos anos 1980, a Constituição Federal consagrou a participação da comunidade, ao lado da descentralização e da integralidade, como diretriz da rede regionalizada e hierarquizada que constitui o SUS (Art. 198).

As Leis Complementares n. 8.080, de 19 de setembro, e n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, regulamentaram os dispositivos constitucionais da saúde. A Lei n. 8.142 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.

O Pacto de Gestão contempla as diretrizes e a responsabilidade sanitária das instâncias gestoras do SUS. Entre elas, a participação e o controle social: apoiar os conselhos de saúde, as conferências de saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da saúde, com vistas ao seu fortalecimento para que estes possam exercer plenamente os seus papéis; exercer o processo de formação dos conselheiros; estimular a participação dos cidadãos na avaliação dos serviços de saúde; apoiar os processos de educação popular na saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS; apoiar a implantação e a implementação de ouvidorias nos municípios e nos estados, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, e apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS e na discussão do Pacto.

#### 6.3.1 O Conselho de Saúde

A notícia mais remota de Conselho de Saúde no Brasil data de 1937 com a Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937, que dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública, criando o Ministério da Educação e Saúde, definindo como órgãos de cooperação o Conselho Nacional de Educação e o Conselho Nacional de Saúde.

Depois, ao ser desmembrado do Ministério da Educação e Saúde, conforme a Lei n. 1.920, de 25 de julho de 1953, regulamentada pelo Decreto n. 34.596, de 16 de novembro de 1953, o Ministério da Saúde passou a ter o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Nacional de Alimentação, como órgãos orientadores da política sanitária geral e específica, que eram coordenados diretamente pelo Ministro de Estado (RODRIGUES, 1979).

O Decreto n. 66.623, de 22 de maio de 1970, dispondo sobre a organização administrativa do Ministério da Saúde, estabeleceu sua estrutura básica, na qual o Conselho Nacional de Saúde consta como órgão de consulta (RODRIGUES, 1979).

Em 13 de novembro de 1974, por sua vez, o Conselho Nacional de Saúde passa à condição de órgão colegiado com a finalidade de examinar e propor soluções de problemas concernentes à promoção e à recuperação da saúde, ao lado do Conselho de Prevenção Antitóxico (RODRIGUES, 1979).

Em 17 de julho de 1975, a Lei n. 6.229 instituiu o Sistema Nacional de Saúde, tendo como órgão supremo o Conselho de Desenvolvimento Social, constituído pelos ministros da área social – Saúde, Trabalho, Educação e Cultura, Interior e Previdência Social, além do Ministro do Planejamento, sob orientação direta do presidente da República –, transformando o sistema espontâneo existente de fato em um sistema organizado, o que ampliou em muito as atribuições do Ministério da Saúde, ainda que tenha acentuado a divisão entre as ações de saúde para os indivíduos e as ações de saúde de alcance coletivo.

O Decreto n. 79.056, de 30 de dezembro de 1976, introduziu o conceito de atividades e medidas de interesse coletivo como atribuição primordial a ser cumprida pelo Ministério da Saúde e estabeleceu a sua nova organização. O Conselho Nacional de Saúde, que restou como único órgão colegiado do Ministério, incorporou o Conselho de Prevenção Antitóxico e comissões nacionais transformadas em câmaras técnicas de Hemoterapia, de Normas e Padrões de Alimentos e de Fiscalização de Entorpecentes, cabendo-lhe examinar e propor soluções para problemas concernentes à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, como dantes, bem como elaborar normas sobre assuntos específicos de saúde pública a serem observadas (RODRIGUES, 1979).

Havia na década de 1960 conselhos consultivos de saúde em algumas unidades federadas, como os Conselhos de Saúde e Bem-Estar Social (Consabes), afetos à Secretaria de Estado da Saúde e do Bem-Estar Social do Paraná.

O Conselho Nacional de Saúde, até a década de cinquenta, ocupava-se apenas de assuntos internos ao Ministério. A partir de 1962, passou a ser órgão consultivo, destinado a “assistir o ministro de Estado da Saúde, com ele cooperando no estudo de assuntos pertinentes a sua pasta” (Decreto n. 847, de 5 de abril de 1962), atribuição que foi ampliada a partir de 1970, quando passou a “examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde, que sejam submetidos à sua apreciação pelo ministro de Estado, bem como opinar sobre matéria que, por força de lei, tenha que ser submetida à sua apreciação” (Decreto, n. 67.300, de 30 de setembro de 1970) (CONASS DOCUMENTA Nº 18 – 2009).

O número de membros variou bastante ao longo do período (entre 13 e 27) e até 1990 eram livremente indicados pelo ministro.

As alíneas I e II do artigo 1º, da Lei n. 8.142, estabelecem que o SUS, de que trata a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

O Conselho de Saúde passa a ser instância permanente e de caráter deliberativo em todos os níveis de gestão do sistema, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que atua 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 (§ 2º do artigo 1º, da Lei 8.142).

Suas decisões, entretanto, devem ser homologadas “pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo”, não se prevendo nenhum mecanismo de sanção caso isso não venha a ocorrer. Sua capacidade deliberativa é reduzida ainda em função de sua existência não poder trazer “prejuízo das funções do Poder Legislativo” (Lei 8.142, art. 1º).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) têm representação no Conselho Nacional de Saúde (§ 3º, da Lei 8.142/90). A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e nas Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos (§ 4º, da Lei 8.142/90).

O Decreto n. 99.438, de 7 de agosto de 1990, regulamentou as novas atribuições do CNS com a criação do SUS e definiu as entidades e os órgãos que comporiam o novo plenário, com 30 membros titulares. Esse decreto ao longo dos anos sofreu alterações impostas pelos Decretos n. 4.878, de 18 de novembro de 2003, e n. 5.485, de 4 de julho de 2006.

Com a publicação do Decreto n. 5.839, de 11 de julho de 2006, que dispõe sobre a organização, atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde, houve uma mudança significativa na organização daquele Conselho.

O referido decreto define:

- » o que são as entidades e movimentos sociais nacionais de usuários do SUS; as entidades nacionais de profissionais de saúde, incluindo a comunidade científica; as entidades nacionais de prestadores de serviços de saúde e as entidades nacionais empresariais com atividades na área da saúde que indicarão seus representantes para compor o CNS;
- » que a escolha será feita por meio de processo eleitoral, a ser realizado a cada três anos, contados a partir da primeira eleição;

- » que o presidente do CNS será eleito, entre os conselheiros titulares, em escrutínio secreto, na reunião em que tomarem posse os novos membros, votantes somente os membros titulares;
- » que o mandato dos membros do CNS será de três anos, permitida apenas uma recondução.

Hoje, o Conselho Nacional de Saúde é composto de 48 membros titulares, 48 primeiros suplentes e 48 segundos suplentes, indicados por entidades eleitas na última Conferência Nacional de Saúde, conforme a Resolução CNS n. 361, aprovada pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Centésima Sexagésima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 12 e 13 de julho de 2006. O pleno do conselho, por sua vez, elege a cada ano a mesa diretora, inclusive o presidente, dentre os seus pares (Livro SUS 20 anos – 2009).

A Resolução/CNS n. 407, de 12 de setembro de 2008, publicada no Diário Oficial de 11 de março de 2009, alterada pela Resolução/CNS n. 435, de 12 de agosto de 2010, aprovou o Regimento do Conselho Nacional de Saúde que está em vigência, com as adaptações necessárias ao seu funcionamento definidas no Decreto n. 5.839, de 11 de julho de 2006.

A Portaria GM/MS n. 3.047, de 8 de dezembro de 2009, designou os membros titulares, 1º e 2º suplentes do Conselho Nacional de Saúde para o triênio 2009/2010.

### **6.3.2 A Conferência de Saúde**

A Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, define que a Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde (§ 1º do artigo 1º).

As conferências de saúde têm longa história. Foram instituídas em 1937, no primeiro governo de Getúlio Vargas, as conferências nacionais de educação e de saúde como mecanismo do governo federal para se articular e conhecer ações desenvolvidas pelos estados nas áreas de educação e saúde. Foram estabelecidas pela Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937, que reorganizou o Ministério da Educação e Saúde (PINHEIRO; WESTPHAL; AKERMAN, 2005, p. 451). Eram espaços estritamente intergovernamentais, de que participavam autoridades do então Ministério da Educação e Saúde e autoridades setoriais dos estados e do território do Acre. Estavam previstas para ser realizadas a cada dois anos, mas, apenas em janeiro de 1941, foram convocadas. Desde então, foram realizadas 13 Conferências Nacionais de Saúde, abordando os mais diversos temas, como mostra o quadro a seguir.

**Temas Centrais** DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE, MINISTROS E PRESIDENTES DA REPÚBLICA, DE 1941 A 2007

<b>CONFERÊNCIA/ ANO</b>	<b>TEMA CENTRAL</b>	<b>MINISTRO E PRESIDENTE DA REPÚBLICA</b>
1ª - 1941	Situação sanitária e assistencial dos estados	Gustavo Capanema Getúlio Vargas
2ª - 1950*	Legislação referente à higiene e segurança do trabalho	Pedro Calmon M. de Bittencourt Eurico Gaspar Dutra
3ª - 1963	Descentralização na área de saúde	Wilson Fadul João Belchior Goulart
4ª - 1967	Recursos humanos para as atividades em saúde	Leonel Tavares Miranda de Albuquerque Arthur da Costa e Silva
5ª - 1975	Constituição do Sistema Nacional de Saúde e a sua institucionalização	Paulo de Almeida Machado Ernesto Geisel
6ª - 1977	Controle das grandes endemias e interiorização dos serviços de saúde	Paulo de Almeida Machado Ernesto Geisel
7ª - 1980	Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos	Waldyr Mendes Arcoverde João Batista Figueiredo
8ª - 1986	Saúde como direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial	Roberto Figueira Santos José Sarney
9ª - 1992	Municipalização é o caminho	Adib Domingos Jatene Fernando Collor de Mello
10ª - 1996	Construção de modelo de atenção à saúde	Adib Domingos Jatene Fernando Henrique Cardoso
11ª - 2000	Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social	José Serra Fernando Henrique Cardoso
12ª - 2003	Saúde um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos	Humberto Sérgio Costa Lima Luís Inácio Lula da Silva
13ª - 2007	Políticas de Estado e Desenvolvimento	José Gomes Temporão Luís Inácio Lula da Silva

\*Segundo o Ministério da Saúde, não há registros formais da 2ª CNS, não havendo relatório da mesma.

FONTE: Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=1041](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1041)

A primeira Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 1941, por convocação do Ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema, que também convocou a Conferência Nacional de Educação, jamais realizada, com base na Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937.

Apenas em 2010, o Ministério da Educação realizará a 1ª Conferência Nacional de Educação, enquanto em 2007 assistimos à realização da 13ª Conferência Nacional de Saúde, tendo alguns estados realizado a sua 8ª Conferência Estadual de Saúde preparatória da última Conferência Nacional, somando ao todo 157 conferências estaduais após a Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Desde então, estados e municípios passaram a incluir em suas Constituições e Leis Orgânicas a criação de conselhos e a realização de conferências de saúde. O conjunto de municípios, por sua vez, realizou dezenas de milhares de conferências nos últimos 20 anos, subsidiárias das conferências estaduais e nacionais.

O volume de resoluções das conferências de saúde é crescente sem, todavia, se verificar seu desdobramento na organização e na operação do sistema de saúde. Pelo contrário, desde a democratização das conferências, conquista histórica do movimento social e da Reforma Sanitária, quando da convocação e da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, jamais houve outra conferência com tão reduzido número de resoluções e tamanha incorporação de suas teses para a organização sanitária nacional (COLEÇÃO PROGESTORES – SUS 20 anos – 2009).

Entende-se, obviamente, que o momento histórico privilegiado, de ampla participação política da sociedade e de resgate das reformas de base reprimidas desde o Golpe de 1964, foi determinante da franca incorporação oficial das formulações da sociedade, especialmente no caso da saúde, cuja reforma de base seria impedida no nascedouro. Tratava-se da Municipalização da Saúde, aprovada pela 3ª Conferência Nacional de Saúde, a qual se dera de 9 a 15 de dezembro de 1963, cujas deliberações seriam postas em marcha pelo governo Goulart e seus ministros, especialmente o deputado federal Wilson Fadul, da Saúde e o senador Amauri Silva, do Trabalho e Assistência Social (COLEÇÃO PROGESTORES – SUS 20 anos – 2009).

#### **6.4 Funcionamento das Conferências e Conselhos de Saúde: ponderações e recomendações**

No âmbito da formação de atores sociais coletivos, as Conferências e Conselhos de Saúde são coletividades heterogêneas pelas diferenças essenciais da origem e aspirações dos segmentos sociais que os compõem, comportando tensões correspondentes, mas se encontram desafiados permanentemente para construir o coletivo homogêneo a partir da precedência e concordância do cumprimento dos princípios e diretrizes constitucionais do SUS, a que todos estão obrigados. Cada um dos quatro segmentos componentes comporta uma homogeneidade interna (coletivo homogêneo), que por sua vez exige permanentes articulações de sua manutenção, frente à heterogeneidade das entidades e categorias que os compõem. Assim, impõe-se a permanente e intensiva construção de consensos: não aqueles superficiais, ou forçados ou oportunistas, sempre fugazes, mas os capazes de cumprir caminhos e etapas na implementação dos princípios e diretrizes do SUS, reconhecendo os dissensos, criando alternativas e escutando o outro como legítimo.

O desenvolvimento na sociedade civil dos graus de consciência dos direitos sociais e das políticas que os contemplem, processo que se inicia com a tomada da consciência das

necessidades e chega às mobilizações em direção a governos e/ou estado, visa influir na formulação e implementação das políticas públicas correspondentes.

Na área da saúde, o grande exemplo foi a conquista da criação da Seguridade Social e do SUS, cujo ápice da mobilização e organização da sociedade civil deu-se de 1986 a 1989. Esse exemplo traz um ensinamento: a precedência histórica das características da sociedade civil, para a efetivação da reforma do Estado e de políticas públicas que lhe diz respeito. Não havia naquele período os Conselhos de Saúde nas três esferas, e a conquista se deu. Por essa razão, procede a reflexão de que o grande e reconhecido avanço da criação e funcionamento das Conferências e Conselhos não lhes confere precedência nem exclusividade no controle do Estado pela sociedade, na área de saúde. Ao contrário, é o grau de consciência, organização e mobilização da sociedade que confere às Conferências e Conselhos as condições e a legitimidade para o cumprimento das suas atribuições legais. Por isso, justifica-se a relevância política de os conselheiros dedicarem-se, com persistência, a articular nas suas entidades relatos e debates frequentes sobre os conteúdos e resultados das reuniões mensais dos conselhos de saúde.

A representatividade e a legitimidade dos conselheiros em relação aos segmentos e às entidades da sociedade civil vêm nesses anos passando por inúmeras acumulações de experiências ricas, aprimorando-se e deixando vários ensinamentos, como por exemplo:

a. a clareza necessária à distinção de quais entidades representam usuários, trabalhadores de saúde, prestadores de serviços e gestores, assim como na frequente situação de uma mesma pessoa usuária (todos o são, pela Constituição), que exerce atividades de trabalho na saúde, de participação societária em empresa prestadora de serviços e/ou de direção em órgão governamental de saúde. Se ela pretende ser conselheira, poderá ser representante do segmento em que exerce atividades preponderadamente, com participação na entidade em que está filiada e que a indica;

b. a participação dupla de uma pessoa em mais de um conselho (CMS/CES, ou CMS/CNS ou CES/CNS), assim como seguidas indicações ou reeleições de conselheiros para seguidos mandatos, são indicadores de fragilidade das próprias entidades e segmentos, que poderão estar com falta de filiados capacitados para exercitar a alternância, ou inibindo a emergência de filiados capazes, por meio de condutas personalistas de algumas lideranças e representações,

c. a preocupação e a responsabilidade das entidades e segmentos, de desestimular e reverter a conduta de conselheiros que se limitam ao papel de meros porta-vozes ou mensageiros dos interesses, direitos e pleitos da entidade e segmento, pouco se dedicando às articulações com as demais entidades e segmentos, em busca da construção de direitos

e pleitos comuns, e das forças necessárias para avanços estruturais, que contemplem o conjunto das entidades e segmentos, ainda que com pesos diferentes, que se equilibrem no conjunto dos avanços e que frequentemente se dedicam menos ainda a estimular e realizar, dentro da sua entidade e segmento, a reprodução dos debates, avanços e ensinamentos gerados nas reuniões mensais dos conselhos.

As mesmas ponderações e recomendações aqui expressas em relação aos conselhos podem e devem ser adequadas e estendidas às Conferências de Saúde.

Os Conselhos de Saúde e os gestores devem definir, conjuntamente, qual o perfil das informações e conhecimentos estratégicos, de posse do gestor, que devem ser passados rotineira e automaticamente aos conselhos, ou, quando solicitados, visando subsidiar análises de conjuntura, e a atuação na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde. Os gestores devem facilitar aos conselhos a apropriação dos referidos conhecimentos e informações. Além disso, os conselhos de saúde devem desenvolver articulações permanentes com instituições de pesquisa aplicada na área social-econômica-demográfica-epidemiológica, com universidades, com estudiosos no campo da seguridade social e saúde, parlamentares, Ministério Público, direito sanitário e outros, com vistas a atividades de capacitação, que devem ser estendidas a dirigentes e lideranças das entidades e segmentos da sociedade, fonte geradora de futuros conselheiros.

As Conferências de Saúde a cada quatro anos requerem análise, avaliação e revisão da sua formatação, no sentido de orientá-las para o cumprimento da sua atribuição legal de propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde, a partir da análise da situação de saúde.

O formato das conferências precisa ser seriamente debatido para que seja possível encontrar caminhos alternativos, democráticos e mais adequados à expressão dos interesses concretos da sociedade e das necessidades reais da política de saúde. É também necessária uma reflexão serena sobre o distanciamento entre gestores, conferências e conselhos de saúde, reconhecido em documento do próprio Conselho Nacional de Saúde, na literatura e nos depoimentos tomados para este trabalho. Esse problema é grave e tende a gerar impasses contraproducentes para o SUS e para as necessidades de saúde da população. Por seu enraizamento cultural, não é problema fácil de ser resolvido. Exige mudança de postura de ambas as partes (CONASS DOCUMENTA Nº 18 - 2009).

Da mesma forma, as conferências temáticas específicas devem também ser repensadas quanto à sua formatação, no sentido de agregar as questões estratégicas maiores, de cada tema específico, à temática da conferência geral, cujas diretrizes constantes no relatório final contemplem as referidas questões. Assim, os temas específicos poderiam vir a ser objeto de encontros nacionais orientados pelas diretrizes emanadas na conferência geral.

As recentes iniciativas da retomada do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), com a articulação do Fórum da RSB (Cebes, Abrasco, Abres, Rede Unida e Ampasa) e a refundação da Cebes, estão ensejando, seguramente, o estreitamento e a sistematização da aliança e parceria do Fórum da RSB com a rede dos conselhos de saúde, a começar com o Conselho Nacional de Saúde. Seria algo como retomar o vínculo histórico: consciência das necessidades dos direitos sociais, mobilização e participação da sociedade civil na formulação das políticas públicas, sua efetivação e controle pela sociedade.

No MRSB e no SUS, o controle social tem o significado de controle do Estado pelo conjunto da sociedade, que se confunde com a democratização do Estado. É um processo complexo, ligado ao grau de consciência política, organização e mobilização da sociedade.

Diante das questões apontadas, o desafio que está colocado é a busca de aperfeiçoamento do processo de participação e controle social no SUS.

A discussão sobre o formato e o processo de preparação e realização da 14ª Conferência Nacional de Saúde precisa ser desencadeada imediatamente para que seja possível construir consensos e renovar as formas de exercício dessa relevante conquista do sistema de saúde brasileiro (CONASS DOCUMENTA Nº 18 - 2009).

## **6.5 Relações dos Conselhos de Saúde e Comissões Intergestores**

A relação entre conselhos e gestores e, por analogia, entre os Conselhos e as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite é assunto de grande relevância.

São frequentes as reclamações de que a criação dessas comissões intergestores pretendeu invadir espaços dos conselhos de saúde. Silva e Labra chamam a atenção para a diferente composição desses dois organismos: “Nos conselhos de saúde, existem diversos tipos de representação, enquanto nas comissões intergestores, a representação seria propriamente corporativa” (2001, p. 162). Segundo as autoras, apesar de a legislação estabelecer

[...] clara divisão de atribuições entre essas arenas. No entanto, uma primeira questão que ressalta [...] é, justamente, a confusão entre os papéis de cada instância, o que gera relações conflituosas e recriminações, seja por inoperância ou por invasão de campo. Na comparação, em consequência, a CIB aparece como sendo mais ágil que o CES, e isso é atribuído ao fato de aquela ser uma instância eminentemente técnica. Por outro lado, a politização do CES seria um fator que geraria paralisações a ponto de este não intervir apropriadamente nas questões que lhes são pertinentes (Idem, p. 163).

A despeito do caráter também político das comissões intergestores, que permitem articular visões e interesses nem sempre convergentes dos gestores, sua dimensão técnica as diferencia dos conselhos.

Essas diferenças são importantes e merecem ser discutidas, uma vez que é crescente a sensação de afastamento entre os organismos de participação (conferências e conselhos) e os gestores do sistema (CONASS DOCUMENTA Nº 18 – 2009).

## 6.6 A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS

Com o objetivo de reunir diversas estruturas responsáveis pelas funções de apoio à gestão estratégica e participativa no SUS, a Secretaria de Gestão Participativa, criada em 2003, foi reestruturada pelo Decreto nº 5.841, de 13 de julho de 2006, quando passou a ser denominada Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). Naquela oportunidade, incorporou-se à SGEP o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), foi instituído o Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, transformou-se o Departamento de Acompanhamento da Reforma Sanitária em Departamento de Apoio à Gestão Participativa e, por fim, ampliou-se o Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS.

Em novembro de 2007, foi publicada, após aprovação no Conselho Nacional de Saúde e na Comissão Intergestores Tripartite, a Portaria GM/MS n. 3.027, que aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS baseada nos seguintes princípios:

- » reafirmação dos pressupostos da Reforma Sanitária quanto ao direito universal à saúde de responsabilidade do Estado, como universalidade, equidade, integralidade e participação social;
- » valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e de controle social nos processos de gestão do SUS, especialmente os conselhos e as conferências de saúde, garantindo sua consolidação como política de inclusão social e conquista popular;
- » promoção da inclusão social de populações específicas, visando à equidade no exercício do direito à saúde;
- » afirmação do protagonismo da população na luta por saúde a partir da ampliação de espaços públicos de debates e construção de saberes;
- » integração e interação das ações de auditoria, ouvidoria, monitoramento e avaliação com o controle social, entendidas como medidas para o aprimoramento da gestão do SUS nas três esferas de governo;
- » ampliação dos espaços de ausculta da sociedade em relação ao SUS, articulando-os com a gestão do sistema e a formulação de políticas públicas de saúde;
- » articulação com as demais áreas do Ministério da Saúde na implantação de mecanismos de avaliação continuada da eficácia e efetividade da gestão do SUS;

- » articulação das ações referentes à gestão estratégica e participativa desenvolvidas pelo Ministério da Saúde com os diversos setores, governamentais e não governamentais relacionados com os condicionantes e determinantes da saúde;
- » fortalecimento das formas coletivas de participação e solução de demandas.

Conforme consta no texto da referida Política:

a gestão estratégica e participativa constitui-se em um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, visando a maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, à educação popular, à mobilização social, à busca da equidade, ao monitoramento e avaliação, à ouvidoria, à auditoria e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde.

São propostos na Política os seguintes componentes:

1. Gestão Participativa e o Controle Social no SUS, apontando os seguintes desafios: garantia de efetiva implantação dos conselhos de saúde estaduais e municipais, assegurando aos mesmos dotação orçamentária própria; consolidação do caráter deliberativo, fiscalizador e de gestão colegiada dos conselhos, com composição paritária entre usuários e demais segmentos, devendo o presidente ser eleito entre seus membros; reafirmação da participação popular e do controle social na construção de um novo modelo de atenção à saúde, requerendo o envolvimento dos movimentos sociais, considerados atores estratégicos para a gestão participativa; aperfeiçoamento dos atuais canais de participação social, criação e ampliação de novos canais de interlocução entre usuários e sistema de saúde, e de mecanismos de escuta do cidadão;
2. Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS visando buscar articular, além dos indicadores tradicionais das ações e dos serviços de saúde, individuais e coletivos, também os indicadores da desigualdade e iniquidade, de determinantes da saúde, de ações inter-setoriais, culturais, ambientais e de participação social, entre outros, quantitativos e qualitativos, abertos às dimensões da ética, do conflito, da subjetividade e da micropolítica, que sirvam ao trabalho local e à aferição e mudança permanente das práticas;
3. A Ouvidoria do SUS como um canal direto de comunicação dos usuários do sistema e da comunidade, para subsidiar a política de saúde do País, contribuindo com o controle social;
4. A Auditoria do SUS como um instrumento de gestão para fortalecer o Sistema Único de Saúde, contribuindo para a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos.

A Política descreve a Gestão Participativa como uma estratégia transversal, presente nos processos cotidianos da gestão do SUS, que possibilita a formulação e a deliberação

pelo conjunto de atores no processo de controle social. A sua implantação requer a adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação dos profissionais de saúde e da comunidade, além de pressupor a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, de forma a construir um conhecimento compartilhado sobre saúde, preservando a subjetividade e a singularidade presentes na relação de cada indivíduo e da coletividade, com a dinâmica da vida.

Estão previstos também sete grupos de ações que serão desenvolvidas no âmbito da Política:

*1. Implementação da Política de Promoção da Saúde com a Promoção da Equidade em Saúde de Populações em Condições de Vulnerabilidade e Iniquidade:*

- a. combate às iniquidades em saúde que atingem diferentes grupos sociais, como as populações negra, do campo e da floresta, GLBTT – gays, lésbicas, bissexuais, transexuais, travestis – e, em situação de rua, cigana, entre outras;
- b. promoção de espaços de discussão e de fomento ao combate às iniquidades em saúde nos níveis locais;
- c. sensibilização e capacitação de diferentes atores para promoção da equidade em saúde, para o controle social e para a educação em saúde;
- d. ampliação do acesso às populações negra, do campo e da floresta, GLBTT em situação de rua, cigana, entre outras, aos serviços e ações de saúde em articulação com os gestores;
- e. promoção de educação em saúde e controle social.

*2. Brasil Quilombola:*

- a. promoção da equidade na atenção à saúde da população quilombola;
- b. estabelecimento do recorte racial na política da saúde, nos aspectos relacionados à organização e ao desenvolvimento institucional e suas variantes nos programas do SUS;
- c. atenção à saúde das populações quilombolas.

*3. Aprimoramento das Instâncias e Processos de Participação Social no SUS:*

- a. realização da Conferência Nacional de Saúde;
- b. capacitação contínua de conselheiros de saúde;
- c. criação de uma rede de cooperação e intercâmbio de informação entre conselheiros de saúde, além da divulgação de iniciativas inovadoras e bem-sucedidas desses conselhos;

- d. aperfeiçoamento dos processos de mobilização social e busca de novos canais de escuta da população;
- e. implantação de conselhos de gestão participativa nos estabelecimentos de saúde federais e municipais;
- f. intersectorialidade adotada como prática de gestão;
- g. a disseminação de experiências bem-sucedidas de gestão participativa em saúde deverá ser consolidada em uma rede de intercâmbio e cooperação entre instituições;
- h. implantação de ouvidorias no SUS e implementação de práticas de ausculta dos usuários, profissionais e gestores.

#### *4. Gestão da Política de Saúde :*

- a. implementação de práticas de gestão estratégica com ações de auditoria do SUS e de monitoramento e avaliação da gestão do SUS.

#### *5. Consolidação do Processo de Reforma Sanitária no País:*

- a. realização de conferências temáticas e divulgação dos resultados, em parceria com o CNS.

#### *6. Fortalecimento da Gestão do Trabalho no SUS:*

- a. promoção de conhecimento sobre o SUS, sua organização, acesso, responsabilidades de gestão e direitos dos usuários;
- b. implementação da educação permanente para o controle social no SUS.

#### *7. Qualificação e Humanização na Gestão do SUS:*

- a. organização de instâncias que possibilitem a ausculta sistemática de profissionais de saúde.

As atribuições e responsabilidades dos gestores nacional, estaduais e municipais na implantação da Política de Gestão Estratégica e Participativa têm como base o Pacto pela Saúde.

Desde 2007, o Ministério da Saúde está repassando recursos financeiros de incentivo para os estados e municípios, visando à implementação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS, que estão previstos no Componente para a Qualificação da Gestão do SUS do Bloco de Gestão, no que diz respeito às ações de auditoria, monitoramento e avaliação da gestão do Sistema, ouvidoria e participação e controle social no SUS.

A comprovação da inserção das ações que serão desenvolvidas com os recursos do incentivo, no respectivo Plano de Saúde e na Programação Anual de Saúde, e o registro dos resultados alcançados com as ações desenvolvidas no Relatório Anual de Gestão são condições para a transferência dos recursos aos Municípios, Estados e Distrito Federal.



# 7

## OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

- 7.1 **Introdução**
  - 7.2 **Informação e Informática em Saúde**
  - 7.3 **Principais fontes de informação de interesse para o planejamento e tomada de decisão em Saúde**
  - 7.4 **Indicadores de interesse para a gestão da Saúde**
  - 7.5 **Registro Eletrônico em Saúde**
  - 7.6 **Cartão Nacional de Saúde**
- 



# 7

## OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

### 7.1 Introdução

Existe no Brasil um número incalculável de diferentes Sistemas de Informações em Saúde (SIS) voltados à operação de estabelecimentos assistenciais, à gerência de redes de serviços, às estatísticas vitais e à investigação e ao controle de diversas doenças que podem e devem ser usados para o planejamento, por parte do gestor, de intervenções sobre sua realidade sanitária.

A falta de padronização dos procedimentos de obtenção e tratamento dos dados por eles aportados, a heterogeneidade de sua periodicidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996) e mesmo sua inexistência em muitos municípios brasileiros vêm, há aproximadamente duas décadas, levando o Executivo Federal a priorizar e a exigir um conjunto de informações de estados e municípios, definindo ainda seus atributos e sua forma de apresentação, de tal forma que, na prática, as secretarias estaduais de saúde (SES) e as secretarias municipais de saúde (SMS) acabam por “optar” pela adoção dos aplicativos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. Por terem uma abrangência nacional, esses Sistemas de Informação são utilizados em todas as esferas de gestão do SUS e alguns deles foram destacados como de alimentação obrigatória, conforme abordado adiante.

Embora as bases de dados por eles conformadas cubram a maior parte das informações necessárias ao planejamento e à avaliação de ações e serviços de saúde, a lógica em que foram desenvolvidas fez que, até os dias de hoje, continuem a ser usadas predominantemente de forma “compartimentalizada”. Segundo Moraes (1994), enquanto o MPAS/Inamps organizou suas informações de forma centralizada, por tipos de prestador (classificação de fato definida em função do contrato/convênio estabelecido com quem oferece a assistência médica) e por dados financeiros (conforme as tabelas de pagamento e índices que variam em função do tipo de prestador, ou seja, das pressões desse ou daquele setor envolvido no complexo médico-previdenciário); o Ministério da Saúde organizou-as movido por uma racionalidade campanhista, criadora de “programas” verticalizados, voltados para determinados agravos ou grupos de risco.

Apesar de todos esses sistemas encontrarem-se hoje subordinados a uma única instituição – o Ministério da Saúde –, as várias áreas técnicas mantêm, de maneira geral, as mesmas diferenças de culturas institucionais verificadas na época de sua concepção.

A possibilidade de integrá-los ou as informações que aportam é um sonho antigo dos profissionais do setor, na medida em que isso possibilitaria análises mais integradas e fidedignas da situação de saúde das populações. Assim é que a compatibilidade entre os diversos sistemas vem sendo um dos aspectos mais discutidos e buscados no que se refere às grandes bases de dados nacionais, tendo, ainda na segunda metade da década de 1990, se transformado em tema de uma oficina de trabalho no V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Abrasco) e de um dos comitês especiais da Rede Integrada de Informações para a Saúde (Ripsa).

Segundo Carvalho (1998), as discussões levadas a efeito nos dois fóruns tinham como premissa que a compatibilização dos sistemas e bases de dados depende, essencialmente, da padronização dos atributos/variáveis utilizados para caracterização dos diversos eixos capazes de promover a sua integração. Como possíveis “eixos” foram reconhecidos o indivíduo, a unidade de saúde (responsável pela notificação da ocorrência) e o evento (que gerou o registro), também referido como “encontro” (entre o indivíduo e o sistema de saúde), admitindo-se, ainda, como um eventual quarto eixo, o profissional (que prestou atendimento).

Essas avaliações orientaram em grande medida o desenvolvimento inicial do projeto do Cartão Nacional de Saúde, que envolvia originalmente três categorias de cartões, atrelados a cadastros nacionais de estabelecimentos, de profissionais e de usuários. Esses sistemas cadastrais eram tidos como “estruturantes” da informação em saúde, uma vez que os dados provenientes dos demais, responsáveis pelo registro dos “eventos” – nascimentos, óbitos, adoecimentos, consultas, internações – estariam a eles ancorados. Os dois primeiros foram implementados, compondo hoje o denominado Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). No que se refere ao cadastro de usuários, embora as SMS e SES tenham feito a sua parte e a base nacional conte hoje com mais de 140 milhões de registros, sua efetivação, com abrangência nacional, vem sendo obstaculizada por problemas operacionais de naturezas diversas. Por sua importância para o setor, esse tema será abordado de forma destacada neste capítulo.

Finalmente, serão apontados alguns dos indicadores mais utilizados para o planejamento e o monitoramento de resultados das ações de saúde.

## **7.2 Informação e informática em Saúde**

Utilizar intensivamente a informação na gestão da saúde é, cada vez mais, o que confere o diferencial na qualificação do processo decisório. Essa constatação impõe a necessidade de implementação de estratégias políticas e técnicas que superem os limites

ainda existentes na gestão da informação em saúde no Brasil. A principal estratégia política consiste na afirmação de que as informações em saúde são do SUS e, portanto, a Política Nacional de Informação em saúde deve ser definida em fórum tripartite. Nesse sentido, cabe ressaltar o papel da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que conta, no âmbito de sua Câmara Técnica, com um Grupo de Trabalho de Informação e Informática em Saúde (GTIIS).

Esse Grupo, composto por representantes do Ministério da Saúde, do CONASS e do Conasems, possui as seguintes funções:

- a. apreciar, avaliar e sugerir propostas de ações relacionadas à informação e à informática em saúde, visando à formulação de uma Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) que contemple a gestão, a capacitação, o desenvolvimento tecnológico e a qualidade da informação em todos os níveis do SUS;
- b. encaminhar à CIT proposições de ações estratégicas e diretrizes políticas voltadas para a condução da PNIIS do SUS;
- c. apreciar, avaliar e sugerir alterações nos atuais sistemas de informações em saúde e/ou em futuros sistemas a serem propostos de base nacional, bem como propostas de padronização da informação no âmbito do SUS, a serem submetidas à CIT.

Cabe destacar também que a produção e a disseminação de informações em saúde vêm se processando em um contexto fragmentado, com vários setores/órgãos/instituições gerindo a informação de modo desarticulado, colocando-se, assim, o desafio de avançar no sentido da intersetorialidade, superando a fragmentação das informações (MORAES, 1994).

Além do GTIIS/CIT, algumas iniciativas vêm contribuindo para minimizar essa desarticulação. Merece destaque, por exemplo, a criação da **Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa)** – formalizada pela Portaria n. 2.390/GM, de 11 de dezembro de 1996, e por acordo de cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Sob a coordenação geral do Secretário-Executivo do Ministério da Saúde, a Ripsa é composta por cerca de 40 entidades representativas dos segmentos técnicos e científicos nacionais envolvidos na produção e na análise de dados. As SES e as SMS estão representadas pela participação do CONASS e do Conasems.

Em agosto de 2007, representantes da Secretaria Técnica da Ripsa apresentaram na Assembleia do CONASS proposta de implantação da metodologia e processo de trabalho da Ripsa nos estados, sendo sua implementação aprovada pela unanimidade dos secretários. A iniciativa **“Ripsa no Estado”** serve para atender as necessidades específicas dos

gestores estaduais e municipais, contribuindo para a produção de informações com melhor qualidade, refletindo com fidedignidade a situação de saúde no estado, apoiando o processo decisório e melhorando a qualidade dos indicadores de saúde (RIPSA, 2007). As experiências piloto já implantadas em cinco estados (Bahia, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Santa Catarina e Tocantins) já demonstram muitos avanços, relacionados especialmente ao seu próprio processo de implantação e incorporação da metodologia, com o envolvimento dos diversos setores da própria SES, municípios e demais instituições que produzem e utilizam informações nos estados.

Conseguir pôr em prática os princípios da regionalização e da hierarquização dos serviços e da integralidade das ações de saúde pressupõe a utilização de instrumentos de gestão que incorporem a perspectiva da integração, da articulação e da intersectorialidade. É nesse sentido que passa a ser pré-condição os SIS adotarem, em sua política de gestão e concepção, a racionalidade integradora, sem a qual os gestores de saúde não irão dispor de mecanismos para implementar processos integrados de trabalho.

Outra estratégia fundamental para a melhoria das informações em saúde é consolidar o entendimento do sentido público dessas informações e o compromisso radical com a sua democratização e transparência. A sociedade brasileira tem o direito de acessar as informações em saúde e participar das definições sobre o seu direcionamento. Esse sentido público precisa conviver com a necessidade de os dados individuais recolhidos serem estritamente confidenciais e estarem submetidos aos princípios da política de privacidade, do controle de acesso e da segurança.

### **7.3 Principais fontes de informação de interesse para o planejamento e tomada de decisão em Saúde**

Segundo DUARTE (2003), “A análise da situação de saúde é fundamental para informar a tomada de decisão dos gestores, nas diversas esferas de governo, na medida em que traz evidências relevantes para a elucidação de pontos essenciais à ação”. A autora considera também que “a observação criteriosa e sistemática da distribuição dos eventos de saúde constitui-se em elemento fundamental para a compreensão acerca dos fatores, situações, condições ou intervenções modificadoras dos riscos de adoecimento de populações humanas.”

Tornam-se necessários, portanto, dados (que vão gerar as informações) fidedignos e completos (SOARES, ANDRADE & CAMPOS, 2001). Esses dados podem ser registrados ou levantados:

- » de forma contínua, como no caso de óbitos, nascimentos, internações, doenças de notificação obrigatória, geralmente obtidos através de sistemas de informações em

saúde. Esses dados são também considerados como “dados secundários”, pois geralmente não foram diretamente compilados por quem faz a análise;

- » de forma periódica, como os censos populacionais e algumas pesquisas amostrais, ou;
- » de forma ocasional (pesquisas realizadas com fins específicos, como, por exemplo, para conhecer a prevalência de determinada doença ou agravo em uma comunidade, em determinado momento).

Os dados coletados diretamente através de uma pesquisa de campo, geralmente através de um formulário, são denominados “dados primários”.

Os dados de importância para a análise de situação de saúde (SOARES, ANDRADE & CAMPOS, 2001) são inúmeros e de fontes diversas. Podem ser destacados, por exemplo, os dados sobre a população (número de habitantes, idade, sexo, raça etc.), os dados socioeconômicos (renda, ocupação, classe social, tipo de trabalho, condições de moradia e alimentação), os dados ambientais (poluição, abastecimento de água, tratamento de esgoto, coleta e disposição do lixo), os dados sobre serviços de saúde (hospitais, ambulatórios, unidades de saúde, acesso aos serviços), os dados de morbidade (doenças que ocorrem na comunidade) e os eventos vitais (óbitos, nascimentos vivos e mortos, principalmente).

Entre as principais instituições produtoras de informação obtidas através de dados primários, podem ser destacados o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o próprio Ministério da Saúde, em que se destaca o Departamento de Análise de Situação de Saúde.

O IBGE é responsável pela realização de pesquisas extremamente importantes, como o Censo Demográfico, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) e a Pesquisa de Assistência Médico- Sanitária (AMS):

- » Censo Demográfico – consiste no levantamento estatístico que visa à enumeração da população e dos domicílios do país (MS/Datasus, 1997). Nos censos, os domicílios são agrupados em setores censitários, unidade territorial estabelecida para fins de controle cadastral de coleta, constituído por área territorial contínua (IBGE, 1996). A definição dos setores censitários respeita, sempre, os limites político-administrativos de fronteiras dos entes federativos – municípios, estados e Distrito Federal – e suas subdivisões, como distritos, subdistritos, regiões administrativas e zonas, para os primeiros, e microrregiões e regiões metropolitanas, no caso dos últimos. Dessa forma, todo domicílio integra um setor censitário, e seus dados podem ser analisados quanto a essa menor unidade de agregação ou juntados a outros

setores censitários para produzir análises de qualquer abrangência útil à formulação e à avaliação de políticas ou projetos (CARVALHO, 1998).

- » Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) – a Pnad é uma pesquisa amostral de base domiciliar, realizada em princípio anualmente, que objetiva atualizar e aprofundar as informações dos censos sobre o desenvolvimento socioeconômico do país. Abrange, permanentemente, além dos aspectos demográficos, as questões relativas à habitação, ao trabalho, ao rendimento e à educação. Em anos selecionados, são incorporados ao questionário básico outros temas, como migração, fecundidade e nupcialidade, sendo, em outros anos, realizadas pesquisas suplementares sobre assuntos de interesse específico de determinadas áreas governamentais ou da comunidade científica, na forma de questionários anexos (IBGE, 1995), como foi o caso da saúde em 1981, 1998, 2003 e 2008. A abrangência das informações apresenta limitações intrínsecas à metodologia de pesquisa: o tamanho da amostra só permite a agregação dos dados em grandes regiões, estados e regiões metropolitanas, não sendo compatíveis para análises de espaços territoriais e unidades político-administrativas menores (municípios).
- » Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) – a AMS é definida pelo IBGE (1993) como “um levantamento de todos os estabelecimentos existentes no país que prestam serviço de saúde, com ou sem fins lucrativos, particulares ou públicos, em regime de internação ou não”. Sua importância reside na cobertura universal de unidades assistenciais, independentemente da natureza jurídica, da complexidade, da especialidade e da fonte de financiamento, permitindo a completa delimitação do perfil de oferta de serviços disponibilizado para a população. Diferentemente das demais pesquisas, a AMS não se utiliza, de forma exclusiva, da rede de coleta do IBGE, a não ser no que se refere à identificação de unidades, sendo que a responsabilidade pela veracidade dos dados informados recai sobre o órgão informante e sobre o signatário do formulário preenchido. A última dessas pesquisas foi realizada em 2002.

O Departamento de Análise de Situação de Saúde vem fomentando e desenvolvendo diversos estudos e pesquisas, visando especialmente à identificação e monitoramento de fatores de risco, análise e avaliação das ações de promoção da saúde e a prevenção e controle das doenças e agravos não transmissíveis, entre os quais se destacam o Vigitel (Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), o Viva (Sistema de Vigilância de Acidentes e Violências) e o Pense (Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar), este último através de parceria com o IBGE e Ministério

da Educação. Maiores detalhes sobre as mesmas estão descritos no Volume 6 – Vigilância em Saúde –, desta coleção.

Cabe destacar também a publicação anual (2004 a 2008) de análises da situação de saúde do país por aquele departamento, por meio do documento “Saúde Brasil: Uma análise da Situação de Saúde”.

Os dados secundários aportados pelos diversos sistemas de informação do Ministério da Saúde podem ser trabalhados em interação com os das pesquisas citadas em níveis variados de agregação. Embora seja possível fazer uma equivalência entre os setores censitários – utilizados pelo IBGE – com os Códigos de Endereçamento Postal (CEP) – utilizados pelos demais SIS –, usualmente o menor nível de agregação com que são trabalhados em conjunto é o de município.

No âmbito do Ministério da Saúde, os diversos sistemas de informação existentes foram desenvolvidos sem qualquer preocupação com padronização, embora nos últimos anos venham sendo feitos alguns movimentos nesse sentido, envolvendo principalmente aqueles considerados essenciais para o planejamento e o monitoramento de ações e serviços no âmbito do SUS. Esses sistemas, de base nacional, passaram a ser de alimentação obrigatória, para estados e municípios, por decisão da Comissão Intergestores Tripartite em distintas ocasiões, decisão esta operacionalizada por meio de portarias ministeriais. O não cumprimento dessa determinação implica usualmente a suspensão das transferências de recursos financeiros, como detalhado no quadro 1.

É importante destacar que o envio compulsório dessas informações é justificado por sua relevância para o aferimento de indicadores, essenciais para análise de situação de saúde, bem como para o monitoramento e a avaliação dos resultados de ações e serviços implementados. Apesar do questionamento frequente sobre sua qualidade – e é inquestionável que ainda há muito a ser feito no que se refere a esse quesito –, o expressivo volume de registros disponíveis em cada uma dessas bases constitui-se como um recurso de valor incalculável para planejamento e gestão.

**Quadro 1** BASES DE DADOS DE ALIMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA E PENALIDADE PREVISTA PELO DESCUMPRIMENTO

SISTEMA DE INFORMAÇÃO	PENALIDADE
SIA-SUS - Sistema de Informações Ambulatórias do SUS	Suspensão da transferência do Bloco de financiamento da Atenção Básica nos casos da não-alimentação por dois meses consecutivos ou três meses alternados
Sinan - Sistema de Informação de Agravos de Notificação	Suspensão da transferência do Componente de Vigilância e Promoção do Bloco de Financiamento da Vigilância em Saúde nos casos da não alimentação por dois meses consecutivos;

SI-PNI - Sistemas de Informação do Programa Nacional de Imunização	Suspensão da transferência do Bloco de Financiamento da Atenção Básica nos casos da não-alimentação por dois meses consecutivos ou três meses alterandos
Sinasc - Sistema de informação de Nascidos Vivos	A manutenção do repasse dos recursos do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde do Bloco de Financiamento em Saúde condicionada à sua alimentação regular conforme regulamentação específica deste Sistema
SIM - Sistema de Informação de Mortalidade	Suspensão da transferência do Componente de Vigilância e Promoção do Bloco de Financiamento da Vigilância em Saúde caso não ocorra transferência dentro do quantitativo esperado dos dados das Declarações de Óbitos para o módulo nacional do SIM no prazo de até 60 (sessenta) dias após o encerramento do Mês de ocorrência dos óbitos.
SIH-SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS	Suspensão da transferência do Bloco de financiamento da Média e Alta Complexidade nos casos da não alimentação por dois meses consecutivos ou três meses alternados.
Siscolo (relacionado ao controle do câncer de colo de útero)	Suspensão do pagamento dos procedimentos referentes à citopatologia, à histopatologia e ao controle de qualidade (ambulatoriais, informados no SIA-SUS)
Sismama - Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama	Faturamento dos procedimentos referentes à mamografia bilateral, exame citopatológico de mama, exame anatomopatológico de mama - biópsia e exame anatomopatológico de mama - peça cirúrgica, vinculado à prestação de informações de cadastro e de laudo.
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde	Suspensão da transferência dos Blocos de Financiamento da Atenção Básica e Média e Alta Complexidade nos casos da não-alimentação por dois meses consecutivos ou três meses alternados.
CNS/Cadsus - Cadastro do Cartão Nacional de Saúde	Suspensão do pagamento dos procedimentos vinculados pela Portaria SAS n. 174 de 2004

Cabe destacar, também, os avanços significativos que vêm sendo observados nos mecanismos de disponibilização eletrônica dos dados. O IBGE vem aperfeiçoando suas pesquisas e estudos e as formas de acessá-los. O mesmo ocorre com o Ministério da Saúde, com destaque para a página web do Departamento de Informática do SUS (Datasus) ([www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)).

#### 7.4 Indicadores de interesse para a gestão da Saúde

Desde o fim da década de 1990, indicadores vêm sendo utilizados para mensurar resultados desejáveis em saúde, a serem alcançados por meio de ações convergentes nas três esferas de governo. Nesse sentido, configuram-se como a expressão de “pactos”, em que os gestores têm plena liberdade para atuar da forma que considerarem mais adequada à sua realidade, desde que não percam de vista o fim a ser alcançado.

A primeira área técnica a trabalhar nessa linha foi a Atenção Básica, logo seguida pela Vigilância à Saúde. Na forma como trabalhavam, os indicadores incluídos no conjunto a ser pactuado eram selecionados a cada ano, levando em consideração as prioridades definidas e a avaliação da “utilidade” dos escolhidos para o ano anterior. Após a celebração do Pacto pela Saúde, foi determinada a unificação de todos esses subconjuntos, de maneira a propiciar o monitoramento da gestão, nas três esferas de governo, com base nas novas diretrizes acordadas.

Todos esses conjuntos, suas especificações e séries históricas podem ser encontrados nas portarias anuais em que foram estabelecidos (citadas nos volumes dedicados às áreas técnicas envolvidas) e no site do Datasus – [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br) – no link “Indicadores de Saúde”, a partir de “Informações de Saúde”.

O que todas as iniciativas anteriormente citadas tiveram em comum foi a oficialização do uso de indicadores que muito antes delas já eram utilizados na maioria das Secretarias Estaduais e Municipais e no próprio Ministério, para o planejamento e o acompanhamento das ações e dos serviços desenvolvidos. A seguir, serão enumerados alguns dos mais tradicionais, classificados em grupos voltados às diferentes finalidades, na forma como vêm sendo trabalhados na publicação dos Indicadores e Dados Básicos da Ripsa, sem esgotar todas as possibilidades contempladas nesta e em outras iniciativas.

#### 7.4.1 Indicadores demográficos

As fontes primárias dessas informações são instituições que atuam na área de demografia, como o IBGE em esfera nacional e outras, geralmente estaduais, como a Fundação Seade, por exemplo, restrita ao estado de São Paulo. O conhecimento das características da população do território sobre o qual se pretende atuar é o primeiro passo em qualquer processo de planejamento.

- » **População total** – número total de pessoas residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado – contagem censitária ou estimativa.
- » **Razão de sexos** – número de homens para cada grupo de 100 mulheres, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

NÚMERO DE RESIDENTES DO SEXO MASCULINO X 100
NÚMERO DE RESIDENTES DO SEXO FEMININO

- » **Grau de urbanização** – percentual da população residente em áreas urbanas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

POPULAÇÃO URBANA RESIDENTE X 100

POPULAÇÃO TOTAL RESIDENTE

- » **Taxa bruta de natalidade** – número de nascidos vivos, por mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

NÚMERO TOTAL DE NASCIDOS VIVOS RESIDENTES X 1.000

POPULAÇÃO TOTAL RESIDENTE

Este indicador pode ser calculado com dados do Sinasc ou de estimativas no numerador. Algumas variações em sua formulação – por exemplo, a utilização do número de mulheres em idade fértil no denominador e multiplicação por 100 – facilitam sua utilização para cálculo de consultas de pré-natal e de partos a serem programados. Nesses casos, o indicador deixa de expressar a taxa bruta de natalidade.

- » **Mortalidade proporcional por idade** – distribuição percentual dos óbitos por faixa etária, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte para número de óbitos: SIM.

NÚMERO DE ÓBITOS DE RESIDENTES, POR FAIXA ETÁRIA X 100

NÚMERO TOTAL DE ÓBITOS DE RESIDENTES, EXCLUÍDOS OS DE IDADE IGNORADA

- » **Esperança de vida ao nascer** – número médio de anos de vida esperados para um recém-nascido, mantido o padrão de mortalidade existente, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. O cálculo deste indicador é feito por demógrafos com base em “tábuas de vida”.
- » **Proporção de menores de cinco anos, adolescentes, idosos (e outras faixas etárias) na população** – percentual de pessoas em determinada faixa etária, na população total residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

NÚMERO DE RESIDENTES DE DETERMINADA FAIXA ETÁRIA X 100

POPULAÇÃO TOTAL RESIDENTE, EXCLUÍDA A DE IDADE IGNORADA

#### 7.4.2 Indicadores socioeconômicos

Também nessa categoria as fontes primárias são externas ao setor. Esses indicadores podem ser usados para estimar a proporção de possíveis usuários do SUS na população,

mas sua maior utilidade reside na sua associação com algumas doenças e agravos, para o planejamento de ações de promoção à saúde. A grande maioria destes indicadores não é calculada para municípios.

- » **Taxa de analfabetismo** – percentual de pessoas de 15 anos e mais de idade que não sabem ler e escrever pelo menos um bilhete simples, no idioma que conhecem, na população total residente da mesma faixa etária, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fontes: Pnad/IBGE.

NÚMERO DE PESSOAS RESIDENTES DE 15 ANOS E MAIS DE IDADE QUE NÃO SABEM LER E ESCREVER UM BILHETE SIMPLES, NO IDIOMA QUE CONHECEM X 100

POPULAÇÃO TOTAL RESIDENTE DESTA FAIXA ETÁRIA

- » **Níveis de escolaridade** – distribuição percentual da população residente de 15 anos e mais de idade, por grupos de anos de estudo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fontes: Pnad/IBGE.

NÚMERO DE PESSOAS RESIDENTES DE 15 ANOS E MAIS, POR GRUPO DE ANOS DE ESTUDO X 100

POPULAÇÃO TOTAL RESIDENTE DESTA FAIXA ETÁRIA

- » **Produto Interno Bruto (PIB) per capita** – valor médio agregado por indivíduo, em moeda corrente e a preços de mercado, dos bens e dos serviços finais produzidos em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fontes: Sistema de Contas Nacionais/IBGE.

VALOR DO PIB EM MOEDA CORRENTE, A PREÇOS DE MERCADO

POPULAÇÃO TOTAL RESIDENTE

- » **Proporção de pobres** – percentual da população residente com renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fontes: Censo e Pnad/IBGE.

POPULAÇÃO RESIDENTE COM RENDA FAMILIAR MENSAL PER CAPITA DE ATÉ MEIO SALÁRIO MÍNIMO X 100

POPULAÇÃO TOTAL RESIDENTE

- » **Taxa de desemprego** – percentual da população residente economicamente ativa que se encontra sem trabalho na semana de referência, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Define-se como População Economicamente Ativa (PEA) o contingente de pessoas de 10 anos e mais de idade que está trabalhando ou procurando trabalho. Fontes: Censo, Pnad e Pesquisa Mensal de Empregos (PME).

NÚMERO DE RESIDENTES DE 10 ANOS E MAIS DE IDADE QUE SE ENCONTRAM DESOCUPADOS E PROCURANDO TRABALHO, NA SEMANA DE REFERÊNCIA X 100

NÚMERO DE RESIDENTES ECONOMICAMENTE ATIVOS (PEA) DESTA FAIXA ETÁRIA

- » **Taxa de trabalho infantil** – percentual da população residente de 10 a 14 anos de idade que se encontra trabalhando ou procurando trabalho na semana de referência, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. A forma de cálculo é similar à anterior, substituindo a PEA pela faixa etária considerada. Fontes: Censo, Pnad e Pesquisa Mensal de Empregos (PME).

### 7.4.3 Indicadores de mortalidade

Os indicadores de mortalidade foram durante anos os únicos utilizados para a identificação de problemas prioritários de saúde da população. Embora outros indicadores venham sendo a eles associados, sua importância continua inquestionável.

- » **Taxa de mortalidade infantil** – número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fontes: SIM e Sinasc ou estimativas, dependendo da cobertura dos sistemas de informação.

NÚMERO DE ÓBITOS DE RESIDENTES COM MENOS DE UM ANO DE IDADE X 1.000

NÚMERO TOTAL DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES RESIDENTES

São componentes da mortalidade infantil, a mortalidade neonatal precoce (0-6 dias de vida), a neonatal tardia (7-27 dias de vida) e a pós-neonatal (28 dias e mais de vida). O cálculo desagregado dessas taxas e seu acompanhamento podem ser úteis para uma intervenção mais orientada dos gestores.

- » **Razão de mortalidade materna** – número de óbitos femininos por causas maternas, por 100 mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Morte materna, segundo a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela

gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

Outros conceitos relacionados e códigos a serem considerados no cálculo podem ser encontrados no CID-10. As fontes para o cálculo deste indicador são as mesmas da mortalidade infantil, com as mesmas ressalvas. Embora este seja um excelente indicador de desempenho do sistema de saúde, a imprecisão observada na declaração da causa de óbitos maternos e a subenumeração de óbitos de mulheres em idade fértil têm comprometido a sua consistência para a maior parte do território nacional.

NÚMERO DE ÓBITOS DE MULHERES RESIDENTES, POR CAUSAS E CONDIÇÕES CONSIDERADAS DE ÓBITO MATERNO X 100.000

NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES RESIDENTES

- » **Mortalidade proporcional por causa ou grupo de causas** – distribuição percentual de óbitos por causa ou grupo de causas definidas, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: SIM. Este indicador pode ainda ser calculado para a população em geral ou por faixa etária.

NÚMERO DE ÓBITOS DE RESIDENTES, POR CAUSA OU GRUPO DE CAUSAS DEFINIDAS X 100

NÚMERO TOTAL DE ÓBITOS DE RESIDENTES, EXCLUÍDAS AS CAUSAS MAL DEFINIDAS

- » **Mortalidade proporcional por causas mal definidas** – percentual de óbitos por causas mal definidas, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. A frequência de causas mal definidas é condicionada pela disponibilidade de recursos médico-assistenciais, inclusive para diagnóstico. Fonte: SIM.

NÚMERO DE ÓBITOS DE RESIDENTES, POR CAUSAS MAL DEFINIDAS X 100

NÚMERO TOTAL DE ÓBITOS DE RESIDENTES

- » **Taxa de mortalidade específica por causa ou grupo de causas** – número de óbitos por causa ou grupo de causas, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: SIM. Também neste caso, este indicador pode ser calculado para a população em geral ou por faixa etária.

NÚMERO DE ÓBITOS DE RESIDENTES POR CAUSA OU GRUPO DE CAUSAS X 100.000

POPULAÇÃO TOTAL RESIDENTE, AJUSTADA AO MEIO DO ANO

#### 7.4.4 Indicadores de morbidade e fatores de risco

Associados aos indicadores de mortalidade, estes são extremamente importantes para as análises de situação de saúde. Apesar disso, somente para as doenças transmissíveis existem fontes regulares de informação, agregadas e disponibilizadas por meio do Sinan. No caso das doenças não transmissíveis, são poucas as monitoradas por alguma forma de sistema, geralmente de base amostral. Nesses casos, informações relacionadas à prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares têm sido utilizadas de maneira complementar.

- » **Incidência de doenças transmissíveis** – número absoluto de casos novos confirmados da doença transmissível selecionada, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: Sinan. Forma de cálculo: Somatório anual do número de casos novos confirmados em residentes. Utilizado para aqueles agravos de baixa ocorrência, como as doenças imunopreveníveis.
- » **Taxa de incidência de doenças** – número de casos novos confirmados da doença, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: Sinan para doenças transmissíveis. Utilizado para agravos de alta ocorrência, como Aids, tuberculose, dengue, leishmaniose tegumentar americana e visceral. O mesmo indicador pode ser utilizado para doenças não transmissíveis, desde que identificada uma fonte confiável, como o Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) do Inca no caso das neoplasias malignas.

NÚMERO DE CASOS NOVOS DA DOENÇA, CONFIRMADOS EM RESIDENTES X 100.000

POPULAÇÃO TOTAL RESIDENTE

- » **Taxa de prevalência de doenças** – número de casos confirmados da doença, novos e antigos, por 10 mil habitantes (100 mil, quando forem poucos casos), existentes na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Utilizado para condições crônicas, transmissíveis ou não. No caso das primeiras, o Sinan é a fonte de dados, e das segundas, geralmente pesquisas ou sistemas amostrais.

NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS EXISTENTES NA POPULAÇÃO RESIDENTE X 10.000

POPULAÇÃO TOTAL RESIDENTE NA MESMA DATA

- » **Proporção de internações hospitalares (SUS) por causa ou grupo de causas** – distribuição percentual das internações hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por causa ou grupo de causas selecionadas, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: SIH – SUS. Ao

utilizá-lo é importante atentar para o fato de que este indicador é extremamente influenciado pela oferta de serviços no território.

NÚMERO DE INTERNAÇÕES DE RESIDENTES, POR CAUSA OU GRUPO DE CAUSAS X 100

NÚMERO TOTAL DE INTERNAÇÕES DE RESIDENTES, PAGAS PELO SUS

- » **Proporção de nascidos vivos por idade materna** – distribuição percentual de nascidos vivos por idade da mãe, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: Sinasc. Utilizado para avaliação de risco e subsídio a ações de promoção à saúde.

NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES RESIDENTES, POR GRUPO ETÁRIO X 100

NÚMERO TOTAL DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES RESIDENTES

- » **Proporção de nascidos vivos de baixo peso ao nascer** – percentual de nascidos vivos com peso ao nascer inferior a 2.500 gramas, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Mesmas observações do item anterior.

NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES RESIDENTES, COM PESO AO NASCER INFERIOR A 2.500 G X 100

NÚMERO TOTAL DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES RESIDENTES

- » **Prevalência de pacientes em diálise (SUS)** – número de pacientes submetidos a tratamento de diálise renal no SUS, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fontes: SIA – SUS/Apac.

NÚMERO DE RESIDENTES SUBMETIDOS À DIÁLISE RENAL PAGA PELO SUS X 100.000

POPULAÇÃO TOTAL RESIDENTE

#### 7.4.5 Indicadores de recursos

Nesta categoria, são incluídos os indicadores utilizados para monitoramento e avaliação dos recursos disponíveis para a saúde, quais sejam: recursos humanos, financeiros e de infraestrutura.

- » **Número de profissionais de saúde por habitante** – número de profissionais de saúde por mil habitantes, segundo categorias, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: Sistema de Informações de Recursos Humanos para o SUS (SIRH) do Ministério da Saúde (a partir dos registros administrativos dos conselhos profissionais).

NÚMERO DE PROFISSIONAIS, DA CATEGORIA DE SAÚDE ESPECÍFICA X 1.000

POPULAÇÃO TOTAL RESIDENTE

- » **Número de leitos hospitalares por habitante** – número de leitos hospitalares públicos e privados, por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: AMS/IBGE.

NÚMERO DE LEITOS HOSPITALARES PÚBLICOS E PRIVADOS X 1.000

POPULAÇÃO TOTAL RESIDENTE

- » **Número de leitos hospitalares (SUS) por habitante** – número de leitos hospitalares conveniados ou contratados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por mil habitantes residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: CNES.

NÚMERO MÉDIO ANUAL DE LEITOS HOSPITALARES CONVENIADOS OU CONTRATADOS PELO SUS X 1.000

POPULAÇÃO TOTAL RESIDENTE

- » **Gasto público com saúde como proporção do PIB** – percentual do Produto Interno Bruto (PIB) que corresponde ao gasto público com saúde, desagregado por esfera de governo – federal, estadual e municipal – em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fontes: Siops e IBGE: Contas Nacionais (valor do PIB).

TOTAL DAS DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE X 100

VALOR DO PIB

- » **Gasto público com saúde per capita** – gasto público com saúde por habitante, por UF, desagregado por esfera de governo – federal, estadual e municipal – em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: Siops.

DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

POPULAÇÃO TOTAL RESIDENTE

- » **Valor médio pago por internação hospitalar no SUS (AIH)** – gasto médio com internação hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS), por especialidade, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: SIH – SUS.

VALOR DA DESPESA COM INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO SUS, NA ESPECIALIDADE

NÚMERO TOTAL DE INTERNAÇÕES NA ESPECIALIDADE

- » **Número de enfermeiros por leito hospitalar** – número de postos de trabalho de enfermeiro por 100 leitos em estabelecimentos com internação, segundo esfera administrativa, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: AMS/IBGE.

NÚMERO DE POSTOS DE TRABALHO DE ENFERMEIRO X 100

NÚMERO DE LEITOS HOSPITALARES

#### 7.4.6 Indicadores de cobertura

Além de se prestarem ao monitoramento e à avaliação do desempenho quantitativo de serviços em relação à população, os indicadores de cobertura são com frequência utilizados na elaboração de parâmetros para programação.

- » **Número de consultas médicas (SUS) por habitante** – número médio de consultas médicas apresentadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por habitante, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: SIA – SUS.

NÚMERO TOTAL DE CONSULTAS MÉDICAS APRESENTADAS AO SUS

POPULAÇÃO TOTAL RESIDENTE

- » **Número de procedimentos diagnósticos por consulta médica (SUS)** – número médio de procedimentos complementares de patologia clínica e imagenologia, por 100 consultas médicas, apresentados no Sistema Único de Saúde (SUS), em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: SIA – SUS.

NÚMERO TOTAL DE PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES DE PATOLOGIA CLÍNICA  
OU DE IMAGENOLOGIA APRESENTADOS AO SUS

TOTAL DE CONSULTAS MÉDICAS APRESENTADAS AO SUS

- » **Número de internações hospitalares (SUS) por habitante** – número médio de internações hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por 100 habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: SIH – SUS.

NÚMERO TOTAL DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES DE RESIDENTES X 100

POPULAÇÃO TOTAL RESIDENTE

- » **Cobertura de consultas de pré-natal** – percentual de gestantes com seis ou mais consultas de acompanhamento pré-natal, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: Sinasc.

NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES RESIDENTES, COM SEIS E MAIS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL X 100

NÚMERO TOTAL DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES RESIDENTES

- » **Proporção de partos hospitalares** – percentual de partos hospitalares em relação ao total de partos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: Sinasc.

NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS DE PARTO HOSPITALAR DE MÃES RESIDENTES X 100

NÚMERO TOTAL DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES RESIDENTES, COM LOCAL DE PARTO INFORMADO

- » **Proporção de partos cesáreos** – percentual de partos cesáreos em relação ao total de partos hospitalares, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: Sinasc. Para calcular este indicador em relação aos partos realizados pelo SUS, a fonte mais indicada é o SIH – SUS.

NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS DE PARTOS CESÁREOS DE MÃES RESIDENTES X 100

NÚMERO TOTAL DE NASCIDOS VIVOS DE PARTOS HOSPITALARES DE MÃES RESIDENTES, COM TIPO DE PARTO INFORMADO

- » **Razão entre nascidos vivos/óbitos informados e estimados** – número de nascidos vivos/óbitos notificados ao Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc)/de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, em relação a 100 nascimentos/óbitos estimados pelo IBGE, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: Sinasc/SIM e IBGE (estimativas). Quer sejam utilizados nascidos vivos ou óbitos, tal indicador pode ser visto como um parâmetro para estimar a subnumeração de dados dessas bases e reconhecer áreas com cobertura reconhecidamente insuficiente para esses e outros SIS.

NÚMERO INFORMADO DE NASCIMENTOS/ÓBITOS DE RESIDENTES X 100

NÚMERO ESTIMADO DE NASCIMENTOS/ÓBITOS DE RESIDENTES

- » **Cobertura vacinal** – percentual de crianças menores de um ano de idade imunizadas com vacinas específicas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Fonte: SI-PNI, para o cálculo da população menor de um ano pode ser utilizada a população estimada pelo IBGE, mas, devido ao fato de as estimativas nem sempre acompanharem a queda de natalidade, o Ministério da Saúde tem utilizado o número de nascidos vivos no ano anterior para estimar este número.

**NÚMERO DE CRIANÇAS MENORES DE UM ANO DE IDADE COM ESQUEMA BÁSICO  
COMPLETO PARA DETERMINADO TIPO DE VACINA X 100**

**POPULAÇÃO DA FAIXA ETÁRIA DE MENORES DE UM ANO DE IDADE**

- » **Cobertura de planos de saúde** – percentual da população brasileira coberta por planos e seguros de assistência suplementar à saúde, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: Pnad ou ANS.

**NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS (TITULARES, DEPENDENTES E AGREGADOS)  
DE SISTEMAS SUPLEMENTARES DE SAÚDE X 100**

**POPULAÇÃO TOTAL RESIDENTE**

Esses indicadores e suas séries históricas estão disponíveis no site do Ministério da Saúde, bem como outros conjuntos de indicadores, como o Caderno de Informações de Saúde e a Sala de Situação de Saúde. O Caderno disponibiliza indicadores predefinidos por especialistas e apresenta gráficos para auxiliar a análise. Os indicadores estão agrupados em 14 categorias: identificação, demografia, saneamento, rede ambulatorial, rede hospitalar, assistência ambulatorial, assistência hospitalar, morbidade hospitalar, nascimentos, mortalidade, imunizações, atenção básica, pagamento e transferências e orçamentos públicos. Os indicadores podem ser obtidos por estado e município. O Caderno é gerenciado pelo Datasus e o cálculo dos indicadores é feito automaticamente a partir dos dados mais recentes nos bancos de dados.

Para acessar essas informações, após entrar no site do Datasus, clicar no link “Informações de Saúde”. Isso levará à apresentação de um menu com as seguintes opções: Indicadores de Saúde, Assistência à Saúde, Rede Assistencial, Epidemiológicas e Morbidade, Rede Assistencial, Estatísticas Vitais, Demográficas e Socioeconômicas, Inquéritos e Pesquisas e Saúde Suplementar. Clicar no link “Indicadores de Saúde”, para acessar um novo menu como o copiado a seguir:

*Informações de Saúde - Indicadores de Saúde*

Selecione a opção:

- » Indicadores e Dados Básicos - IDB - 2008
- » Cadernos de Informações de Saúde - Versão de maio/2010

- » Indicadores Municipais de Saúde
- » Sala de Situação

A partir daí, selecionar o desejado e clicar no botão “ok”.

Cursos específicos para utilização dos instrumentos de tabulação TABWIN e TABNET são oferecidos pelo Datasus. Esses instrumentos possibilitam que sejam calculados outros indicadores a partir de dados disponíveis nas bases derivadas dos vários sistemas de informação.

A Sala de Situação em Saúde do Ministério da Saúde tem por objetivo disponibilizar informações, de forma executiva e gerencial, para subsidiar a tomada de decisão, a gestão, a prática profissional e a geração de conhecimento. Demonstra a atuação governamental no âmbito do SUS, fornece referencial para projeções e inferências setoriais, além de contribuir para a transparência acerca das ações desenvolvidas na área da saúde.

É composta por quatro módulos:

- » Socioeconômico – apresenta aspectos socioeconômicos, demográficos e territoriais que permitem identificar a situação conjuntural brasileira. Reúne dados políticos de estados e municípios, bem como as representações no Poder Legislativo e sua atuação na área da saúde, por meio de emendas e convênios;
- » Ações em saúde – possibilita o acompanhamento das metas físicas, coberturas e repasses financeiros relacionados às principais ações e programas do Ministério da Saúde;
- » Situação de saúde – disponibiliza indicadores epidemiológicos e operacionais relacionados a doenças e agravos caracterizados como problema de saúde pública. Auxilia na elaboração de análises contextuais utilizadas na formulação de políticas e na avaliação de intervenções específicas no campo da saúde;
- » Gestão em saúde – aborda a execução orçamentária do Ministério da Saúde, por unidade orçamentária, programas e ações. Informa os limites financeiros por empenho e por fontes de recurso. Detalha a situação de convênios e apresenta as transferências fundo a fundo, particularizando os repasses financeiros. Exibe informações sobre estabelecimentos e profissionais de saúde em atuação no SUS. Mostra indicadores de processo e resultados do monitoramento do Pacto pela Saúde. Disponibiliza os dados referentes ao processo de gestão, à descentralização e ao controle social.

As informações da Sala de Situação em Saúde são apresentadas com base territorial municipal, que traz como primeira opção a capital do estado. Também podem ser obtidas consolidações estaduais, por regiões geográficas ou por recortes definidos nas Políticas de Saúde.

## 7.5 Registro Eletrônico em Saúde

Segundo Médici (2010), a existência de bons sistemas de registros e organização de informações seria a maneira mais natural para reduzir a fragmentação das informações em saúde, o que era “praticamente impossível antes do surgimento de registros eletrônicos em saúde.” Segundo o autor, no final dos anos 1960, começaram a surgir as primeiras formas de informatização dos serviços de saúde, mas estas eram ainda rudimentares, apresentando dificuldades por se limitar a “organizar e cruzar informações existentes sem o devido foco nos pacientes ou usuários”. Médici considera que, a partir dos anos 1980, essa realidade começa a mudar, “com o surgimento de novas tecnologias gerenciais em saúde como os grupos relacionados de diagnóstico (DRGs), a digitalização de fichas clínicas e o cruzamento destas informações com dados cadastrais de usuários dos sistemas de saúde.”

Segundo as normas da ABNT ISO/TR 20514 e ISO/TS18308 (SBIS-CFM 2009), define-se Registro Eletrônico em Saúde (RES) como “um repositório de informação a respeito da saúde de indivíduos, numa forma processável eletronicamente”, sendo os Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde “sistemas para registro, recuperação e manipulação das informações de um Registro Eletrônico em Saúde”.

Para Médici,

os RES associados a usuários, em suas diversas formas (cartões magnéticos, cartões inteligentes com chip, códigos de barra, etc.), têm sido utilizados crescentemente nos últimos 25 anos como forma de aumentar a cobertura e agilizar o fluxo de pacientes dentro dos sistemas de saúde podendo evitar duplicações de cobertura e fraudes associadas ao pagamento de serviços não prestados e materiais e medicamentos não utilizados pelos pacientes.

Constituindo-se em uma ferramenta que tem um papel mais voltado a aumentar “o acesso, a transparência e o controle dos recursos nos serviços de saúde” do que “melhorar a qualidade direta da prestação dos serviços”.

Assim, os RES, apesar de geralmente caros e terem muitas vezes suas estratégias de implementação malsucedidas, contribuem para a universalização da saúde, ampliando

o acesso e reduzindo o tempo de resposta dos serviços às necessidades dos pacientes, aumentando a transparência e a eficiência no setor, por permitir (MÉDICI, 2010):

- » um conhecimento melhor das condições de saúde dos pacientes e dos recursos utilizados na prestação de serviços;
- » aprimoramento do monitoramento e avaliação, contribuindo no combate a fraudes e corrupção no setor;
- » economia de recursos a médio e longo prazos, por aumentar a eficiência dos serviços, por meio de:
  - › padronização de procedimentos;
  - › controle e avaliação na aplicação de guias clínicas;
  - › melhores mecanismos de controle, minimizando fraudes em áreas estratégicas de compras de serviços de saúde, insumos básicos, uso de equipamentos e medicamentos;
  - › controle mais adequado do uso das instalações de saúde (especialmente nos níveis de atenção primária e secundária);
- » maior qualidade e eficiência na assistência à saúde, por meio de:
  - › acesso dos profissionais de saúde a informações clínicas (histórico do paciente, exames, anamneses etc.) no atendimento rotineiro aos pacientes, melhorando a qualidade das decisões adotadas;
  - › redução dos erros na administração de medicamentos;
  - › melhora no tempo de resposta e na eficiência dos serviços de emergência, com pequeno aumento do custo operacional se comparado aos benefícios gerados;
  - › apoio 24 horas nas ações de agendamento eletrônico dos serviços;
- » acesso aos registros pelos usuários;
- » produção de agregados de dados não identificados (anônimos), permitindo ações coletivas como:
  - › aprimoramento dos programas de saúde;
  - › aumento da eficiência na gestão e controle social sobre os serviços;
  - › avanço de pesquisas epidemiológicas que permitem organizar as prioridades no atendimento dos serviços.

## 7.6 Cartão Nacional de Saúde

Já antes da instituição do SUS, existiam iniciativas no sentido de dotar o setor saúde de informações com vistas a subsidiar a tomada de decisões. Desde a implantação dos primeiros sistemas de informação em saúde, no último quarto do século passado, verificou-se a necessidade de se encontrar mecanismos para integrar as informações oriundas das diversas esferas de gestão e dos diversos sistemas, que desde sempre tiveram entre seus principais problemas sua fragmentação, com dificuldades de comunicação, interoperabilidade e padronização.

O projeto Cartão Nacional de Saúde – Cartão SUS – foi concebido juntamente com a implantação da Norma Operacional Básica do SUS, em 1996, como um sistema de informação que, segundo Cunha (2002), utilizaria “a informática e as telecomunicações com o propósito de identificar o usuário do SUS, integrar informações e construir a base de dados de atendimentos em saúde.” Da mesma forma, poderia “apoiar a organização dos serviços” nas esferas de competência federal e municipal, facilitando a “negociação e a gestão intergovernamental” e possibilitando aos “gestores do SUS, em qualquer espaço de inserção, o acesso e a geração de informações individualizadas, referenciadas a diferentes bases territoriais e acompanhadas e controladas ao longo do tempo”.

Para a autora, dos princípios de “universalidade de acesso, integralidade de atendimento, equidade, democratização e descentralização do SUS” e considerando ainda “o direito do cidadão à preservação de sua autonomia, integridade moral e privacidade quanto às informações relacionadas à sua saúde”, derivaram as diretrizes do Sistema Cartão:

- » o porte do cartão não poderia ser entendido como condição para acesso dos usuários aos serviços;
- » o acesso às informações do sistema deveria respeitar os aspectos de ética profissional e o direito à privacidade, confidencialidade e intimidade dos cidadãos;
- » uso de padrões abertos, de forma a permitir a integração do cartão com iniciativas e sistemas já existentes e em desenvolvimento.

Essas diretrizes foram traduzidas em “opções tecnológicas e mecanismos de gestão e implantação específicos”, tendo ainda como foco de preocupação a interoperabilidade dos sistemas de informação e a superação do já citado problema da fragmentação dos inúmeros sistemas de informação que vieram sendo desenvolvidos. Pretendia-se que o sistema possibilitasse “aos gestores do SUS, em qualquer espaço de inserção, o acesso e a geração de informações individualizadas, referenciadas a diferentes bases territoriais e acompanhadas e controladas ao longo do tempo” (CUNHA, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde (2009), com a base de dados construída pelo sistema Cartão Nacional de Saúde, seria possível gerar uma série de informações visando à melhoria dos serviços de saúde, o que permitiria responder às seguintes perguntas:

- » quem foi atendido? – identificação do usuário do SUS por meio do seu número nacional de identificação, que seria gerado a partir do cadastramento de usuários;
- » quem atendeu o usuário? – identificação do profissional de saúde responsável pelo atendimento por meio do seu número nacional de identificação, que seria gerado a partir do cadastramento de profissionais de saúde;
- » onde o usuário foi atendido? – identificação do estabelecimento de saúde onde aconteceria o atendimento;
- » quando o usuário foi atendido? – registro da data e hora do atendimento realizado. O sistema registraria automaticamente tais informações;
- » qual o problema de saúde identificado? – registro do diagnóstico e do motivo da procura;
- » qual atendimento realizado? – registro dos procedimentos ambulatoriais ou hospitalares realizados;
- » qual medicamento foi prescrito? – identificação de prescrição informada pelo sistema;
- » qual medicamento foi entregue? – identificação do medicamento efetivamente dispensado;
- » o que resultou do atendimento realizado? – identificação de encaminhamentos ou outros.

Posteriormente, a partir da vinculação entre o usuário, o profissional de saúde, o estabelecimento de saúde e o atendimento realizado, inúmeras outras perguntas poderiam ser respondidas.

O sistema iria trabalhar com padrões bem definidos, garantidos por tabelas comparativas, o que permitiria a comparação entre as diversas informações coletadas. Por exemplo, para definir problemas de saúde seria utilizada a Classificação Internacional de Doenças (CID 10); para identificar os procedimentos executados ou solicitados, seriam utilizadas as tabelas do Sistema de Informações Hospitalares e Ambulatoriais (SIH-SUS e SIA-SUS), além de outras tabelas elaboradas especificamente para o Cartão Nacional de Saúde. Ao mesmo tempo, o sistema permitiria que os gestores incluíssem informações específicas, definidas localmente.

### 7.6.1 A implantação do projeto piloto (1999 – 2002)

Apesar de previsto desde 1996, a complexidade e o ineditismo do projeto fizeram com que somente em 1999 fosse iniciada a implantação de um “Projeto Piloto”, abrangendo 44 municípios brasileiros de todas as regiões do país e alcançando cerca de 13 milhões de usuários dos SUS. O projeto foi financiado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), por meio do projeto Reforço à Reorganização do SUS – Reforsus (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Para esse fim, foi contratada solução de informática, através de licitação internacional, dividida em três lotes, da qual saíram vencedoras as empresas Hypercom e Procomp, cujos contratos abrangiam a aquisição de equipamentos, treinamento, aquisição e desenvolvimento de software e a elaboração de cartões magnéticos, manutenção e assistência técnica.

O acompanhamento da implantação do projeto Cartão Nacional de Saúde foi feito por equipe do Ministério da Saúde e interlocutores responsáveis no âmbito dos estados e municípios. Para tanto, o Ministério da Saúde constituiu equipes de trabalho nas áreas de: saúde e informação, treinamento, tecnologia e desenvolvimento, cadastramento e infraestrutura, além da área de administração do projeto.

No âmbito municipal, seriam constituídos Núcleos de Implantação Local, coordenados pelas secretarias municipais de saúde, com participação de representante designado pelas secretarias estaduais de saúde.

O monitoramento e a supervisão da implantação do projeto seriam feitos por uma instituição especialmente contratada com tal finalidade, a Fundação Centro de Pesquisa e Desenvolvimento em Telecomunicações (CPqD), que teria entre suas atribuições: supervisionar a distribuição dos cartões aos usuários; supervisionar o fornecimento de equipamentos em conformidade com o especificado na licitação; supervisionar, certificar e acompanhar, representando o Ministério da Saúde, testes de conformidade de produtos, testes de interoperabilidade e testes funcionais; supervisionar a implantação e ativação do sistema Cartão; supervisionar os serviços relativos ao treinamento de pessoal operacional e de suporte e monitorar o cumprimento dos prazos contratuais.

Do ponto de vista tecnológico, o sistema foi implantado nos projetos pilotos com arquitetura que deveria ser baseada em cinco componentes:

- » cartões de identificação dos usuários e profissionais: lidos em terminais (Terminais de Atendimento do SUS – TAS) especialmente desenvolvidos para o projeto, os cartões utilizavam tecnologia de tarja magnética exclusiva para leitura. Eram ins-

trumentos de identificação e não de armazenamento de informações. O cartão do profissional traria embutida uma senha para acesso ao sistema;

- » equipamentos:
  - › terminais de atendimento (TAS), que funcionariam como porta de entrada de dados do sistema, terminais para emissão de relatórios e como dispositivo para facilitar a interação das unidades de saúde com os usuários;
  - › equipamentos para armazenamento e tratamento da base de dados (servidores), com configuração específica, de acordo com o volume de dados a serem tratados e armazenados e com funcionalidades desenvolvidas para utilização a nível municipal, regional, estadual e federal.
- » softwares: aplicativos para os terminais de atendimento, para os servidores, e os aplicativos de gestão municipal, regional, estadual e federal e gerenciadores de rede. Entre os aplicativos de gestão, seria disponibilizada ferramenta denominada “Enterprise Information System” (EIS), destinada a facilitar a geração de relatórios gerenciais segundo a demanda de cada gestor.
- » rede de comunicação: seria configurada como uma rede corporativa, utilizando protocolos tipo TCP/IP e o HTTP. Entre os terminais de atendimento e o servidor municipal, as comunicações seriam feitas por linha discada, e o mesmo aconteceria entre o servidor municipal e o servidor regional. Entre os demais servidores, a comunicação utilizaria uma rede “frame relay” com “backbone” de dois megabits;
- » aspectos de segurança: abrangeria requisitos de privacidade, autenticidade, integridade, controle de acesso e auditoria de dados de saúde vinculados ao sistema.

### **7.6.2 Os problemas identificados no projeto piloto**

O processo de implantação do projeto piloto do Cartão Nacional de Saúde apresentou, desde o início, uma série de percalços. As primeiras resistências começaram a surgir nos serviços, uma vez que diversos profissionais de saúde, especialmente médicos, queixavam-se de dificuldades na operação do sistema, devido ao aumento do trabalho causado pela duplicidade de lançamento de informações: no Terminal de Atendimento do SUS (TAS) e no prontuário médico tradicional. Referiam ocorrer prejuízo na relação médico-paciente, pela redução do tempo de atenção ao paciente na consulta ambulatorial, em função do tempo gasto para lançamento de dados no TAS. Muitos profissionais consideravam também que nenhuma etapa de operacionalização do sistema seria de sua responsabilidade. Parte dessa rejeição também ocorria pelo aperfeiçoamento dos meca-

nismos de controle e avaliação que o sistema potencializava em relação ao cumprimento de horário de trabalho e qualidade do atendimento (LOPES E COLABORADORES, 2004).

Outras dificuldades foram causadas por questões tecnológicas ou operacionais. Algumas ocasionadas pelo sistema contratado – que muitas vezes não atendia as necessidades ou não oferecia diversas das funcionalidades prometidas –, outras causadas por opções do próprio Ministério da Saúde, como a centralização do processo de confecção dos cartões e a não utilização de softwares abertos, contrariando uma das diretrizes definidas quando da concepção do sistema.

Essas dificuldades podem ser demonstradas em avaliação realizada por Lopes e Colaboradores (2004), que entrevistaram gestores de quatro dos municípios piloto do estado do Paraná. Segundo o relatório dos gestores envolvidos, o principal avanço com a implantação do Cartão SUS foi o processo de identificação dos usuários, facilitando o controle de acesso ao sistema de saúde nos municípios. Também foi consenso que teriam sido necessários diversos aprimoramentos na área tecnológica, especialmente no tocante aos problemas com a transmissão de dados e as dificuldades na emissão de relatórios. Entre outros, destacamos a seguir alguns dos problemas observados:

- » “Os cartões definitivos deveriam ser emitidos com maior rapidez” – a emissão centralizada dos mesmos não deu certo, pois, quando estes chegavam, ocorria séria dificuldade na localização dos usuários;
- » “o Terminal de Atendimento do SUS deveria ser melhorado ou abolido, substituído por microcomputadores”;
- » “deveria existir um sistema único que suprisse todas as necessidades de relatórios” – a ferramenta (EIS) que viabilizaria a emissão automática de relatórios nunca funcionou;
- » “inexistência de política que contemplasse os insumos demandados para manutenção do sistema, principalmente um serviço de assistência técnica eficiente para as unidades de saúde”;
- » “necessidade de o sistema funcionar com o mínimo de estabilidade e confiabilidade para que as SMS pudessem efetivá-lo” – as versões dos softwares exigiam constantes atualizações e sistema de transmissão de dados sofria também de grande instabilidade;
- » necessidade de inserção do “prontuário eletrônico no Terminal de Atendimento do SUS”;

- » necessidade de “um módulo de agendamento on-line que possibilitasse a marcação de consultas especializadas e de exames, garantindo a equidade de acesso através da fila única”;
- » “incerteza quanto à continuidade do sistema”;
- » necessidade de “vincular junto ao cartão do usuário o número do prontuário médico”;
- » “instabilidade da transmissão de dados, tanto das unidades de saúde para o Servidor Municipal, como do Servidor Municipal para o Servidor Federal”;
- » manutenção do cadastro de usuários difícil, com “transferência de municípios demorada”, necessitando de intervenção do Ministério da Saúde;
- » “falta de utilidade do sistema: a alimentação de todos os demais sistemas do Ministério da Saúde não é eliminada; o sistema Cartão SUS passou a ser mais uma tarefa para a Secretaria Municipal de Saúde, sem contribuir para a racionalização do trabalho”;
- » as informações do Sistema Cartão não afetaram em nada o modelo de gestão, pois não eram utilizadas “devido a dificuldades de transformação dos dados em informação por vários problemas: transmissão de dados, confiabilidade do sistema para emissão de relatórios, falta de processamento de lotes transmitidos, servidor fora do ar, problemas com o software e hardware”. As funções eram “muito rígidas e lentas, de difícil adaptação” aos modelos de organização locais;
- » o sistema não viabilizou a integração e substituição dos vários sistemas de informação envolvidos na atenção à saúde;
- » o sistema não contava com “estrutura permanente de suporte” para sua manutenção;
- » “programas de capacitação aos técnicos responsáveis pelo Cartão nos municípios para suprir as necessidades particulares de cada local” insuficientes.

Em 2003, o Projeto Piloto é praticamente interrompido, quando começa a ser realizada transição dos sistemas proprietários que vinham sendo utilizados para um sistema aberto, baseado em softwares livres.

Ficaram praticamente inoperantes nos municípios envolvidos muitos equipamentos (TAS e servidores). Da mesma maneira, os servidores adquiridos para as regionais e estados envolvidos desde então praticamente não são utilizados, uma vez que apresentavam também configurações bastante específicas, não compatíveis com a maioria dos sistemas de informação atualmente utilizados.

Ficou também acumulado nos municípios um número muito grande de cartões emitidos de forma centralizada, cujos usuários não puderam ser localizados.

### **7.6.3 O cadastramento de usuários do SUS**

Dos esforços já iniciados com vistas à implantação do Projeto do Cartão Nacional de Saúde, talvez o maior e mais importante tenha sido o cadastramento dos usuários do SUS, atribuindo-se a cada cidadão um número, baseado no número PIS/Pasep (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

O cadastramento para o Cartão Nacional de Saúde pode ser dividido em duas fases:

- a. o início do processo de cadastro realizado nos municípios do Projeto Piloto;
- b. o cadastramento nacional para a expansão do Projeto Cartão SUS.
- c. *O cadastramento nos municípios do Projeto Piloto*

O cadastramento de usuários para os 44 municípios do projeto piloto do Cartão Nacional de Saúde foi iniciado em janeiro de 2000, com o objetivo de constituir um cadastro com informações individualizadas dos usuários nesses municípios, permitindo que cada cidadão tivesse seu Cartão Nacional de Saúde.

O Ministério da Saúde assinou convênio com cada um dos 44 municípios, de forma a apoiar as tarefas envolvidas no cadastramento. O repasse foi feito na base de R\$ 0,30 por habitante, devendo o município dispor, em contrapartida, de R\$ 1,00 por habitante. Cada município estabeleceu sua própria estratégia de operacionalização do cadastramento.

A confecção dos cartões era centralizada, através de empresas contratadas pelo Ministério da Saúde, e estes eram a seguir encaminhados às respectivas secretarias municipais de saúde. Cabendo à gestão municipal a distribuição aos usuários, que definiria também sua forma de distribuição, por entrega na unidade de saúde ou entrega domiciliar (através dos agentes comunitários de saúde ou Correios).

No projeto piloto, foi previsto também o cadastramento dos profissionais de saúde, que também receberiam cartões de identificação com números baseados no PIS/Pasep. Este teve início em novembro de 2000 e integraria o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde realizado pela Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde. O cadastramento foi idealizado nos mesmos moldes do cadastramento de usuários, através de formulário próprio. O Departamento de Informática do SUS (Datasus) desenvolveu aplicativo para entrada desses dados. Os cartões de profissionais também eram encaminhados às secretarias municipais de saúde, juntamente com as correspon-

dências lacradas que continham as senhas de acesso ao sistema. Essa senha ficaria gravada na tarja magnética do cartão, permitindo a identificação do profissional que fizesse os atendimentos, lançando ou extraindo dados do sistema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

#### d. *O Cadastramento Nacional de Usuários do SUS*

Diante da necessidade de identificação individualizada de usuários do SUS e já visando à expansão do projeto Cartão Nacional de Saúde para toda a população brasileira, o Ministério da Saúde instituiu o Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde e regulamentou sua implantação através da Portaria MS/GM nº 17, de 13 de fevereiro de 2001 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Esse cadastramento agregava novas características àquele anteriormente desenvolvido nos municípios do projeto piloto:

- » todo o preenchimento dos formulários deveria ser feito através da visita aos domicílios dos usuários;
- » os municípios e estados aderiam ao processo voluntariamente, por meio da assinatura de termos de adesão;
- » a ajuda financeira aos municípios para a operacionalização do processo era realizada a partir da validação de cada cadastro;
- » como forma de apoiar o início do processo de cadastramento, na adesão dos municípios, o Ministério da Saúde liberava 15% do total de recursos estimados para o repasse.

Em 19 de abril de 2001, foi publicada a Portaria SIS/SE n. 39, que tratava da operacionalização do processo de cadastramento nacional, trazendo os termos de adesão (municipal e estadual) e manual de preenchimento do formulário.

Conforme informações do Datasus, em 2003, iniciaram-se os esforços visando à transposição dos sistemas proprietários até então utilizados para a implementação de sistema aberto, baseado em softwares livres. Isso provocou uma retração natural aos trabalhos de criação e funcionamento de base de dados nacional sobre os atendimentos prestados, sem, entretanto, influir tanto nos procedimentos de cadastramento dos usuários do SUS como na manutenção da base de dados dos atendimentos realizados por ocasião de internações (mediante o uso de AIHs) e de realização de procedimentos de alta e média complexidade (mediante uso de APACs).

Para esse fim, foram desenvolvidas soluções tecnológicas, como o incremento do Cadsus multiplataforma e do Cadweb. O Cadsus multiplataforma é um aplicativo de ca-

dastramento e manutenção de informações. Foi montado sobre o componente de cadastramento, agregando novas funcionalidades. Desenvolvido em “Java Swing”, é totalmente multiplataforma – compatível com várias opções de bancos de dados, configurando-se automaticamente para Oracle, SqlServer, Firebird, e PostgreSQL. O Cadweb foi desenvolvido com a finalidade de cadastrar, via internet, os usuários do SUS.

Essas ferramentas foram fundamentais para a implementação de medidas como a exigência da informação do número do Cartão SUS em procedimentos ambulatoriais e hospitalares que necessitassem de autorização prévia, instituída através da Portaria n. 174, de 14 de maio de 2004, da Secretaria de Atenção à Saúde. Essa portaria definia também que o cadastramento poderia ser realizado nos órgãos emissores/autorizadores de APAC e AIH e que os gestores poderiam também delegar tal atribuição aos estabelecimentos de saúde, devidamente orientados. Para esse fim, orientava-se o uso do programa Cadweb.

Outro avanço permitido por esses programas mais recentemente foi a possibilidade de impressão de cartões provisórios (através de sequência numérica previamente definida para este fim) e cartões definitivos (cujas informações foram validadas pelo Ministério da Saúde, o que seria feito através de parceria com a Caixa Econômica Federal) de forma descentralizada, diretamente nos serviços de saúde.

Segundo dados do Datasus de dezembro de 2008, 86,97% dos municípios brasileiros já utilizavam os aplicativos disponibilizados pelo órgão para o cadastramento de usuários e 65,19% já alimentavam regularmente as bases nacionais do Cartão SUS. Naquele mês, já haviam sido identificados pelo sistema 142.771.691 usuários.

Em função da grande quantidade de pessoas já cadastradas, o incremento do número de usuários do SUS incluídos na Base de Dados Nacional tende a diminuir, mês a mês, porém o número de movimentos que são realizados nessa Base Nacional tende a aumentar, na medida em que vão sendo lançadas correções e atualizações nos dados pessoais dos usuários do SUS.

*Aplicativos desenvolvidos para realização do cadastro dos usuários:*

- » Cadsus: aplicativo de cadastro e manutenção de usuários do Sistema Único de Saúde e seus domicílios de residência, destinado às secretarias municipais de saúde;
- » Cadsus Simplificado: cadastro de usuários destinados às unidades de saúde. Sem informações de domicílio, mas com obrigatoriedade de motivo de cadastramento e de número provisório;
- » Cadweb: tem por finalidade o cadastramento via internet dos usuários do Sistema Único de Saúde. É mais uma ferramenta da metodologia de implantação do Cartão

Nacional de Saúde em todo o território nacional. Seu acesso pode ser feito pelos endereços [www.datasus.gov.br/cadweb](http://www.datasus.gov.br/cadweb) e <http://cartaonet.datasus.gov.br>;

- » Crítica Cadsus: aplicativo recomendado para municípios ou unidades de saúde que já possuem sistema de informação e desejam apenas enviar o conteúdo de suas bases. Permite entrada de dados cadastrais captados em esfera municipal por aplicativos externos ao sistema Cadsus, para obtenção do número do Cartão Nacional de Saúde;
- » • Centralizador: entrada de dados cadastrais captados em esfera municipal por aplicativos externos ao sistema Cadsus, para obtenção do número do Cartão Nacional de Saúde. Atualmente, as ações relativas ao Cartão Nacional de Saúde estão sob a responsabilidade do Datasus/MS.

#### **7.6.4 Situação atual do Cartão Nacional de Saúde: dificuldades, negociação e encaminhamentos**

Salvo as soluções tecnológicas citadas anteriormente, que permitiram a ampliação do cadastramento de usuários, poucos foram os avanços na implementação do Cartão Nacional de Saúde, desde o encerramento do Projeto Piloto. Na verdade, novos e velhos problemas voltaram a ocorrer, inclusive no processo de cadastramento, entre os quais se destacam:

- » a principal preocupação, do ponto de vista das secretarias estaduais, refere-se à disponibilização automática dos bancos de dados do Cadastro de Usuários às Secretarias Estaduais. O modelo desenvolvido ignorava o papel e as responsabilidades das secretarias estaduais de saúde, com fluxo de informações direto dos municípios para o Ministério da Saúde. Os bancos de dados eram fornecidos pelo Datasus somente sob solicitação das SES, geralmente desatualizados e sem permitir o acompanhamento do processo pelas SES;
- » o processo de validação dos números provisórios e definição de números definitivos vem sendo muito lento, por dificuldades na parceria com a Caixa Econômica Federal, que nem mesmo tem fornecido suas bases para cruzamento dos dados pelo Datasus. Isso gera dificuldades não só na validação da identificação dos usuários e emissão dos cartões com os números definitivos, mas também na correção dos inúmeros casos de duplicidades de registro, que vêm acumulando-se com a exigência do número do cartão em diversos tipos de atendimento – muitas vezes se acaba emitindo novos números provisórios para um mesmo paciente;

- » outra preocupação refere-se à necessidade de viabilizar a conexão dos serviços ao sistema em todos os municípios. Muitas localidades não têm acesso à comunicação de alta velocidade, especialmente na região da Amazônia Legal;
- » vem sendo também questionada a segurança das bases nos municípios. Elas não possuem criptografia nenhuma e podem ser livremente copiadas. Requisitos mínimos nesse sentido precisam ser ainda implementados;
- » falta ainda integração de programas desenvolvidos pelo próprio Datasus com o sistema Cartão. O exemplo mais preocupante é a necessidade de aprimorar a integração das informações do Cartão SUS com o Sisreg;
- » nenhuma solução voltada à implementação de Registro Eletrônico para o SUS foi ainda implementada de forma concreta em âmbito nacional, apesar de diversas experiências e avanços já existirem em alguns estados e municípios.

Desde dezembro de 2007, foi iniciada uma intensa negociação entre o CONASS (por meio de sua Câmara Técnica de Informação e Informática) e o Datasus, sendo consensado que o processo de descentralização das bases estaduais seria feito em duas etapas. Na primeira fase, a disponibilização das informações de forma automática aos estados. Posteriormente se viabilizaria a hierarquização do acesso às bases, de forma que, quando prestadores e secretarias municipais precisassem buscar as informações referentes a um determinado usuário, a busca seria automatizada (primeiro ao banco de dados do município e a seguir às bases estaduais, para só então acessar o banco nacional).

Com esse objetivo, foi formado grupo de trabalho (GT) técnico com a equipe do Datasus e três representantes da CTIIS/CONASS, por meio do apoio das Secretarias Estaduais de Saúde de São Paulo, Pernambuco e Mato Grosso do Sul, que definiu os requisitos mínimos (infraestrutura de servidores, equipamentos, software e banco de dados e capacitação de recursos humanos) para implantação das duas etapas propostas para o processo de descentralização, de acordo com o volume do banco de dados de cada estado. Foram também realizados diversos testes (através do Datasus e SES/SP) para verificar a possibilidade de uso de diversos aplicativos conforme o volume de informações de cada estado.

Em maio de 2009, em reunião da Câmara Técnica de Informação e Informática do CONASS, o Datasus disponibilizou as bases de dados do Cadastro Nacional de Usuários do SUS a todos os estados. Ocorreram, porém, problemas na importação das referidas bases na maioria dos estados. O aplicativo de atualização automática das mesmas também não se mostrou funcional até o momento.

Também vêm sendo objeto de debate os demais problemas aqui citados, como a questão da validação e manutenção (“higienização”) das bases de dados. Nesse sentido, está sendo desenvolvido aplicativo para tal fim, por intermédio de parceria da SES/SP e Universidade de São Paulo.

A discussão dos rumos da implantação do Cartão Nacional de Saúde e do Registro Eletrônico em Saúde no SUS foram definidos como prioritários em reunião da Comissão Intergestores Tripartite em abril de 2009, sendo atribuída essa tarefa ao Grupo de Trabalho de Informação e Informática em Saúde da Câmara Técnica da CIT, a partir de nota técnica a ser elaborada pelo Ministério da Saúde com o detalhamento de propostas apresentadas pela Secretaria Executiva e Datasus na referida reunião.





# 8

## O CONASS E AS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE

- 8.1 O CONASS no SUS**
  - 8.2 O que é o CONASS**
  - 8.3 Organização do CONASS**
  - 8.4 As ações desenvolvidas pelo CONASS para o cumprimento de suas macrofunções**
  - 8.5 Comunicação e publicações**
  - 8.6 Livros e outras publicações lançados de 2007 a 2010**
  - 8.7 Lançamentos para o início de 2011**
- 



# 8

## O CONASS E AS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE

### 8.1 O CONASS no SUS

O Brasil é uma república federativa em que a União, os Estados e os Municípios constituem-se em entes federados sem hierarquia entre eles, mas com atribuições diferentes ou compartilhadas.

O SUS é operado pela trina federativa, ou seja, uma parceria solidária dos três entes federados. Atua em todo o território nacional com direção única em cada esfera de governo: no âmbito da União, o Ministério da Saúde; no âmbito dos Estados, as secretarias estaduais da saúde e no âmbito dos Municípios, as secretarias municipais de saúde.

Para a gestão desse modelo *sui generis*, foi constituída uma Comissão Intergestores Tripartite, em que a União é representada pelo Ministério da Saúde, os Estados pelo CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e os Municípios pelo Conasems (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde).

É nesse contexto que o CONASS exerce, há 28 anos, seu papel na condução técnica e política do SUS.

### 8.2 O que é o CONASS

Em fevereiro de 1982, os secretários estaduais de saúde premidos pela necessidade de unir forças para aumentar sua representatividade e seu poder de negociação junto ao governo federal na definição de políticas públicas de saúde criaram o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), cuja trajetória confunde-se com a do próprio SUS, o qual tem sido ator importante na consolidação das políticas públicas de saúde no Brasil.

O CONASS é uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, que se pauta pelos princípios que regem o direito público e que congrega os Secretários de Estado da Saúde e seus substitutos legais, enquanto gestores oficiais das Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal.

Essa entidade constitui-se em um organismo de representação da direção única do SUS nos estados, com mandato de representar técnica e politicamente os interesses co-

munas das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, perante as demais esferas de governo e outros parceiros e entidades, tendo o cuidado de resguardar as definições contidas no estatuto da entidade e as deliberações da Assembleia dos Secretários.

O § 3º do artigo 1º da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a organização e o funcionamento do Conselho e da Conferência de Saúde, reconhece-o como entidade de representação dos secretários estaduais de saúde no Conselho Nacional de Saúde, além das representações de usuários, profissionais de saúde, prestadores de serviço e governo.

O CONASS tem sede e foro em Brasília, onde mantém uma Secretaria Executiva como órgão assessor e de administração, constituída por uma equipe técnico-administrativa. É regido por um estatuto aprovado na Assembleia de 7 de abril de 2005, registrado em cartório, que está disponível no site: [www.conass.gov.br](http://www.conass.gov.br).

Além de viabilizar o cumprimento das macrofunções do CONASS, a Secretaria Executiva também atua na formulação do processo normativo do SUS, participando da concepção, analisando as propostas apresentadas pelos demais parceiros gestores e interpretando e informando os secretários e as equipes técnicas estaduais.

São finalidades do CONASS:

- I. representar os interesses comuns dos gestores do SUS nos estados e Distrito Federal;
- II. definir estratégias comuns de ação entre os gestores dos estados e do Distrito Federal;
- III. funcionar como órgão permanente de intercâmbio de experiências e informações entre seus membros;
- IV. implementar os princípios e diretrizes constitucionais e da legislação complementar, no desenvolvimento das ações e serviços de saúde;
- V. promover o pleno exercício das responsabilidades das secretarias de saúde, na política de saúde, junto aos órgãos do governo federal e municipal, do Poder Legislativo e das entidades da sociedade;
- VI. assessorar as Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal na formulação e tomada de decisões que digam respeito ao desenvolvimento dos Sistemas de Saúde nas unidades federadas, visando ao pleno exercício de suas macrofunções como gestores estaduais do SUS;
- VII. apoiar as SES no exercício da coordenação e regulação do sistema estadual de saúde e na mediação das relações intermunicipais;

- VIII. subsidiar as SES para que, por sua vez, possam prestar a adequada cooperação técnica aos municípios;
- IX. promover estudos, pesquisas e propor soluções aos problemas relativos ao desenvolvimento da área da saúde;
- X. apoiar os gestores estaduais mediante organização, edição e divulgação de informações estratégicas e gerenciais;
- XI. encaminhar aos órgãos competentes propostas para equacionar os problemas da área de saúde em todo o território nacional;
- XII. estimular o funcionamento dos Conselhos de Saúde e o Controle Social;
- XIII. estimular e promover a realização de congressos, conferências, seminários e outros encontros tendentes ao aperfeiçoamento das atividades do setor saúde;
- XIV. manter intercâmbio com órgãos e entidades nacionais e internacionais de interesse para o setor saúde.

Com base nas finalidades expressas no estatuto e traduzindo as responsabilidades da entidade, foram definidas as seguintes macrofunções de representação dos interesses das secretarias de saúde nas diversas instâncias do SUS e de informação e apoio técnico:

- » representar os interesses do conjunto das SES nas diversas instâncias deliberativas do SUS: Comissão Intergestores Tripartite, Conselho Nacional de Saúde, além de representação em diversos outros comitês e comissões interinstitucionais;
- » prestar assessoramento técnico às equipes gestoras do SUS dos 26 estados e do Distrito Federal (Progestores);
- » promover pesquisa científica para o aprimoramento do SUS;
- » desenvolver programas e projetos de cooperação interinstitucional (nacionais e internacionais).

### **8.3 Organização do CONASS**

Para dar conta de exercer todas essas macrofunções, o CONASS conta atualmente com a seguinte estrutura e organização interna:

#### **a. Órgãos diretivos:**

- » Assembleia – o órgão máximo do CONASS, com plenos poderes deliberativos e normativos;

- » Diretoria – subordinada à Assembleia, com mandato de um ano e constituída por:
  - › um presidente nacional – eleito em Assembleia;
  - › cinco vice-presidentes macrorregionais (N, NE, SE, S, SE) – eleitos entre seus pares da macrorregião;
  - › cinco vice-presidentes adjuntos macrorregionais e suplentes dos respectivos vice-presidentes – eleitos entre seus pares da macrorregião;
- » Diretorias Extraordinárias – criadas pelo presidente e aprovadas pela Assembleia, para auxiliá-lo em temas específicos considerados estratégicos ou relevantes, durante seu mandato.

b. Órgãos assessores e consultivos:

- » Comissão Fiscal – composta por três titulares e três suplentes eleitos em assembleia, entre os secretários, excluídos os seis que compõem a Diretoria;
- » Comitê Consultivo – órgão de aconselhamento político e constituído pelos ex-presidentes do CONASS. Convocado pela diretoria, quando necessário.
- » Secretaria Executiva – órgão executivo do CONASS, instalado em Brasília (com uma equipe de consultores e funcionários);
- » Câmaras Técnicas – as Câmaras Técnicas temáticas do CONASS foram constituídas com a finalidade de assessorar tecnicamente a Secretaria Executiva, a Diretoria e a Assembleia Geral na formulação de políticas e estratégias específicas relativas à gestão dos serviços e às ações inerentes ao setor saúde. São integradas por um técnico de cada Secretaria Estadual de Saúde indicado pelo Secretário, que o representa na respectiva área temática. Atualmente existem as seguintes CT:
  1. Assistência Farmacêutica – CT/AF;
  2. Atenção à Saúde – CT/ATS;
  3. Atenção Primária à Saúde – CT/APS;
  4. Comunicação Social – CT/Com.;
  5. Epidemiologia – CT/Epi.;
  6. Gestão e Financiamento – CT/Gesf.;
  7. Recursos Humanos – CT/RH;
  8. Vigilância Sanitária – CT/Visa;

## 9. Informação e Informática – CT/Info.

O CONASS conta ainda com representantes nos seguintes órgãos colegiados oficiais:

- » Conselho Nacional de Saúde (CNS);
- » Conselho Consultivo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- » Câmara de Saúde Suplementar da Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- » Conselho de Administração da Organização Nacional de Acreditação (ONA);
- » Mercosul;
- » Hemobrás.

O CONASS é mantido com recursos de contribuição das 27 Secretarias de Estado da Saúde e de convênios celebrados com órgãos ou instituições públicas nacionais, bem como Termos de Cooperação com instituições internacionais.

### **8.4 As ações desenvolvidas pelo CONASS para o cumprimento de suas macrofunções**

Coerente com a sua finalidade de assessorar as secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal na formulação e na tomada de decisões que digam respeito ao desenvolvimento dos Sistemas de Saúde nas unidades federadas e norteada pelas deliberações dos Secretários e pelos eixos definidos pelas diretorias eleitas, a Secretaria Executiva do CONASS vem, ao longo dos últimos anos, desenvolvendo várias iniciativas no sentido de fortalecer as SES para o desempenho das suas funções.

Um dos desafios a enfrentar é a continuação do processo crescente de amadurecimento técnico-político que vem construindo ao acumular, ano após ano, as experiências vivenciadas pelas secretarias estaduais de saúde.

Esse processo teve início com o apoio institucional dado às SES para a implantação do SUS nos estados, favorecendo a reflexão e a transformação das suas atividades, de forma a cumprir as responsabilidades e competências estabelecidas na Constituição Federal de 1988, na gestão desse Sistema.

O investimento na capacitação das equipes técnicas das secretarias estaduais de saúde, na escuta atenta de suas observações e sugestões e no fortalecimento das Câmaras Técnicas e Comitês do CONASS, tem demonstrado, na prática, a riqueza da troca de experiências, a capacidade de aprofundamento e detalhamento de temas específicos e a apresentação de importantes subsídios à Diretoria e à Assembleia para tomada de decisões.

A construção de consensos entre os Secretários Estaduais de Saúde, agregando nesse exercício outros importantes atores sociais, tem evidenciado ser uma sistemática importante para a reflexão e incorporação das contribuições de todos os membros. Os consensos definidos pelos gestores estaduais têm norteado as discussões e o posicionamento técnico-político nos diferentes cenários em que o CONASS faz-se representar.

O CONASS tem defendido o estabelecimento de ações positivas que possam diminuir as desigualdades regionais e garantir saúde de qualidade à população, uma política de inclusão social e de financiamento capaz de viabilizar e consolidar o SUS como um sistema de saúde para todos os cidadãos brasileiros, com ênfase nas ações de promoção da saúde e considerando os determinantes e condicionantes econômicos, sociais, ambientais e culturais. A complexidade do sistema de saúde exige o aperfeiçoamento das relações inter e intrasetoriais, intra e extragovernamentais, além da participação da sociedade, para que a população brasileira possa alcançar melhores níveis de saúde e qualidade de vida.

O fortalecimento da participação da gestão estadual na formulação, implantação e avaliação das políticas nacionais de saúde tem sido uma das metas do CONASS, o que pode ser observado nos fóruns de negociação, pactuação e deliberação, especialmente na Comissão Intergestores Tripartite, em que a sua Diretoria, de forma firme, coesa e transparente, tem defendido com veemência os compromissos assumidos no Pacto pela Saúde, apresentando propostas para a superação de problemas estruturais inerentes a esse sistema público de acesso universal e igualitário.

O CONASS tem participado intensamente das atividades do Conselho Nacional de Saúde, por acreditar que o controle social é fundamental para o SUS e que se constitui como um dos maiores avanços do processo de descentralização. Assim, tem buscado apoiar os Conselhos Estaduais de Saúde e fortalecer todas as modalidades de controle social.

Tem atuado em defesa da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, de uma política de financiamento adequada com redução das desigualdades regionais, da revisão dos limites financeiros federais para assistência de média e alta complexidade, do aprimoramento da política de assistência farmacêutica, da política de acesso da população aos medicamentos de alto custo e de mais recursos para o Orçamento da Saúde.

O CONASS tem defendido o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), entendendo-a como a principal porta de entrada da rede de serviços integrados e como eixo fundamental para a mudança do modelo de atenção. As redes de atenção à saúde, nas regiões de saúde, devem ser organizadas de forma integral: ações de promoção da saúde e de prevenção, cura, cuidado e reabilitação; tendo a atenção primária à saúde como

coordenadora do cuidado; orientadas para a atenção às condições agudas e crônicas e eventos agudos; focadas em processos.

A inclusão da questão da violência como um problema de saúde pública na agenda de prioridades do SUS, iniciativa do CONASS aprovada em assembleia, tem possibilitado a divulgação e a troca de experiências exitosas que estão acontecendo em vários municípios e estados, a adesão de parceiros da área pública, acadêmica e de instituições da sociedade civil, além da publicação e divulgação de materiais informativos com o envolvimento de importantes parceiros internacionais.

A organização da assistência farmacêutica, seu financiamento, a incorporação de novas tecnologias e propostas para superar a “judicialização” têm sido temas amplamente debatidos pelo CONASS nas assembleias, nos grupos técnicos de trabalho e nos fóruns de gestores do SUS, no intuito de superar o desafio do acesso a medicamentos no SUS.

O CONASS considera que as questões relativas à saúde e ao SUS na região da Amazônia Legal constituem uma das grandes prioridades no seu rol de preocupações e de atuação e definiu três eixos temáticos prioritários para buscar respostas e ações junto ao governo federal – especialmente Ministério da Saúde –, às bancadas parlamentares, aos governadores e aos prefeitos municipais: recursos humanos e financiamento, fortalecimento da atenção primária e enfrentamento das doenças endêmicas.

Um dos objetivos da participação do CONASS em parcerias internacionais tem sido a socialização e o debate com outros países sobre os êxitos alcançados pelo Sistema Único de Saúde, bem como aprender com experiências exitosas e inovadoras alcançadas para além das nossas fronteiras.

Essa participação em eventos internacionais e as parcerias firmadas têm possibilitado reflexões sobre dificuldades e pontos de estrangulamento vivenciados no Brasil e uma interlocução com outros países que adotam modelos de atenção que tenham alguma coerência com a lógica e os princípios do SUS. Nessas parcerias, tem sido dada ênfase ao desenvolvimento de instrumentos e metodologias relacionados à avaliação da atenção primária e dos sistemas estaduais e à análise das políticas de saúde instituídas.

## **8.5 Comunicação e publicações**

Entendendo que a sua responsabilidade não se restringe apenas às discussões internas com os gestores estaduais, o CONASS tem se preocupado em abrir espaços de interlocução e discussão sobre o SUS com todos os segmentos da sociedade organizada, buscando vencer barreiras para alcançar a população.

Assim, os veículos de comunicação do CONASS evoluíram e passaram por reformulações para acompanhar o momento técnico e político da entidade, bem como acompanhar as inovações tecnológicas disponíveis.

Atualmente os meios de comunicação são os seguintes:

- » Jornal Consensus – de caráter informativo/noticioso – bimestral;
- » Consensus eletrônico – reúne informações enviadas pelas SES e do CONASS e é enviado via internet. Periodicidade: quinzenal;
- » CONASS Documenta – publicações técnicas, sem periodicidade predefinida.;
- » CONASS Informa – informativo eletrônico de rápida comunicação com as equipes das SES e outros destinatários cadastrados. Sem periodicidade predefinida;
- » Pres'tenção – exclusivo aos secretários de Saúde. Informativo eletrônico de rápida comunicação. Sem periodicidade predefinida.
- » Portal do CONASS na Internet – [www.conass.org.br](http://www.conass.org.br) – com acesso aberto a qualquer usuário e também com área restrita aos secretários.

#### **8.5.1 Livros e outras publicações lançados de 2007 a 2010**

- » Coleção Para entender a gestão do SUS – 2007;
- » Livro: 25 anos do CONASS – 2007;
- » A Gestão da Saúde nos Estados – Avaliação e Fortalecimento das Funções Essenciais – (em parceria com a OPAS) – 2007
- » SUS – avanços e desafios – 2007;
- » SUS 20 anos – 2009;
- » Oficinas de planificação da atenção primária à saúde nos estados – 2009;
- » Realidade e perspectivas da região estadual do SUS – livro com uma coletânea de artigos dos secretários estaduais de Saúde – 2010.

#### **8.5.2 Lançamentos para o início de 2011**

Os novos Secretários de Estado da Saúde para o período 2011-2014 serão recepcionados pelo CONASS com as seguintes publicações:

- » Coleção Para entender a gestão do SUS -- 2011;
- » Agenda com textos sobre as prioridades da Gestão Estadual do SUS;

- » Caderno de informações estratégicas para a Gestão Estadual do SUS por Unidade Federada;
- » Revista Consensus.

A produção do CONASS nas suas diversas linhas na área de comunicação e publicações pode ser consultada no site: [www.conass.org.br](http://www.conass.org.br)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Caderno de Informações da Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2006.

ALETRAS, V.; JONES, A.; SHELDON, T.; A. Economies of scale and scope. In: FERGUSON, B.; SHELDON, T.; POSNETT, J. (Eds.). Concentration and choice in health care. London: FT Financial Times Healthcare, 1997.

ALFRADIQUE, M. E.; MENDES, E. V. As internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial no SUS: nota prévia. Belo Horizonte, 2002. Mimeografado.

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. 2003. Mimeografado.

BERTOLLI FILHO, C. História da saúde pública no Brasil. São Paulo: Ática, 2004.

BOSSERT, T.; LARRAÑAGA, O.; MEIR, F. R. Decentralization of health systems in Latin América. Rev. Panamericana de Salud Pública, n. 8, p. 84-92, 2000.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988.

\_\_\_\_\_. Coletânea de normas para o controle social no SUS. 2006.

\_\_\_\_\_. A prática do controle social: conselhos de saúde e financiamentos do SUS. 2000.

\_\_\_\_\_. Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS. 2006.

\_\_\_\_\_. Cadastro nacional de conselhos de saúde. 2006.

\_\_\_\_\_. Resolução n. 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. 2003.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 319, de 7 de novembro de 2002. Revoga a Resolução n. 33, de 23 de dezembro de 1992.

\_\_\_\_\_. Resolução n. 33, de 23 de dezembro de 1992. Aprova o documento “Recomendações para a constituição e estruturação de conselhos estaduais e municipais de saúde”.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e Saúde. 1ª Conferência Nacional de Educação e 1ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Educação e Saúde, 1941.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria MS n. 546, de 25 maio 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica SUS 01/93.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 5.841, de 13 de julho de 2006. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, [on-line], Brasília, 14 jul. 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5841.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5841.htm)>. Acesso em: 23 set. 2006.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, Brasília, 1990. <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>>. Acesso em: 22 ago. 2006.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências, [on-line], Brasília, 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134561>>. Acesso em: 22 ago. 2006.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.246, de 22 de outubro de 1991. Autoriza o Poder Executivo a instituir o Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, [on-line], Brasília, 23 out. 1991. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8246.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8246.htm)>. Acesso em: 23 set. 2006.

\_\_\_\_\_. Lei n. 1.920, de 25 de julho de 1953. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Rio de Janeiro, 29 jul. 1953.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Diretrizes nacionais para capacitação de conselheiros de saúde. 1999.

\_\_\_\_\_. O CNS e a construção do SUS: referências estratégicas para melhora do modelo de atenção à saúde. 2003.

\_\_\_\_\_. O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. 2002.

\_\_\_\_\_. Relatório do Seminário Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde para o Exercício do Controle Social. 2005.

\_\_\_\_\_. Princípios e diretrizes para a NOB/RH – SUS. 2002.

\_\_\_\_\_. Presidência da República, Decreto n. 6.788, de 30 de janeiro de 1941. Convoca a 1ª Conferência Nacional de Saúde e a 1ª Conferência Nacional de Educação e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 99.438, de 7 de agosto de 1990. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União de 8 de agosto de 1990. Brasília – 1990.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 5.839, de 11 de julho de 2006. Dispõe sobre a organização, atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União de 12 de julho de 2006. Brasília – 2006.

\_\_\_\_\_. Presidência da República, Decreto n. 7.336, de 19 de março de 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Regionalização solidária e cooperativa. Série Pactos pela Saúde 2006. Vol. 3. Departamento de Apoio à Descentralização/Secretaria Executiva. Brasília, 2006.

CARVALHO, D. M. T. Sistemas de informação e alocação de recursos: um estudo sobre as possibilidades de utilização das grandes bases de dados nacionais como subsídio a uma alocação orientada de recursos. Dissertação ao Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, 1998.

CARVALHO, G. Promoção da cidadania com responsabilidade fiscal, social e sanitária. Recife: XXII Congresso do Conasems, 2006.

CONASS. Para entender o pacto pela saúde 2006. Brasília: CONASS, 2006 (Nota Técnica, n. 15).

\_\_\_\_\_. Para entender o pacto pela saúde. Brasília: CONASS, 2006 (Nota Técnica, n. 6).

\_\_\_\_\_. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS/Progestores, 2003.

\_\_\_\_\_. Pactuação unificada de prioridades, objetivos e metas do pacto pela vida para o ano de 2009. Nota Técnica CONASS n. 18, de 2008.

\_\_\_\_\_. Relatório Final do 1º Seminário para construção de consensos –preocupações e prioridades dos secretários estaduais de saúde quanto à organização, gestão e financiamento do SUS. CONASS, 2003.

\_\_\_\_\_. A saúde na opinião dos brasileiros. Brasília: CONASS/Progestores, 2003.

\_\_\_\_\_. Estruturação da área de recursos humanos nas secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal. CONASS, 2004 (CONASS Documenta, n. 1).

\_\_\_\_\_. Atenção primária. Seminário do CONASS para a construção de consensos. CONASS, 2004 (CONASS Documenta, n. 2).

\_\_\_\_\_. Para entender a gestão do programa de medicamentos de dispensação em caráter excepcional. CONASS, 2004 (CONASS Documenta, n. 3).

\_\_\_\_\_. Recursos humanos: um desafio do tamanho do SUS. CONASS, 2004 (CONASS Documenta, n. 4).

\_\_\_\_\_. Assistência farmacêutica: medicamentos de dispensação em caráter excepcional. CONASS, 2004 (CONASS Documenta, n. 5).

- \_\_\_\_\_. Convergências e divergências sobre a gestão e regionalização do SUS. CONASS, 2004 (CONASS Documenta, n. 6).
- \_\_\_\_\_. Acompanhamento e avaliação da atenção primária. CONASS, 2004 (CONASS Documenta, n. 7).
- \_\_\_\_\_. Relatório de gestão da diretoria do CONASS. Atividades e resultados, abril de 2003 a abril de 2005. CONASS, 2005 (CONASS Documenta, n. 8).
- \_\_\_\_\_. I Encontro de Gestores Estaduais, Provinciais e Departamentais de Sistemas Sul-Americanos de Saúde. CONASS, 2005 (CONASS Documenta, n. 9).
- \_\_\_\_\_. I Encontro do CONASS para Troca de Experiências. CONASS, 2005 (CONASS Documenta, n. 10).
- \_\_\_\_\_. Relatório de gestão da diretoria do CONASS. Atividades e resultados, abril de 2005 a abril de 2006. CONASS, 2006 (CONASS Documenta, n. 11).
- \_\_\_\_\_. Fórum saúde e democracia: uma visão de futuro para o Brasil. CONASS, 2006 (CONASS Documenta, n. 12).
- \_\_\_\_\_. Violência uma epidemia silenciosa. CONASS, 2008 (CONASS Documenta nº 15, 16 e 17).
- \_\_\_\_\_. As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas – Brasília: CONASS, 2009. 100 p. (CONASS Documenta; 18).
- \_\_\_\_\_. Estudo sobre a reposição dos servidores federais descentralizados no SUS. Brasília: CONASS, 2002.
- \_\_\_\_\_. SUS: Avanços e desafios. Brasília: CONASS/Progestores, 2006.
- \_\_\_\_\_. Legislação do SUS: CONASS – Progestores. Brasília: CONASS, 2003.
- \_\_\_\_\_. Pacto pela saúde 2006. Disponível em: <[www.conass.com.br/conass](http://www.conass.com.br/conass)>.
- \_\_\_\_\_. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2003. 248 p.
- \_\_\_\_\_. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf)>. Acesso em: 4 out. 2006.
- \_\_\_\_\_. Estatuto do CONASS. Brasília: CONASS, 2005. Disponível em: <<http://conass.org.br>>.
- \_\_\_\_\_. SUS 20 anos – Progestores - Brasília: CONASS, 2009.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, mar. 17-21, 1986, Brasília. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 381-389.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). Núcleo de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Brasília: CONASEMS, 2006.
- CORDEIRO, H. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. Physis, [periódico on-line], n. 14, v. 2, p. 343-362, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n2/v14n2a09.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2006.

CUNHA, R. E. Cartão nacional de saúde: os desafios da concepção e implantação de um sistema nacional de captura de informações de atendimento em saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2002; 7(4):869-78. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232002000400018&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400018&lng=es&nrm=iso)> . Acesso em: 4 out. 2006.

Duarte EC. A informação, a análise e a ação em saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*. [online]. jun. 2003, vol.12, n. 2, p. 61-62. Disponível na World Wide Web em [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742003000200001&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000200001&lng=pt&nrm=iso) (em 20/02/2010).

SCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

SCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81.

GIORDANO, O.; COLINA, J. Economía política de las reformas. In: SANCHEZ, H.; ZULETA, G. (Eds.). *La hora de los usuarios: reflexiones sobre la economía política de las reformas de salud*. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo, 2000.

HOLMAN, H.; LORIG, K. Patients as partners in managing chronic disease. *British Medical Journal*, n. 320, p. 526-526-527, 2000.

HUNTER, D. J.; VIENONEN, M.; WLODARCZYK, W. C. Optimal balance of centralized and decentralized management. In: SALTMAN, R. B.; FIGUERAS, J.; SAKELLARIDES, C. (Eds.). *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham: Open University Press, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Rio de Janeiro: IBGE, 1995.

\_\_\_\_\_. *Estatísticas de saúde. Assistência médico-sanitária de 1990*. Rio de Janeiro: IBGE, 1993.

\_\_\_\_\_. *Censo Demográfico 1991. Características gerais da população e instrução*. Rio de Janeiro: IBGE, 1996.

\_\_\_\_\_. *Relatório do GT de sistema de informações de saúde. Portaria GM nº 3, de 4 de janeiro de 1996*.

INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Resolução Inamps n. 273, de 17 de julho de 1991. Reedição da Norma Operacional Básica do SUS: NOB-SUS 01/91. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, Seção I*, p. 14216, 18 jul. 1991.

\_\_\_\_\_. Resolução n. 258, de 7 de janeiro de 1991, reeditada com alterações pela Resolução do Inamps número 273, de 17 de julho de 1991, aprova a Norma Operacional Básica do SUS 01/91.

LEWCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Revista Ciência Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, 2001. p. 269-291.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 27-58.

LOPES JP, PINHEIRO LFR, CARVALHO NL, VALASKI MR, DOMINGUEZ O, MORAES, JFT E SILVA ATGM. Cartão Nacional de Saúde – Projeto Piloto no Estado do Paraná – Avaliação do Grau de Satisfação dos Gestores Municipais. Disponível na World Wide Web em <http://telemedicina.unifesp.br/pub/SBIS/CBIS2004/trabalhos/arquivos/773.pdf> (em 25/10/2010)

MACHADO, R.; LOUREIRO, A.; LUZ, R.; MURICY, K. Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MÉDICI, A. Financiamento público e privado em saúde na América Latina e no Caribe: uma breve análise dos anos 90. Washington: Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2005 (Nota Técnica, n. 3).

\_\_\_\_\_. Registros Eletrônicos de Saúde: Uma Ferramenta a Favor da Universalização e da Transparência. Monitor de Saúde [online]. Maio 2010. Disponível em <<http://monitordesaude.blogspot.com/2010/05/registros-eletronicos-de-saude-uma.html>>. Acesso em 25 out. 2010.

MENDES, E.V. Os Dilemas do SUS: Tomo II. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MILLS, A. et al. Health system decentralization: concepts, issues and countries experiences. Geneva: World Health Organization, 1990.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agenda positiva do departamento de gestão e de regulação do trabalho em saúde. SGTES. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Norma Operacional Básica do SUS: NOB-SUS 01/96. Brasília, 1997. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nob.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2006.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS n. 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do SUS - NOB 01/96.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 234, de 7 de fevereiro de 1992, do Secretário Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde e Presidente do Inamps. Aprova a Norma Operacional Básica do SUS – NOB 01/92.

\_\_\_\_\_. Instrução Normativa 01/97 do Ministério da Saúde, editada em 15 de maio de 1997. Regulamenta a NOBS 01/96.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, de 23 de fevereiro de 2006, Seção I, p. 43. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 545/GM, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica

do SUS: NOB-SUS 01/93. Diário Oficial da União, Brasília, 24 maio 1993, Seção I, p. 61.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS n. 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Diário Oficial da União, de 3 de abril de 2006 Seção I, p. 49. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01. Diário Oficial da União, Brasília, Seção I, p. 15, set. 2001.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS n. 1.097, de 22 de maio de 2006. Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde. Diário Oficial da União de 23 de maio de 2006, Seção I, p. 40. Brasília – 2006.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS n. 2.046, de 3 de setembro de 2009. Regulamenta o Termo de Ajuste Sanitário – TAS. Diário Oficial da União de 4 de setembro de 2009 Seção I, p. 61 Brasília – 2009.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS n. 161, de 21 de janeiro de 2010. Dispõe sobre o art. 3º da Portaria/GM 699/06, que versa sobre o Termo de Cooperação entre Entes Públicos. Diário Oficial da União de 22 de janeiro de 2010, Seção I, p. 121. Brasília – 2010.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS n.2.751, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a integração dos prazos e processos de formulação dos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS e do Pacto pela Saúde. Diário Oficial da União de 12 de novembro de 2009, Seção I, p. 79. Brasília – 2009

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS n. 2.669, de 3 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011. Diário Oficial da União de 6 de novembro de 2009, Seção I, p. 58. Brasília – 2009.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS n. 3.176, de 24 de dezembro de 2008. Aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão.

\_\_\_\_\_. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria GM/MS n. 95, de 26 de 2001 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de descentralização da gestão da assistência. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02 e Portaria GM/MS n. 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://saudepublica.bvs.br/lildbi/docsonline/1/7/371-noas\\_2002.pdf](http://saudepublica.bvs.br/lildbi/docsonline/1/7/371-noas_2002.pdf)>. Acesso em: 24 ago. 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. Coordenação de apoio à gestão descentralizada. Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília, 2006. Disponível em: [http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06\\_0257\\_M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0257_M.pdf).

\_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização/Ministério da saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da saúde, 2009. 318 p. (Série Pactos pela Saúde).

\_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva – Plano Nacional de Saúde/PNS 2008/2009-2011 – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 168 p. (Série Cadernos de Planejamento v.9).

\_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Regionalização Solidária e Cooperativa: orientações para sua implementação no SUS. Brasília, 2006. 44 p. (Série Pactos pela Saúde 2006 v.3).

\_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Colegiado de Gestão Regional na Região de Saúde Intraestadual: orientações para organização e funcionamento. Brasília, 2006. 60 p. (Série Pactos pela Saúde v.10).

\_\_\_\_\_. Relatório do GT de Sistema de Informações de Saúde, Portaria GM/MS n. 3, de 4 de janeiro de 1996.

\_\_\_\_\_. “Cartão Nacional de Saúde – Informações disponíveis no Sistema”. Disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24423](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=24423)>. Acesso em: 25 out. 2010.

\_\_\_\_\_. “Cartão Nacional de Saúde – Projeto Piloto”. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24401](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=24401). Acesso em: 25 out. 2010.

\_\_\_\_\_. “Cartão Nacional de Saúde – Cadastramento”. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24430](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=24430). Acesso em: 25 out. 2010.

\_\_\_\_\_. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução/CNS n. 407, de 12 de setembro de 2008. Aprova o Regimento do Conselho Nacional de Saúde publicada no Diário Oficial de 11 de março de 2009. Brasília - 2009  
MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS. Diretório de bases de dados de interesse da saúde. Brasília: MS/FNS/Datasus, 1997.

MORAES, I. H. S. Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora Hucitec/Abrasco, 1994.

MUSGROVE, P. Public and private roles in health. Washington: World Bank, 1996 (World Bank Discussion Paper, n. 339).

NOGUEIRA, R. P. B.; ALMEIDA, S. R. V. de. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. 2004.

NORONHA, J. C.; PEREIRA, T. R.; VIACAVAL, F. As condições de saúde dos brasileiros: duas décadas de mudanças (1980-2000). In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 153-192.

NORTH, D. Institutions, institutional changes and economic performance. Cambridge University Press, 1990.

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

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Rede Interagencial de Informações para a Saúde – Ripsa. Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília, 2002.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. Disponível em <[http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude\\_no\\_brasil.pdf#search=%22Marcus%20Vin%C3%ADcius%20Polignano%22](http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf#search=%22Marcus%20Vin%C3%ADcius%20Polignano%22)>. Acesso em: 23 ago. 2006.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSA). Indicadores e dados básicos de saúde, 2005. Disponível em: <[www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)>, link “Indicadores de Saúde”, a partir de “Informações de Saúde”. Acesso em: dez. 2006.

\_\_\_\_\_. Comitê Temático Interdisciplinar “Ripsa no Estado”. Produto 1: “Construir Conhecimento para a Ação”. 2007. Mimeografado.

\_\_\_\_\_. Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: Conceitos e Aplicações. 2ª ed. 2008, Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

SEMINÁRIO INTERNACIONAL TENDÊNCIAS E DESAFIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NAS AMÉRICAS. Relação entre níveis de governo na gestão dos sistemas de saúde, Oficina n. 2, São Paulo, ago. 2002, p. 11-14. 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFORMÁTICA EM SAÚDE E CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde. Versão 3.3. 2009. Disponível na World Wide Web em [http://www.sbis.org.br/certificacao/Manual\\_Certificacao\\_SBIS-CFM\\_2009\\_v3-3.pdf](http://www.sbis.org.br/certificacao/Manual_Certificacao_SBIS-CFM_2009_v3-3.pdf). Acesso em: 25 out. 2010.

SCOTTI, R. F.; Oliveira, M. H. B. Segundo Relatório Sobre o Processo de Organização da Gestão da Assistência à Saúde. 1995.

SOARES D.A., ANDRADE S. M., CAMPOS J. B. “Epidemiologia e Indicadores de Saúde”. In: ANDRADE S. M., SOARES D. A., CORDONI JUNIOR L. (Org.). Bases da Saúde Coletiva. Londrina: Editora da Universidade Estadual de Londrina, 2001. p. 184.

SOUZA, R. R. Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. (Dissertação). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ, 2002.

TEIXEIRA, C. (Coord.). Planejamento & gestão de sistemas e serviços de saúde. São Paulo: Bireme/Opas/OMS, 2002. Disponível em: <[http://www.saudepublica.bvs.br/itd/plan/plan\\_intro.pdf](http://www.saudepublica.bvs.br/itd/plan/plan_intro.pdf) >. Acesso em: 4 out. 2006.

VIANNA, S. M. et al. Atenção de alta complexidade no SUS: desigualdades no acesso e no financiamento. Brasília: Ministério da Saúde/Ipea, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: WHO/Public Health Agency of Canada, 2005.

\_\_\_\_\_. The world health report 2000: health systems, improving performance. Geneva: WHO, 2000.