



CONASS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde

INFORMAÇÕES PARA A GESTÃO ESTADUAL DO SUS 2023-2026

INFORMAÇÕES PARA A GESTÃO ESTADUAL DO SUS 2023-2026

PARA ENTENDER A GESTÃO DO SUS

Linha editorial: Para entender a Gestão do SUS.

Brasília, janeiro de 2023.



CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Setor Comercial Sul, Quadra 9, Torre C, Sala 1105
Edifício Parque Cidade Corporate
CEP: 70.308-200
Brasília/DF – Brasil

Diretoria do CONASS

PRESIDENTE

Cipriano Maia de Vasconcelos (RN)

VICE-PRESIDENTE

Fábio Baccheretti Vitor (MG)

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso Silva

COORDENAÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

Antônio Carlos Rosa de Oliveira Junior

COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

René José Moreira dos Santos

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Fernando P. Cupertino de Barros

ASSESSORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Fernando P. Cupertino de Barros

ASSESSORIA JURÍDICA

Alethele de Oliveira Santos

Edson Claudio Pistori

ASSESSORIA PARLAMENTAR

Leonardo Moura Vilela

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Elizena Rossy

Luiza Tiné

Marcus Carvalho

Tatiana Rosa

Colaboração para esta publicação

ASSESSORIA TÉCNICA

Carla Ulhoa André

Eliana Maria Ribeiro Dourado

Felipe Ferré

Fernando Campos Avendanho

Haroldo Jorge de Carvalho Pontes

Heber Dobis Bernarde

Juliane Alves

Luciana Toledo Lopes

Maria Cecília Martins Brito

Maria José Evangelista

Nereu Henrique Mansano

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Sandro Terabe

Tereza Cristina Lins Amaral

ORGANIZAÇÃO

Edson Claudio Pistori

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Tereza Cristina Lins Amaral

REVISÃO TÉCNICA

Jurandi Frutuoso Silva

René José Moreira dos Santos

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Elizena Rossy

Tatiana Rosa

EDIÇÃO

Elizena Rossy

Marcus Carvalho

PROJETO GRÁFICO, EDIÇÃO E DIAGRAMAÇÃO

ALM Apoio à Cultura

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

I43 Informações para a Gestão Estadual do SUS: 2023-2026 /
Organizadores Edson Claudio Pistori, Rita de Cássia Bertão
Cataneli, Tereza Cristina Lins Amaral. – Brasília, DF: Conselho
Nacional de Secretários de Saúde, 2023.
22 x 29,7 cm

Inclui bibliografia
ISBN 978-65-88631-28-7

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Política de saúde – Brasil.
3. Saúde pública. I. Pistori, Edson Claudio. II. Cataneli, Rita de
Cássia Bertão. III. Amaral, Tereza Cristina Lins.

CDD 362.10981

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

<i>Apresentação</i>	5
<i>O Conass</i>	6
<i>1. Planejamento no SUS</i>	9
<i>2. Governança no SUS</i>	17
<i>3. Financiamento do SUS</i>	23
<i>4. Regionalização</i>	31
<i>5. As Redes de Atenção à Saúde</i>	37
<i>6. Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar</i>	49
<i>7. Regulação da Atenção à Saúde</i>	59
<i>8. Contratualização</i>	69
<i>9. Alternativas de Gerência de Unidades Públicas</i>	77
<i>10. Vigilância em Saúde</i>	85
<i>11. Assistência Farmacêutica</i>	93
<i>12. Incorporação de Tecnologias no SUS</i>	101
<i>13. Informação e Informática em Saúde/Saúde Digital</i>	107
<i>14. Judicialização e Direito à Saúde</i>	117
<i>15. Qualidade no Cuidado e Segurança do Paciente</i>	123
<i>16. Controle Social e Participação da Comunidade</i>	131
<i>17. Educação e Trabalho na Saúde</i>	135
<i>18. Comunicação em Saúde</i>	139
<i>19. CIEGES – Centro de Inteligência Estratégica para a Gestão Estadual do SUS</i>	147
<i>20. Relações Internacionais</i>	155

Sumário



SUS

Este documento dispõe de informações básicas sobre os principais temas envolvendo a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase no nível de gestão dos governos estaduais.

As sínteses elaboradas pela equipe técnica do Conass, em cada tema, basearam-se em produções e formulações desenvolvidas ao longo dos anos, boa parte delas, disponível e de fácil acesso no portal do Conass na internet.

Destaca-se ainda que cada seção traz as propostas formuladas pelo Conass para a temática, as quais foram apresentadas, originalmente, na Carta Compromisso aos Presidenciais, por ocasião das eleições nacionais em 2022.

Esperamos que esse material auxilie a direção das secretarias estaduais de saúde (SES) na compreensão do funcionamento do SUS, tomando contato com as principais agendas institucionais nas diferentes áreas de atuação da gestão estadual na saúde.

Boa leitura!

Cipriano Maia de Vasconcelos

Presidente do Conass

O Conass

Fundado em 03 de fevereiro de 1982, com sede em Brasília, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde tem como MISSÃO constante no Estatuto da Entidade e no seu Mapa Estratégico:

- ❖ articular, representar e apoiar as secretarias estaduais de saúde;
- ❖ formular políticas de Saúde;
- ❖ promover e disseminar informação;
- ❖ produzir e difundir conhecimento;
- ❖ inovar, incentivar a troca de experiência e atuar permanentemente em defesa do SUS.

É reconhecido pela [Lei n. 8.142/1990](#), como entidade representativa do conjunto das SES junto aos fóruns do SUS no Conselho Nacional de Saúde ([CNS](#)), e pela [Lei n. 12.466/2011](#), que acrescenta os artigos 14-A e 14-B à Lei n. 8.080/1990, para dispor sobre as Comissões Intergestores do SUS, o Conass, o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde ([Conasems](#)), suas respectivas composições, e dá outras providências.

A Assembleia do Conass, reunião formada pelos secretários(as) ou seus substi-

tutos legais, ocorre ordinariamente uma vez por mês, em Brasília, no dia anterior à reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e extraordinariamente, quando convocada.

A instância executora do Conass é a Secretaria Executiva (SE), composta por equipe técnico-administrativa e por 14 Câmaras Técnicas Temáticas.

A Secretaria Executiva responde pelo assessoramento técnico à Diretoria e à Assembleia, subsidiando a tomada de decisão da entidade em questões relativas à gestão do SUS, de interesse comum aos secretários estaduais de saúde, e implementando suas deliberações.

Já as Câmaras Técnicas são formadas por representantes titulares e suplentes das secretarias estaduais nas áreas afins, indicados por ofício pelos gestores. Atuam na análise das políticas nacionais, na operacionalização destas e nas propostas de estratégias específicas relacionadas à gestão dos serviços, fortalecendo a integração dos profissionais das SES e a troca de experiências.

Câmaras Técnicas do Conass

- ✱ Atenção à Saúde
- ✱ Atenção Primária à Saúde
- ✱ Assistência Farmacêutica
- ✱ Comunicação em Saúde
- ✱ Direito Sanitário
- ✱ Epidemiologia
- ✱ Vigilância em Saúde Ambiental
- ✱ Gestão e Financiamento
- ✱ Saúde do Trabalhador
- ✱ Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
- ✱ Informação e Informática em Saúde
- ✱ Vigilância Sanitária
- ✱ Qualidade no Cuidado e Segurança do Paciente
- ✱ Laboratórios de Saúde Pública



CONASS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Finalidades do Conass

- ❖ Representar politicamente os secretários estaduais de saúde perante as demais esferas de governo e instâncias do SUS (CIT e CNS);
- ❖ Prestar apoio técnico e político aos secretários e técnicos das secretarias estaduais de saúde;
- ❖ Atuar como órgão de intercâmbio de experiências e informações de seus membros para a implementação das diretrizes do SUS e em obediência às normas em vigor;
- ❖ Buscar consenso nas deliberações.

Programas do Conass

- ❖ Programa de Apoio às Secretarias Estaduais de Saúde;
- ❖ Programa de Cooperação Internacional;
- ❖ Programa de Comunicação;
- ❖ Programa de Produção e Disseminação Técnico Científica;
- ❖ Programa de Desenvolvimento Institucional;
- ❖ Programa de Gestão da Informação em Saúde;
- ❖ Programa de Acompanhamento das Atividades Legislativas no Congresso Nacional.

1

Planejamento no SUS

“

Planejar consiste, basicamente, em decidir com antecedência o que será feito para mudar condições insatisfatórias no presente ou evitar que condições adequadas venham a deteriorar-se no futuro (CHORNY, 1998).

”

O planejamento no Sistema Único de Saúde (SUS) é uma função gestora indelegável. Além de um dever constitucional do Poder Executivo, esse processo é fundamental para assegurar a implementação das ações e serviços de saúde no Sistema, devendo ser desenvolvido de forma contínua, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de governo, a quem compete, em seu âmbito administrativo, formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo de planejamento da saúde.

O arcabouço legal que o orienta define como espaços permanentes de discussão acerca da política de saúde e sua execução, as Comissões Intergestores - Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR), e a Região de Saúde como o espaço territorial no qual as ações e serviços de saúde devem ser planejados e organizados, a fim de atender às necessidades de saúde da população de maneira adequada, com qualidade e em tempo oportuno.

As diretrizes do planejamento no SUS integram a [Portaria de Consolidação n. 1](#), publicada em 2017 que, em seus artigos 94 a 101, estabelece o planejamento ascendente e integrado, do nível local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde da população para a construção das diretrizes, objetivos e metas, e a compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde, Programações Anuais e Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam, o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão.



Os instrumentos de planejamento do SUS

O *Plano de Saúde*, instrumento central de planejamento para definição e implementação das iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade da atenção, configurando-se como base para a execução, o acompanhamento, e avaliação da gestão do sistema de saúde. O financiamento das atividades e programações contidas no Plano deve estar estimado na proposta orçamentária das respectivas esferas de gestão, sendo vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas neste instrumento, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública na área de saúde.

A base para a elaboração do *Plano de Saúde* são as necessidades de saúde da população, identificadas por meio de critérios epidemiológicos, demográficos, socioeconômicos, culturais, cobertura de serviços, entre outros, devendo esse diagnóstico situacional orientar a decisão dos gestores na definição das intervenções prioritárias no território.

A *Programação Anual de Saúde* (PAS) é o instrumento que opera-

cionaliza as intenções expressas e anualiza as metas do *Plano de Saúde*, além de prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados.

O *Relatório Anual de Gestão* (RAG) é o instrumento que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no *Plano de Saúde*.

Cabe ao gestor o envio desses instrumentos (*Plano de Saúde*, PAS, e RAG) aos respectivos conselhos de saúde para aprovação, conforme artigo 41 da [Lei Complementar n. 141/2012](#) que – cumprindo determinação constitucional inserta no artigo 198, § 3º da [Constituição Federal de 1988](#) – estabelece competências específicas aos conselhos de saúde e reforça efetivamente o conceito do planejamento ascendente e a importância da participação da sociedade na formulação das políticas para o setor.

Ainda, no que se refere aos instrumentos que compõem o ciclo de planejamento do SUS, o gestor deve observar os prazos legais para sua elaboração, numa agenda concatenada, para cumprimento das suas atribuições.

A estratégia tripartite para aprimorar a gestão e a governança no SUS

Embora sejam concretos os avanços normativos relacionados ao processo de planejamento do SUS, a complexidade do sistema impõe permanente aperfeiçoamento da gestão em busca da integração e operação das decisões entre os gestores em suas esferas de governo. Nesse sentido, foi lançada, na 4ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite, realizada em 30/04/21, a **estratégia tripartite para aprimorar a gestão e a governança no SUS**.

Decorrente de um esforço concentrado das três esferas governamentais, foram definidos como eixos norteadores dessa estratégia, o *Aprimoramento da Gestão Institucional do SUS* e a *Indução à organização das Redes de Atenção à Saúde nas Macrorregiões*. Compõe esses eixos um conjunto de iniciativas voltadas para o fortalecimento do planejamento ascendente do SUS; o desenvolvimento de competências gestoras na institucionalização de boas práticas de monitoramento e avaliação; e o apoio à implementação do Planejamento Regional Integrado (PRI).

O PRI corresponde à expressão das responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território, e deve evidenciar o conjunto de diretrizes, objetivos, metas, ações e serviços destinados à garantia do acesso e

da resolubilidade da atenção à saúde, por meio da organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e do aprimoramento dos mecanismos de governança regional. São premissas fundamentais na construção desse processo, a análise dos planos de saúde e da situação de saúde, compreendendo a identificação do perfil epidemiológico, da capacidade instalada, dos fluxos de acesso, e dos vazios assistenciais.

As diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS e de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde, encontram-se nas Resoluções CIT n. 23, de 17/06/17 e n. 37, de 22/03/2018. A Resolução CIT n. 44, de 25 de Abril de 2019, define que o acordo de colaboração entre os entes federados, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto n. 7.508/2011, é resultado do Planejamento Regional Integrado.

Ao encontro desse processo, com o propósito de instrumentalizar os gestores e as equipes das Secretarias Estaduais de Saúde, das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e do Ministério da Saúde (MS) para a organização das ações e dos serviços de saúde no SUS, foi elaborado e publicado em setembro de

Espera-se que essas iniciativas estruturantes possam contribuir para a institucionalização do planejamento como atividade capaz de subsidiar a tomada de decisão, enquanto componente fundamental de gestão, bem como para o aperfeiçoamento contínuo da capacidade técnica nos diversos níveis do sistema de saúde.

2018, o documento intitulado **Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado**ⁱ, utilizado como referência no projeto Fortalecimento da Governança, Organização e Integração das Redes de Atenção à Saúde – Regionalização. Essa é uma das iniciativas que compõe a referida estratégia, com os projetos Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS e Rede Colaborativa, operacionalizados via Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional

do Sistema Único de Saúde (**PROADI-SUS**) triênio 2021-2023.

O objetivo do projeto Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS, destinado às secretarias estaduais de saúde, é fortalecer a gestão estratégica estadual, por meio de suporte teórico metodológico às equipes para o monitoramento e avaliação dos Planos Estaduais de Saúde (PES), a implementação dos instrumentos de gestão e o desenvolvimento de competências para melhoria dos processos gerenciais. O projeto Rede Colaborativa, destinado às secretarias municipais de saúde, tem o propósito de consolidar a rede colaborativa, por meio da estratégia do apoiador Cosems, implantada nas 26 unidades federativas em 2017.

Espera-se que essas iniciativas estruturantes possam contribuir para a institucionalização do planejamento como atividade capaz de subsidiar a tomada de decisão, enquanto componente fundamental de gestão, bem como para o aperfeiçoamento contínuo da capacidade técnica nos diversos níveis do sistema de saúde, fortalecendo, nesse sentido, a capacidade de gestão pública da saúde.

No quadro a seguir, saiba mais sobre a trajetória normativa do planejamento do SUS e os referidos projetos de apoio às SES nessa área.

ⁱ Documento atualizado e revisado em julho de 2021, porém não publicado.

NORMATIVA/PROJETO	EMENTA
Lei n. 8.080/90	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
Lei n. 8.142/90	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.
Emenda Constitucional n. 29 (regulamentada pela LC 141/12)	Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.
Portaria GM/MS n. 4.279/10	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Decreto n. 7.508/11	Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.
Resolução CIT n. 1/11	Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011.
Lei Complementar n. 141/12	Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis n.os 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.
Portaria GM/MS n. 2.135/13	Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Resolução CIT n. 10/16	Dispõe complementarmente sobre o planejamento integrado das despesas de capital e custeio para os investimentos em novos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Resolução CIT n. 23/17	Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.
Portaria de Consolidação n. 1/17	Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Título IV - Do Planejamento (art. 94 ao art. 108) Capítulo I - Das Diretrizes do Processo de Planejamento no âmbito do SUS (art. 94 ao art. 101).
Resolução CIT n. 37/18	Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde.
Resolução n. 44/19	Define que o acordo de colaboração entre os entes federados, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto n. 7.508/2011, é resultado do Planejamento Regional Integrado.
Resolução CIT n. 1/21	Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS: Título I - Das Diretrizes de Regionalização e Organização das Redes de Ações e Serviços de Saúde - Capítulo I - Das Diretrizes Para os Processos De Regionalização, planejamento Regional Integrado e Governança das Redes de Atenção à Saúde; Capítulo II Do Processo de Planejamento Regional Integrado e a Organização de Macrorregiões de Saúde e Capítulo V dos Aspectos Complementares de Planejamento, Responsabilidades e Pactuação entre os Entes Federados.
Projeto Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS – Desenvolvido pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC),	Apoia às SES por meio da disponibilização de consultores para integrar e facilitar o desenvolvimento das oficinas de trabalho com as equipes técnicas das SES na realização dos produtos que subsidiam o monitoramento e avaliação dos Planos Estaduais de Saúde (PES) vigentes e na construção dos planos subsequentes. Além disso, também será ofertada a estas equipes, uma plataforma digital de aprendizagem, em formato EAD, com conteúdo identificado por estas equipes, como necessários para aprimoramento de práticas de trabalho.
Projeto Fortalecimento da Governança, Organização e Integração das Redes de Atenção à Saúde – Regionalização – Desenvolvido pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz e pela Beneficência Portuguesa (BP)	Apoia as equipes técnicas dos territórios (SES e SMS), por meio da disponibilização de consultores para integrar e facilitar o desenvolvimento do planejamento regional integrado.

Proposta do Conass

Estabelecimento de um Pacto Emergencial pelo SUS, com medidas a serem adotadas nos primeiros cem dias, com repercussão nos resultados do primeiro ano de governo; um Pacto para os quatro anos de governo, com medidas de expansão e modernização do SUS, a serem adotadas no primeiro ano, com capacidade de resultados esperados ao final do ciclo de governo e a instituição de um Plano Decenal para fortalecimento do SUS, com diretrizes gerais e metas para os próximos dez anos, considerando as mudanças do perfil demográfico e epidemiológico, a incorporação tecnológica, indicadores de desenvolvimento, saúde e meio ambiente e um financiamento vinculado a metas e resultados sanitários.



2

Governança no SUS

Este texto foi elaborado por LOURDES LEMOS ALMEIDAⁱ, Mestre em Saúde Coletiva, Assessora Técnica do Conass na área de Gestão e Planejamento do SUS, por muitos anos. O texto, elaborado em 2016, para introduzir o Conass Debate n. 06 – Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde, mantém-se atual e optamos por reproduzi-lo nesta publicação como uma forma de homenagear a grande profissional que em muito contribuiu para o SUS e para as discussões de gestão e governança, especificamente.

ⁱ LOURDES LEMOS ALMEIDA. Mestre em Saúde Coletiva, Gerente do Núcleo de Gestão e Planejamento do Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde



O federalismo é uma das doutrinas mais importantes para se entender o Estado Moderno Contemporâneo. Um dos seus princípios é a união de estados autônomos formando um sistema nacional comum.

As tensões do federalismo contemporâneo, situadas basicamente entre a exigência da atuação uniformizada e harmônica de todos os entes federados e o pluralismo federal, são resolvidas em boa parte por meio da colaboração e atuação conjunta das diversas instâncias federais. A cooperação se faz necessária para que as crescentes necessidades de homogeneização não desemboquem na centralização. A virtude da cooperação é a de buscar resultados unitários e uniformizadores sem esvaziar os poderes e competências dos entes federados em relação à União, mas ressaltando a sua complementaridade (HESSE, 1991; ROVIRA, 1986).

A definição constitucional das competências comuns dos entes federados aponta para as decisões compartilhadas e para o planejamento/financiamento

comuns das políticas públicas, ou seja, aponta para a conjugação de esforços na prestação dos serviços públicos. As decisões compartilhadas dependem da cooperação que possibilita a gestão conjunta de interesses e serviços (ALMEIDA, 2013).

Os arranjos cooperativos estão particularmente vocacionados à prossecução dos dissensos razoáveis (GARRIDO, 1996) ou das soluções discursivamente validadas e à transposição das assimetrias regionais (HABERMAS, 2003).

Portanto, a composição do Estado Federativo brasileiro aumenta a importância da institucionalização das relações intergovernamentais. Nesse contexto, em que a autonomia é permanentemente negociada, o processo de consolidação de referenciais institucionais, que balizem as relações intergovernamentais, torna-se particularmente relevante porque permite estabilizar essas relações.

O estudo das relações intergovernamentais tem despertado o interesse de vários autores que as definem como “uma ten-

tativa de superação das análises tradicionais acerca dos sistemas unitários e federais” (AGRANOFF, 1962) e “um importante contingente de atividade ou interações que têm lugar entre unidades de governo de todo o tipo e nível dentro do sistema federal” (ANDERSON, 1962).

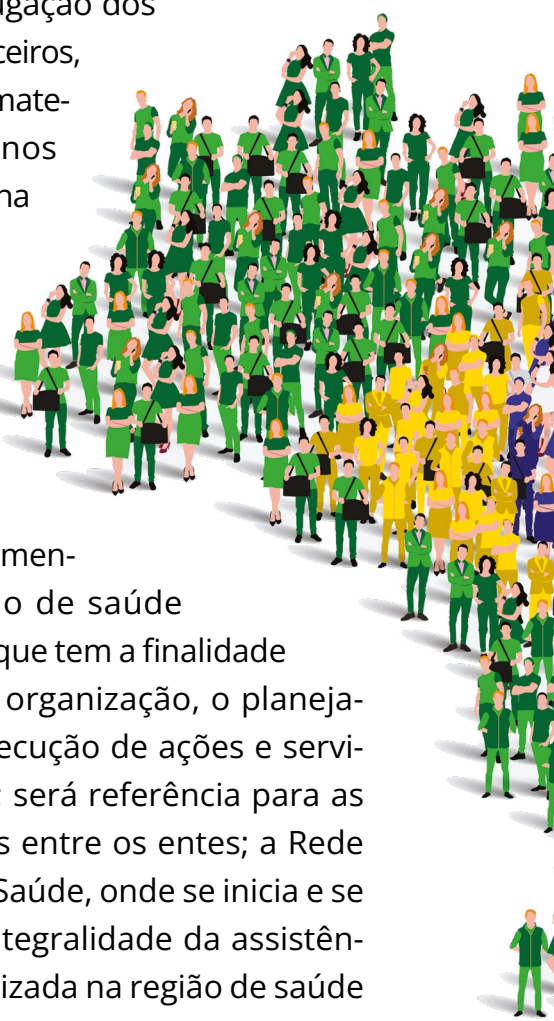
Conforme Wright (1997), as relações de autoridade estabelecidas entre as esferas de governo podem ser definidas em três tipos clássicos: a) autoridade coordenada, com grande autonomia e independência entre as esferas de governo, mas com uma necessidade de coordenação conjunta; b) autoridade igual (ou superposta), com equivalências na distribuição do poder institucional e uma relação de negociação entre as esferas de governo; c) autoridade dominante (ou inclusa), com assimetrias na distribuição do poder institucional e com uma clara relação hierárquica entre as esferas de governo (WRIGHT, 1997).

A Constituição Federal, nos seus artigos 196 a 200, estabelece os princípios, diretrizes e competências do SUS, mas não aborda 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 apresentado na Lei nº 8.080, de 19/9/1990, que estabelece, no artigo 15, as atribuições comuns das três esferas de governo de forma bastante genérica, além de abranger vários campos de atuação. Nos artigos 16 a 19, são definidas as competências de cada gestor do SUS, ou seja, a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios (BRASIL, 1988).

Além disso, no art. 198, a Constituição Federal estabelece que 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: descentralização; atendimento integral; e participação da comunidade. O art. 7º da Lei nº 8.080/1990, que trata dos princípios do SUS, refere-se à descentralização, mas também remete à regionalização, à conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos dos três entes na prestação dos serviços à população (BRASIL, 1990).

O Decreto nº 7.508/2011 menciona a região de saúde como espaço que tem a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde; será referência para as transferências entre os entes; a Rede de Atenção à Saúde, onde se inicia e se completa a integralidade da assistência será organizada na região de saúde (BRASIL, 2011).

No contexto da regionalização, as relações intergovernamentais devem ser analisadas como um dos componentes de uma nova prática na gestão, denominada governança, considerada um fenômeno mais amplo que governo ou que governabili-



dade, pois, além das instituições públicas, ela é constituída também por mecanismos informais que não são governamentais, o que permite que outros atores, como a sociedade e as organizações envolvidas, participem desse processo em que interesses, embora muitas vezes divergentes, podem ser organizados e direcionados segundo objetivos comuns, negociados, de modo a assegurar o direito ao acesso universal à saúde.

Nesse processo, há forte interdependência federativa – nos procedimentos de formulação e implementação de políticas, na organização e gestão de redes de atenção à saúde –, sendo que as estratégias e os instrumentos de coordenação intergovernamental assumem papel de destaque na regionalização (CAMPOS, 2006; FLEURY e OUVÉRY, 2007; VIANA e LIMA, 2011; SANTOS e ANDRADE, 2011 apud LIMA et al., 2015). As relações de autoridade estabelecidas entre as esferas de governo são de autoridade igual – ou superposta –, com equivalências na distribuição do poder institucional e uma relação de negociação entre as esferas de governo.

A dinâmica política desse processo de regionalização está profundamente vin-

culada às relações intergovernamentais e interfederativas de três esferas de poder autônomas e requer a busca do equilíbrio entre elas, pois, nos processos decisórios compartilhados, necessitam lidar com elementos como solidariedade, cooperação, conflito e competição para efetivar a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em um contexto democrático, em uma realidade plural marcada por desigualdades regionais importantes.

Os acordos de cooperação, que produzem o bem público mediante a ação conjunta de vários atores, devem expressar ganhos de escala, redução dos riscos e dos custos envolvidos no desenvolvimento de novos conhecimentos e tecnologias.

Nesse modelo, deve ser enfatizada interdependência entre os atores envolvidos em termos de recursos e capacidades e que, apesar disso, mantêm sua autonomia, ou seja, não estão, a princípio, submetidos às mesmas estruturas características das hierarquias. As relações caracterizam-se por sua horizontalidade, o que não implica dizer que os atores sejam iguais em termos de autoridade e/ou alocação de recursos. Entretanto, dada a sua interdependência, possuem a consciência de que os resultados só serão alcançados em parceria (TORFING, 2005).

A governança no SUS não se constitui apenas nos fóruns intergovernamentais, uma vez que precisam fazer parte dela os atores governamentais e não governamentais situados em um território e integrados em propósitos comuns; a intersetorialidade deve ser exercida, com a participação de vários atores do território com a coordenação do estado; deve haver o exercício do



controle social sobre os agentes públicos para verificar a responsabilidade e eficácia da ação pública; devem ser observadas a descentralização e a autonomia dos atores políticos e a formulação de políticas públicas por meio de audiências, consultas públicas e conferências; é preciso maior transparência com a implantação de mecanismos eficazes de prestação de contas; a sociedade deve participar na gestão pública.

A prática da governança no SUS precisa ser fortalecida, nessa lógica de inclusão de todos os atores que estão atuando nas regiões de saúde, território que é referência para a organização das ações e dos serviços de saúde e para a transferência de recursos entre os

entes federativos, como decorrência das normas do SUS.

Considerando a complexidade dessas relações, deve ser analisada a possibilidade de sua regulamentação ou a promulgação de normas que as protejam, reduzindo o seu caráter casuístico, amparando-as em regras claras e diminuindo a incerteza e a instabilidade presentes (ALMEIDA, 2013).

Com a intenção de contribuir para a ampliação da discussão sobre o tema, sugerimos a leitura [Conass Debate n. 06 – Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde](#) que reúne o resultado de estudos realizados sobre a evolução do tema Governança ao longo dos anos.



Consulte as referências desse capítulo no QR Code ao lado

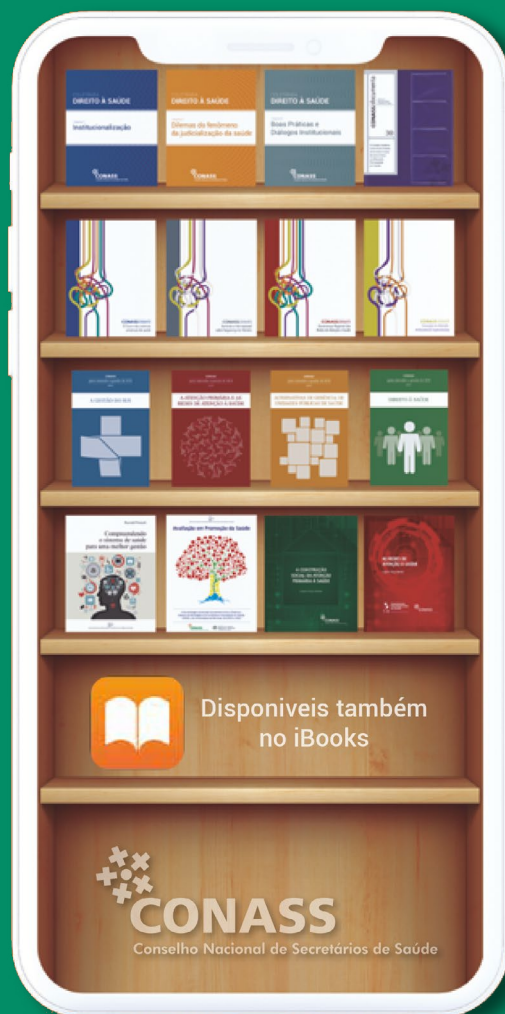
De 2016, quando este texto foi publicado, até os dias de hoje, verificamos movimentos buscando o fortalecimento da governança no SUS. A Comissão Intergestores Tripartite - CIT pactuou as Resoluções CIT nº 23/2017 e nº 37/2018, estabelecendo diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde - RAS no âmbito do SUS, propondo às Comissões Intergestores Bipartite - CIB a instituição, em espaços regionais onde se organizam as RAS, observadas as realidades locais, dos Comitês Executivos de Governança das RAS, de natureza

técnica e operacional, com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento das RAS, contemplando a participação dos diversos atores envolvidos, incluindo os prestadores de serviços, o controle social e representantes do Ministério da Saúde. Além dessas atribuições, os Comitês Executivos de Governança das RAS, devem contribuir para o fortalecimento das Comissões Intergestores Regionais - CIR como espaço de governança regional e de gestão, envolvendo os três entes federados para a implementação do processo de planejamento regional integrado visando a organização das RAS.

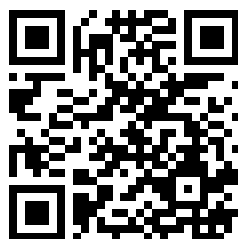
3

Financiamento do SUS

BIBLIOTECA DIGITAL DO CONASS



Tenha acesso a centenas de publicações sobre a gestão do SUS, disponíveis gratuitamente na biblioteca digital do Conass. É só baixar e compartilhar!





A Constituição Federal de 1988 determina que as três esferas de governo – federal, estadual e municipal – financiem o Sistema Único de Saúde, gerando receita necessária para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde. Planejar esse financiamento, promovendo arrecadação e repasse necessários de forma a garantir a universalidade e integralidade do sistema, tem se mostrado, no entanto, uma questão bem delicada. As restrições orçamentárias para o setor e a necessidade premente de superá-las fazem com que as discussões sobre o financiamento ocupem constantemente a agenda dos movimentos sociais e políticos que atuam em defesa do SUS.

Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos na Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012, são consideradas como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

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

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

Pela LC n. 141/2012, são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:

- ❖ vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
- ❖ atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
- ❖ capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde;
- ❖ desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
- ❖ produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;
- ❖ saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo conselho de saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;
- ❖ saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;
- ❖ manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
- ❖ investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;
- ❖ remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;
- ❖ ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e
- ❖ gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

De acordo com LC n. 141/2012, não são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas decorrentes de:

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

Municípios devem aplicar, anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde, cabendo aos estados e ao Distrito Federal 12%, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios.

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

Os percentuais de investimento financeiro dos municípios, estados e União no SUS são definidos atualmente pela Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012, resultante da sanção presidencial da Emenda Constitucional n. 29.

Por esta lei, municípios devem aplicar, anualmente, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde cabendo aos estados e ao Distrito Federal 12% (doze por cento), deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios. No caso do Distrito Federal, a aplicação desse percentual se dará sobre o produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal.

No caso da União, o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado anualmente em ações e serviços públicos de saúde, vêm sofrendo alterações, desde a Constituição Federal de 1988, conforme a seguir detalhado:



- ❖ 1988 – Constituição Federal – 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS) menos o seguro-desemprego;
- ❖ 2000-2015 – EC nº 29/2000 – valor empenhado no ano anterior acrescido da variação nominal do PIB;
- ❖ 2015-2016 – EC nº 86/2015 – de 13,2% (2016) a 15% (2020) da Receita Corrente Líquida-RCL;
- ❖ 2016-2021 – EC nº 95/2016 – 15% da RCL (2017) acrescido do IPCA (julho a junho);
- ❖ 2021-atual – EC nº 113/21 – 15% da RCL (2017) acrescido do IPCA (janeiro a dezembro).

Demonstrando o comparativo do Piso Constitucional em Saúde pela EC n. 95 – 113 em bilhões de reais:

ITEM	RCL/PISO APURADO EM R\$ BILHÕES
Receita corrente Líquida - RCL 2017	727,3
Piso 2017 (15% da RCL)	109,1
Piso 2018 (Piso 2017 + IPCA 3,0%)	112,4
Piso 2019 (Piso 2018 + IPCA 4,39%)	117,3
Piso 2020 (Piso 2019 + IPCA 3,37%)	121,2
Piso 2021 (Piso 2020 + IPCA 4,52%)	127,0
Piso 2022 (Piso 2021 + IPCA 10,06%)	139,8
Piso 2023 (Piso 2022 + IPCA 7,2%)*	149,9

Fonte: SPO/MS

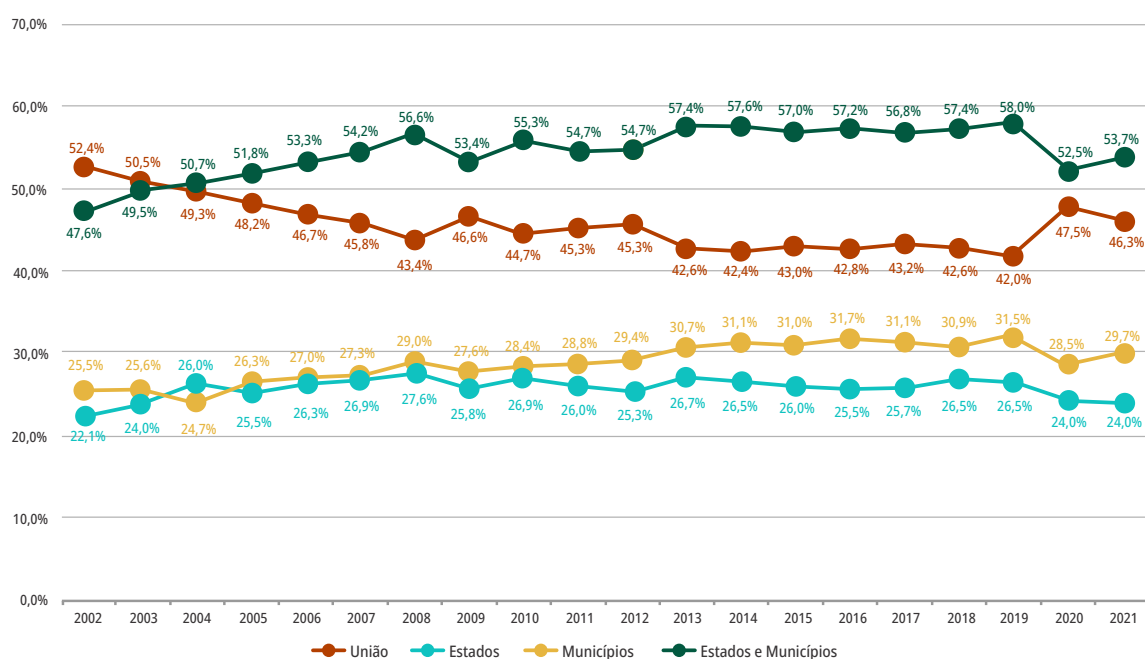
* Percentual previsto pela SOF/ME

A Lei Complementar n. 101 de 04 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), determina que em até 30 dias da publicação dos orçamentos, observada a Lei de Diretrizes Orçamentárias, o Poder Executivo estabelecerá a programação financeira e o cronograma de execução mensal de desembolso, sendo que os recursos legalmente vinculados à finalidade específica serão utilizados exclusivamente para atender ao objeto de sua vinculação, ainda que em exercício diverso daquele em que ocorrer o ingresso.

É importante observar que ao longo dos anos, segundo dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), os entes subnacionais vêm aportando mais recursos em ações e serviços públicos em saúde do que a União. Isso fica claro no quadro ao lado.

A interdependência entre as esferas da federação permite gerar complementaridades que ampliam a capacidade para resolver problemas típicos da gestão em saúde

Dimensionamento do Gasto público em ASPS por esfera – 2002 a 2021



Fonte: SIOPS/DESID/MS

Ressalta-se que, no exercício de 2020 e 2021, houve o impacto dos Créditos Extraordinários para Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus – Covid-19, por parte da União.

Em 2021, os estados, o Distrito Federal e os municípios aplicaram, de suas receitas próprias em ações e serviços públicos em saúde, R\$ 11,4 bi e R\$ 40,0 bi, respectivamente, acima do mínimo constitucional, conforme o Siops.

Propostas do Conass

Revogar a Emenda Constitucional nº 95.

Contemplar um crescimento progressivo do orçamento do Ministério da Saúde, passando dos atuais 1,7% para 2,9% do Produto Interno Bruto (PIB) em gasto público federal em saúde até o ano de 2026, totalizando 5% do PIB, com vistas a alcançar a meta de 6% no plano decenal, conforme definido pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS) para os países da região das Américas.



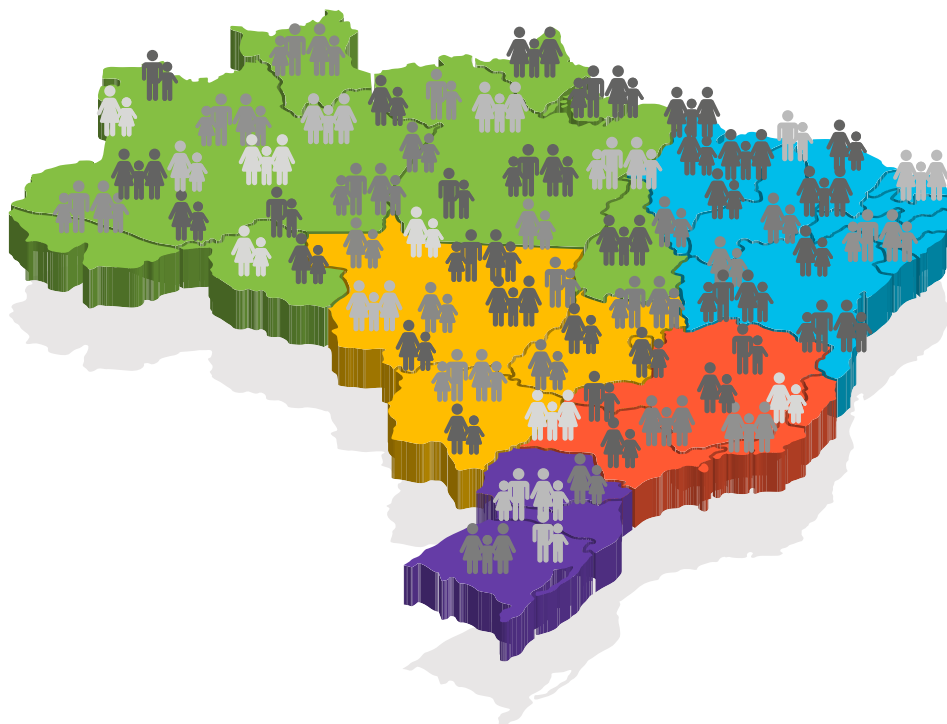
4

Regionalização

“

Não sabendo que era
impossível, ele foi lá e fez
(Jean Cocteau)

”



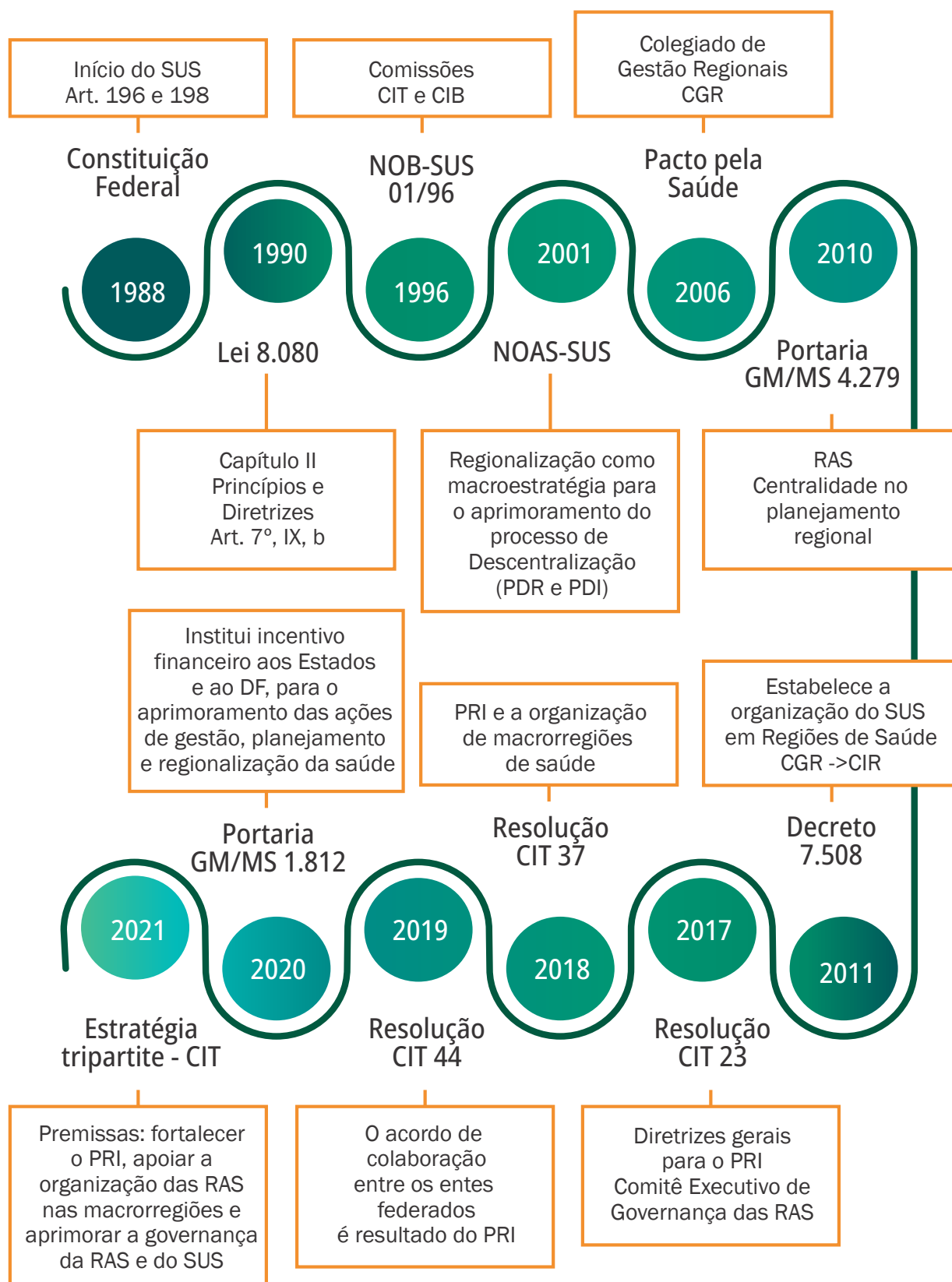
O avanço no desempenho do SUS implica a adoção de medidas que, do ponto de vista da organização da prestação de serviços de saúde e de sua gestão, considerem as mudanças do perfil epidemiológico da população, a distribuição da carga de doenças, analisando, especialmente, a dimensão continental do país, caracterizado por iniquidades sociais e regionais importantes e que ainda enfrenta uma crise em seu modelo de atenção à saúde, em razão da incoerência entre a situação epidemiológica, caracterizada pelo predomínio das condições crônicas (cerca de 75% da carga de doença), e a forma de organização do sistema, voltado, historicamente, para atender às condições agudas.

A Constituição Federal (CF), no artigo 198, estabelece que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. O art.

7º da Lei n. 8.080/1990, que trata dos princípios do SUS, refere-se à descentralização, mas também remete à regionalização como a resposta mais eficaz para reduzir a fragmentação dos sistemas de saúde, com vistas à ampliação do acesso e da resolutividade das ações e serviços de saúde.

Do ponto de vista normativo, o processo de municipalização da gestão da saúde no Brasil, determinado pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) n.os 01/93 e 01/96, precedeu o da regionalização. Em que pese seus inegáveis avanços, a necessidade de atuar na fragmentação do sistema de saúde, com vistas a ampliação do acesso e da resolutividade das ações e serviços de saúde, resultou na publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas n. 01/2002), definindo como macroestratégia para o aprimoramento do processo de descentralização a regionalização, bem como em outros movimentos destinados ao fortalecimento dessa diretriz, conforme linha do tempo a seguir.

Linha do tempo do processo de Regionalização no SUS



Fonte: Elaboração própria, a partir da seleção das normativas

Mas por que regionalizar? A interdependência entre as esferas da federação permite gerar complementaridades que ampliam a capacidade para resolver problemas típicos da gestão em saúde, como: dificuldades de aquisição de equipamentos e insumos de alto custo; contratação de profissionais especializados; escassez da oferta de determinados serviços, entre outros, possibilitando a ampliação do acesso e da resolutividade das ações e serviços de saúde. Para tanto, demanda um processo de articulação funcional em busca da integração das ações e serviços de saúde, em uma ampla rede de atenção à saúde (RAS), fundamentada em um trabalho coordenado entre as unidades de saúde de diversos níveis e densidades tecnológicas, a partir de mecanismos clínicos, gerenciais e de governança que permitam aos usuários uma atenção contínua e integral, abrangendo a promoção, a prevenção, a cura e a reabilitação.

A RAS compreende arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes proporções tecnológicas, integrada por sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, que buscam garantir o acesso da população e a integralidade do cuidadoⁱ. As competências e responsabilidades dos pontos de atenção da RAS devem estar correlacionadas com abrangência de base populacional, aces-

sibilidade e escala para conformação de serviços, devendo ser observadas as pactuações entre o estado e os municípios no processo de regionalização, inclusive parâmetros de escala e acesso.

Nesse sentido, é fundamental consolidar a implementação da regionalização e a organização da RAS, abrangendo territorialmente os espaços municipal, regional e macrorregional, a fim de assegurar o acesso aos níveis secundário e terciários de atenção à saúde, ordenado pela atenção primária à saúde, sendo o Planejamento Regional Integrado (PRI) o instrumento indutor desse processo. Orientado por práticas de gestão mais coletivas, contínuas e interdisciplinares, o plano regional se expressa em acordos políticos-administrativos, que se materializam no compartilhamento de recursos, com base na dinâmica e realidade local, bem como na consolidação de uma governança solidária e corresponsável, entre os municípios que integram os espaços regionais, os estados onde estão localizados, e a união - que tem o papel de zelar pelo cumprimento das diretrizes e das políticas de saúde pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite.

Nesse contexto, as relações intergovernamentais devem ser analisadas como um dos componentes de uma nova prática na gestão, denominada governança, considerada um fenômeno mais amplo que governo ou governabilidade, pois, além das instituições públicas, ela é constituída

i Portaria de Consolidação n. 03, de 28 de setembro de 2017

também por mecanismos informais que não são governamentais, o que permite que outros atores como a sociedade civil e as organizações envolvidas participem desse processo, em que interesses, por vezes divergentes, podem ser organizados e direcionados segundo objetivos comuns, negociados de modo a assegurar o direito do cidadão ao acesso – universal, resolutivo e oportuno – à saúde.

Propostas do Conass

Avançar na implementação da regionalização, coordenada pela Gestão Estadual do SUS, abrangendo territorialmente os espaços municipal, regional e macrorregional, a fim de assegurar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção à saúde, ordenado pela atenção primária à saúde.

Consolidar uma governança solidária e corresponsável, por meio de acordos políticos-administrativos que se materializem no compartilhamento de recursos, com base na dinâmica do território, entre os municípios que integram esses espaços, os estados onde estão localizados, e a União - que tem o papel de zelar pelo cumprimento das diretrizes e das políticas de saúde pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite.

Fortalecer as Macrorregiões de Saúde, que devem expressar as responsabilidades dos gestores em relação à população do território, incluindo a garantia de um financiamento que dê suporte a um sistema público universal de qualidade, bem como estabelecer um sistema de inter-relações entre diferentes atores sociais (governos, organizações públicas e privadas, cidadãos) no espaço territorial ampliado.

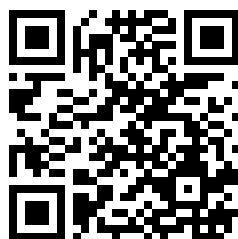
5

As Redes de Atenção à Saúde

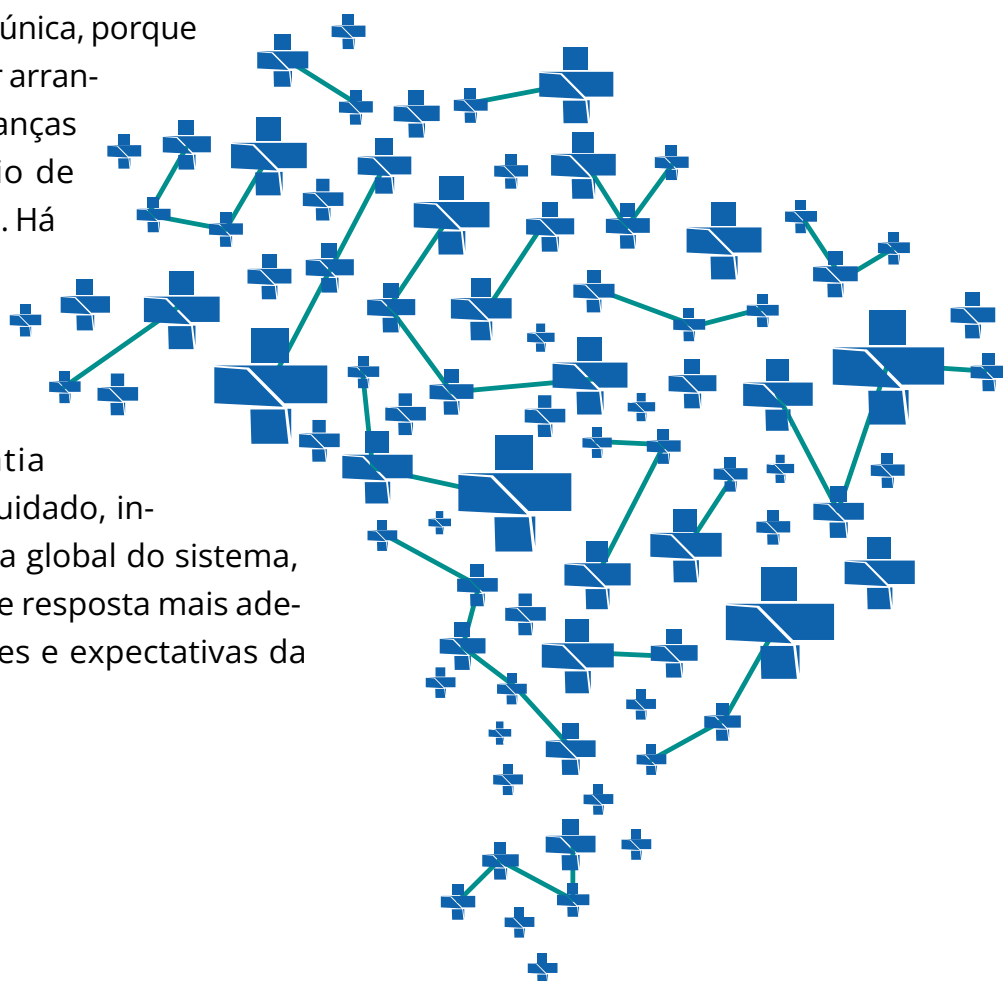
BIBLIOTECA DIGITAL DO CONASS



Tenha acesso a centenas de publicações sobre a gestão do SUS, disponíveis gratuitamente na biblioteca digital do Conass. É só baixar e compartilhar!



A Organização Pan-Americana da Saúde publicou em 2010, um documento de posição sobre Redes de Atenção à Saúde (RAS) como orientação para sua implementação nos países da região das Américas. Esse documento resultou da Resolução CD49.R22 de 2009 (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2009) e inicia-se com a identificação do problema principal dos sistemas de atenção à saúde, que é a fragmentação que leva a dificuldades de acesso, baixa qualidade dos serviços, uso irracional e ineficiente dos recursos disponíveis, aumento dos custos e pequena satisfação das pessoas usuárias com os serviços prestados. A resposta a esse problema está na estruturação de RAS, organizações que prestam serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve. Essas redes não requerem que todos os serviços que a compõem sejam de propriedade única, porque podem se articular por arranjos contratuais ou alianças estratégicas por meio de uma integração virtual. Há evidências de que as RAS podem apresentar bons resultados: melhoria do acesso aos serviços, garantia da continuidade do cuidado, incremento da eficiência global do sistema, diminuição de custos e resposta mais adequada às necessidades e expectativas da população.



As RAS devem operar com um conjunto de atributos:

- ❖ População e território definidos e amplo conhecimento das necessidades e preferências da população para organizar a oferta dos serviços;
- ❖ extensa rede de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de enfermidades, reabilitação e cuidados paliativos e que integra programas focalizados em doenças, riscos e populações, os serviços de saúde das pessoas e os serviços de saúde pública;
- ❖ um primeiro nível de atenção multidisciplinar que engloba toda a população e serve como porta de entrada ao sistema, que integra e coordena a atenção à saúde, além de satisfazer à maior parte das necessidades de saúde da população;
- ❖ prestação de serviços especializados no lugar mais apropriado em que se organizam, preferencialmente em ambientes não hospitalares;
- ❖ existência de mecanismos de coordenação assistencial ao longo de todo o contínuo dos serviços de saúde;
- ❖ atenção à saúde centrada na pessoa, na família e na comunidade, levando em conta as particularidades culturais e de gênero e os níveis de diversidade da população;
- ❖ um sistema de governança único para toda a rede;
- ❖ participação social ampla; gestão integrada dos sistemas de apoio clínico, administrativo e logístico;
- ❖ recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e valorizados pela rede;
- ❖ sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com dados relativos a sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes; e
- ❖ financiamento adequado e incentivos financeiros alinhados com as metas da RAS.

Os gestores e os prestadores de serviços de saúde dispõem de um conjunto de instrumentos de política pública e de mecanismos institucionais que ajudam a conformar as RAS. O SUS aderiu a essa proposta e construiu uma base normativa forte para sua implantação, contida na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 e no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

Há lições aprendidas das implementações de RAS na região das Américas e as mais importantes são: os processos de integração são difíceis, complexos e de longo prazo; exigem mudanças sistêmicas amplas e não são compatíveis com intervenções pontuais; requerem compromisso dos gestores e dos prestadores de saúde; e a integração dos serviços não significa que tudo tenha que estar integrado em uma modalidade única, porque há múltiplos níveis e formas de integração que podem coexistir em um mesmo sistema. Os esforços de reestruturação devem começar a partir das estruturas reais existentes.

A implementação das RAS gera resistências às mudanças nos campos individual e organizacional. Por outro lado, a experiência de integração permite identificar fatores facilitadores para a implementação de RAS: compromisso e apoio político de alto nível; disponibilidade de recursos financeiros; liderança da autoridade sanitária e dos gestores; desconcentração e flexibilidade da gestão local; incentivos financeiros e não

financeiros alinhados com a perspectiva das RAS; cultura de colaboração e trabalho em equipe; participação ativa de todas as partes interessadas; e gestão baseada em resultados.

As prioridades da implementação das RAS devem ser dirigidas aos seguintes atributos: sistemas de informação; governança; gestão de sistema de apoio e logísticos; financiamento e incentivos; primeiro nível de atenção; recursos humanos; mecanismos de coordenação assistencial; e foco na atenção à saúde.

Nas RAS, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Assim, não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) e os sistemas de apoio e logístico, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção de distintas densidades tecnológicas.

Todos os componentes das RAS são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos dessas redes, sendo fundamental que a APS seja robusta, resolutiva e de qualidade, para ordenar o fluxo da rede.

A incoerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde, praticado hegemonicamente, constitui o problema fundamental do SUS e, para ser superado, envolve a implantação efetiva das RAS.

Atenção Primária nas Redes de Atenção à Saúde

O primeiro nível de atenção à saúde no SUS se dá por meio da APS, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revisada em 2017 e reafirmando que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a estratégia prioritária para a APS no SUS.

Um dos problemas mais prevalentes na análise da APS é uma visão estereotipada de que os cuidados primários são simples. Os cuidados primários cuidam das condições de saúde mais frequentes, mas isso não significa que essas condições são necessariamente mais simples, há condições que são de manejo muito complexo. A interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde implica exercitá-la de forma a obedecer a certos atributos e a desempenhar algumas funções.

Só haverá uma APS de qualidade quando os seus sete atributos estiverem sendo operacionalizados, em sua totalidade. Os primeiros quatro são os essenciais:

- ❖ Primeiro Contato (Acesso)
- ❖ Longitudinalidade
- ❖ Integralidade
- ❖ Coordenação do Cuidado

Os outros três são os derivados:

- ❖ Competência Cultural
- ❖ Orientação Familiar
- ❖ Orientação Comunitária

Da mesma forma, uma APS como estratégia só existirá se ela cumprir suas três funções essenciais:

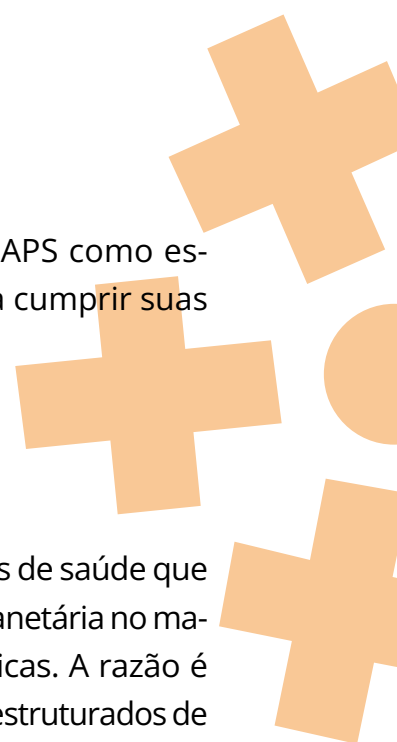
- ❖ Resolubilidade
- ❖ Comunicação
- ❖ Responsabilização

Há uma crise nos sistemas de saúde que se manifesta em escala planetária no manejo das condições crônicas. A razão é que esses sistemas estão estruturados de forma fragmentada e não dão conta de estabilizar as condições de saúde. Por essa razão, há que se transitar dos sistemas fragmentados para sistemas organizados em redes coordenadas pela APS (RAS).

As RAS têm um componente fundamental que são os modelos de atenção à saúde e, no caso das condições crônicas, predominantes no país, há que se aplicar modelos dirigidos especificamente a essa situação.

Cabe ressaltar que os estudos sobre impactos nos resultados das condições crônicas mostram que as ações de promoção da saúde são responsáveis por 30% desses resultados, as intervenções de prevenção da saúde que envolvem mudanças de comportamentos e estilos de vida são responsáveis por 50% dos resultados e as intervenções clínicas são responsáveis somente por 20% dos resultados.

Como se pode observar, a APS tem um papel fundamental na organização da RAS.



Ressalta-se que muitos avanços foram conquistados, como na estrutura, nos processos e nos resultados, na equidade do acesso e reconhecimento internacional.

A base de dados do CNES/Datasus/MS de outubro de 2022, aponta que existem no país:

- ✱ 50.962 equipes da Estratégia Saúde da Família
- ✱ 5.210 equipes de APS
- ✱ 5.904 equipes de saúde bucal
- ✱ 111 equipes de saúde fluvial
- ✱ 231 equipes de consultórios de rua
- ✱ 5.530 equipes ampliadas de apoio à saúde da família
- ✱ 291.346 agentes comunitários de Saúde

A cobertura da ESF do SUS é de 76.08%ⁱ, o que corresponde a 15 vezes a população de Portugal, 4 vezes a população do Canadá e 2,8 vezes a população da Inglaterra.

Entretanto, são muitas as fragilidades, como por exemplo: o modelo de ensino médico é centrado na especialização; baixos salários dos generalistas frente aos especialistas; maior incremento das responsabilidades clínicas da APS; cumprimento de carga horária; APS não frequenta as manchetes da grande mídia e não gera notícia positiva sobre saúde; população vê APS como medicina de baixa qualidade e prefere especialista; gestores preferem investir em unidades de atenção especializada e hospitais,

que dão mais visibilidade política, isso subfinancia e fragiliza a APS; fragilidade no apoio diagnóstico; enfermeiro divide o tempo entre a gestão e a clínica; em alguns casos, fragilidade do Controle Social; e o modelo de Atenção à Saúde hegemônico.

Enfim, a APS é um ponto de atenção imprescindível para o manejo adequado dos eventos agudos; somente com uma APS de qualidade se pode manejar, adequadamente, as condições crônicas não agudizadas, estabilizando-as e introduzindo o autocuidado apoiado; a organização da APS é uma condição necessária para a organização eficiente e efetiva da atenção ambulatorial especializada; a organização da APS é uma condição necessária para a organização eficiente e efetiva da atenção hospitalar; e os investimentos em APS são custo-efetivos e aumentam a eficiência dos sistemas de saúde.

Com o objetivo de assessorar as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), na organização das RAS, a qualificação da APS e a integração entre os vários pontos de atenção, o Conass desenvolveu uma proposta intitulada “Planificação da Atenção à Saúde (PAS) – um instrumento de gestão e organização da APS, da AAE e da Atenção Hospitalar (AH) nas RAS”.

A PAS tornou-se uma grande oportunidade para a qualificação da resposta do sistema de saúde à população (CONASS, 2018). Pode ser compreendida

ⁱ base de dados do e-Gestor APS do Ministério da Saúde em outubro de 2022.

A PAS propicia mudanças na organização das unidades de saúde e nos processos de trabalho dos profissionais, desenvolvendo a competência das equipes para o planejamento e organização da atenção à saúde.

como uma mudança no *modus operandi* das equipes e serviços, buscando a efetividade das RAS. A partir dessa proposta, desenvolve-se a competência das equipes para o planejamento e organização da atenção à saúde com foco nas necessidades dos usuários sob a sua responsabilidade, baseando-se em diretrizes clínicas, de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).

A PAS é uma proposta que vai além de uma simples capacitação, pois propicia mudanças na organização das unidades de saúde e nos processos de trabalho dos profissionais, desenvolvendo a competência das equipes para o planejamento e organização da atenção à saúde, com foco nas necessidades dos usuários sob sua responsabilidade, baseando-se no MACC (CONASS, 2018).

A fundamentação teórica da PAS está descrita nos livros publicados pelo Conass e pela Opas, com foco na implantação das RAS: as redes de atenção à saúde (OPAS, 2011); o cuidado das condições crônicas na APS: o imperativo

da consolidação da estratégia da saúde da família (OPAS, 2012); a construção social da Atenção Primária à Saúde (CONASS, 2015); e atualmente, com a Pandemia da Covid-19, a Terceira Onda (MENDES, 2020). Utiliza-se o MACC, proposto por Mendes para o Sistema Único de Saúde (SUS), a partir dos modelos da Pirâmide de Risco da Kaiser Permanente (BENGOA, PORTER e KELLOGG, 2008), dos Cuidados Crônicos (WAGNER, 1998) e dos Determinantes Sociais da Saúde (DAHLGREN e WHITEHEAD, 1991).

A estruturação da APS deu-se por meio da implantação dos Macros e Microprocessos, propostos por Mendes (2018), na Construção Social da APS, mais entendida como “Metáfora da Construção de uma Casa”, com vários momentos para a organização dos macroprocessos, que permitem dar resposta satisfatórias às diferentes demandas. A organização dos macroprocessos foi baseada na metodologia de gerenciamento de processos, por meio dos Ciclos de Melhoria Contínua (PDSA), que inclui um conjunto de ações gerenciais, em uma sequência dada pela ordem estabelecidas pelas letras que compõem a sigla em inglês (plan, do, study, act) (CONASS DOCUMENTA 31, 2018).

Com o caminhar da PAS, o Conass desenvolveu os Laboratórios de Inovação na Atenção às Condições Crônicas (LIACC) em Curitiba, no Paraná, com relação ao MACC; em Tauá, no Ceará, referente aos

macroprocessos da APS; em Santo Antônio do Monte, em Minas Gerais, os macroprocessos da AAE, na região de Maringá, no Paraná, a organização nas RAS, da APS e AAE, e atualmente, a integração da atenção perinatal hospitalar nas maternidades da região de Caxias, no Maranhão e nas maternidades do estado de Rondônia, além do Centro Colaborador no município de Uberlândia, Minas Gerais, demonstrando que a organização dos processos de trabalho é capaz de transformar, qualificar e integrar os níveis de atenção em RAS.

A PAS vem sendo desenvolvida por meio do PROADI-SUSⁱⁱ, por dois hospitais, o Beneficência Portuguesa e o Albert Einstein. O primeiro em 25 Regiões de Saúde dos estados de Rondônia, Maranhão, Goiás, Distrito Federal e Rio Grande do Sul. O Einstein desenvolve o Planifica e está presente em 26 regiões de 20 estados: AC, AM, BA, DF, MA, MG, MS, MT, PA, PB, PE, PI, PR, RJ, RN, RO, RR, RS, SC e SE.

Há também um Centro Colaborador da PAS em Uberlândia, no estado de Minas Gerais, fruto de uma cooperação técnica entre o Conass e o município, com a aquiescência da SES/MG.

Esses projetos têm como objetivo implantar a metodologia da Planificação, visando integrar e fortalecer os níveis de Atenção Primária, Atenção Ambulatorial Especializada e Atenção Hospitalar.

No desenvolvimento da PAS destacam-se grandes potencialidades como: o envolvimento e a integração dos gestores e trabalhadores da saúde; a organização dos processos de trabalhos das equipes; a integração dos profissionais das equipes e destes, com os usuários; a rápida visibilidade da organização da APS pela população; a integração das equipes da APS e AAE e o ganho na qualidade da atenção prestada.

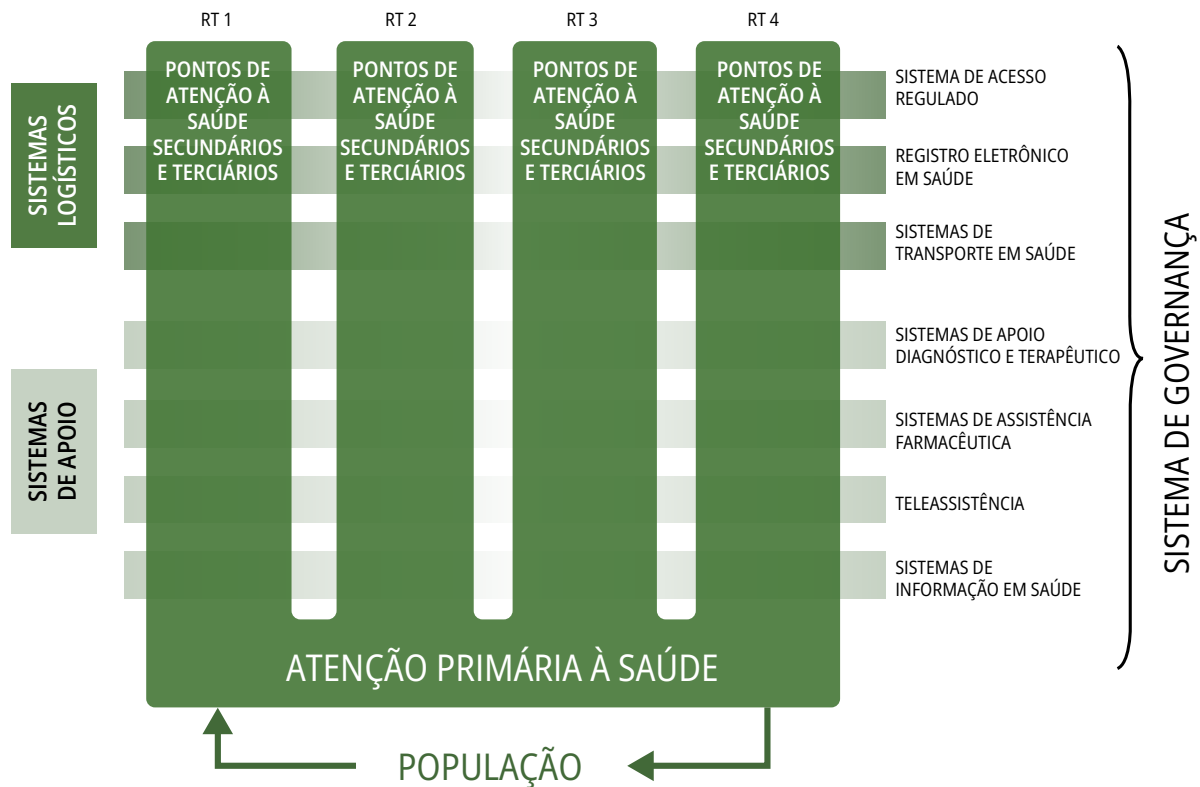
Essa experiência tem sido estudada, inclusive, com pesquisas externas realizadas pela PUC/PR, UFMG, IMIP e USP, apontando o caminho a ser seguido.

Importante ainda destacar que no âmbito da Atenção Primária à Saúde existem dois grandes programas governamentais destinados ao provimento de profissionais de saúde, especialmente médicos, são eles: o Programa Mais Médicos e o Programa Médicos para o Brasil. Criados em contextos distintos, ambos são importantes instrumentos para enfrentar a dificuldade de provisão de médicos nos pequenos municípios, em áreas remotas do país e nas periferias dos grandes centros urbanos.

Acerca disso, também foi criada a Agência Nacional de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde - ADAPS, no formato institucional de entidade de serviço social autônomo, com a missão de incrementar o acesso a serviços e soluções da APS.

ii PROADI-SUS é o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde instituído por meio de um cooperação entre seis hospitais de referência no Brasil e o Ministério da Saúde. Criado em 2009, seu propósito é apoiar e aprimorar o SUS por meio de projetos de capacitação de recursos humanos, pesquisa, avaliação e incorporação de tecnologias, gestão e assistência especializada demandados pelo Ministério da Saúde.

A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde



Fonte: MENDES EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

Alguns resultados concretos

Algumas experiências inovadoras desenvolvidas no Centro Colaborador PAS Uberlândia, merecem destaque, como a implantação do ciclo de atenção contínua, onde a equipe da atenção primária, da atenção especializada e pessoas usuárias se encontram, e embasadas em novas tecnologias de manejo das condições crônicas, elaboram planos de cuidados interdisciplinar, com o apoio matricial realizado pela atenção ambulatorial especializada. A partir da discussão desses planos de cuidados com a participação das pessoas usuárias, é elaborado o plano de autocuidado apoiado, que possibilita

conhecimentos e habilidades para que as pessoas adotem, mudem e mantenham comportamentos que contribuam com uma vida saudável. Já se constata resultados animadores após a implantação desses processos. Todas as pessoas tiveram seus planos de autocuidado elaborados e pactuados.

Destaca-se também a organização da atenção às pessoas com doenças reumáticas, resolvida com a gestão da lista de espera por meio dos níveis de complexidade, capacitação dos profissionais da APS pelo especialista para o manejo de usuários de baixa complexidade, ma-

triciamento nas unidades de APS com compartilhamento do cuidado dos casos mais complexos com o reumatologista, confirmando que as filas de espera de demais especialidades podem ser resolvidas com a metodologia inovadora implantada no município. Com relação à lista de espera de reumatologia, desde o início da implantação, em 2017, houve uma redução em 66%, de acordo com avaliação realizada em julho de 2022.

A implantação da rede de atenção às pessoas idosas trouxe a oportunidade de trabalhar com esta subpopulação, organizando os processos, de forma a valorizar a capacidade funcional como principal indicador de saúde. Possibilitou a identificação do idoso frágil por profissionais de saúde não especia-

listas em geriatria ou gerontologia e definição de grupo de idosos que necessitam de atendimento diferenciado na APS, além da definição de critérios padronizados de compartilhamento do cuidado com a atenção ambulatorial especializada em saúde do idoso. Permitiu a identificação de sintomas ou problemas de saúde que merecem intervenções específicas, conforme o estrato clínico funcional, capazes de melhorar a autonomia e independência do idoso e prevenir o declínio funcional, institucionalização e óbito. Trouxe uma revolução no manejo dessas pessoas, oferecendo uma abordagem integral, realizando a prescrição quando necessário, diminuindo a iatrogenia e melhorando a vida dessas pessoas.



Consulte as referências desse capítulo no QR Code ao lado

Propostas do Conass

Garantir que a Saúde da Família seja a principal estratégia do SUS, redesenhando o modelo de Atenção Primária, em termos de incorporação tecnológica, ampliação de escopo, cobertura universal, especialização de recursos humanos, buscando a meta de alcançar a cobertura de toda a população brasileira pela APS, tornando-a garantidora do acesso aos demais níveis de atenção.

Fortalecimento do vínculo da APS com a comunidade, reduzindo para 2.500 habitantes a população máxima por equipe de saúde da família, preservando os valores de financiamento atual ao novo dimensionamento.

Ampliar o financiamento federal para implantar as Redes de Atenção à Saúde em todas as macrorregiões, objetivando alcançar plenitude de cobertura e garantia no acesso desde a APS até a atenção hospitalar, com destaque para a Rede de Urgência e Emergência, Saúde Mental, Oncologia e demais redes temáticas estratégicas.

Implementar uma política nacional, com financiamento adequado, voltada à atenção de média complexidade ambulatorial que permita atender às demandas acumuladas na Pandemia da Covid 19 e, ainda, ampliar o acesso a cirurgias eletivas, consultas e exames especializados.

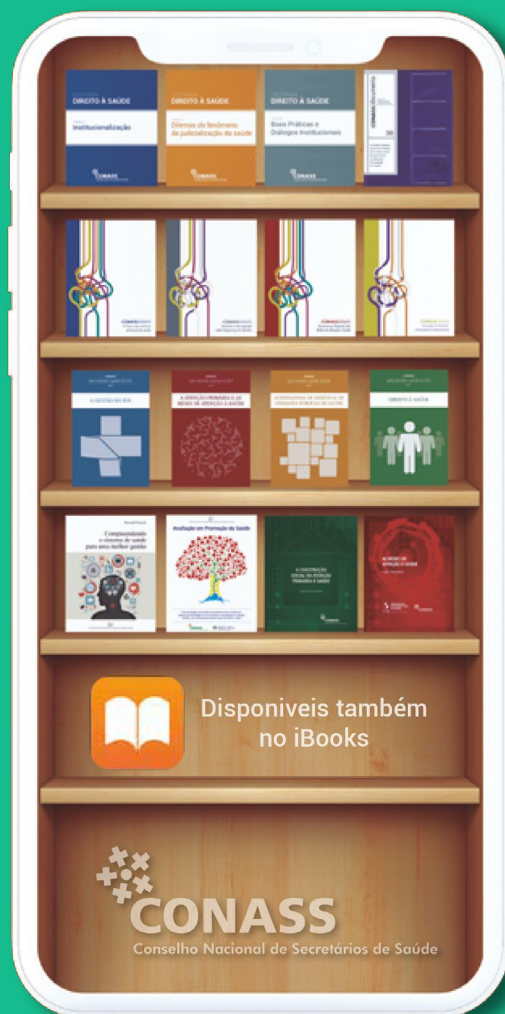
Desvincular o financiamento hospitalar do faturamento da “Tabela SUS” e migrar para um modelo de remuneração para pagamento por perfil assistencial, desempenho e responsabilidade territorial, estabelecendo mecanismos simplificados de habilitação de leitos clínicos e complementares vinculados a pré-requisitos focados na garantia do acesso, com segurança do paciente, integralidade do cuidado, qualidade, escala, regionalização e responsabilidade territorial.

Modernizar e universalizar o acesso ao rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento do câncer com a regionalização dos serviços de oncologia, garantindo capilarização do acesso e qualidade nos serviços de quimioterapia e radioterapia em todas as Macrorregiões de Saúde do país.

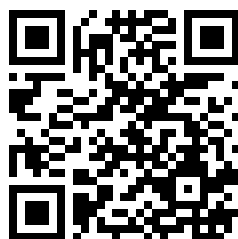
6

Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar

BIBLIOTECA DIGITAL DO CONASS



Tenha acesso a centenas de publicações sobre a gestão do SUS, disponíveis gratuitamente na biblioteca digital do Conass. É só baixar e compartilhar!





A área de atenção especializada tem sido conceituada e delimitada pelo território em que é desenvolvido um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e técnicas assistenciais caracteristicamente demarcadas pela incorporação de processos de trabalho que englobam maior densidade tecnológica (tecnologias especializadas).

Para entender a rede de serviços de atenção especializada como um território estratégico de intervenção do sistema de saúde, deve-se reconhecer que é a atenção primária que tem redefinido os papéis da atenção secundária e terciária. Se por um lado, enquanto a rede de serviços de atenção primária deve ser extremamente capilarizada, com unidades de pequeno porte distribuídas o mais próximo possível de onde os usuários vivem e trabalham, de outro lado, a atenção especializada deve ser preferencialmente ofertada de forma hierarquizada e regionalizada, garantindo a escala adequada (economia de escala) para assegurar tanto uma boa relação custo/benefício quanto a qualidade da atenção a ser prestada (SOLLA; CHIORO, 2012).

Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)

A Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) constitui-se em um problema nos sistemas de atenção à saúde em geral e, no Sistema Único de Saúde (SUS), em particular. Há que se ressaltar duas dimensões fundamentais desse problema: o vazio assistencial e cognitivo; ser analisada e operada na lógica dos sistemas fragmentados de atenção à saúde, distante, portanto, das propostas contemporâneas de constituírem-se como pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A AAE consiste em uma das áreas menos estudadas nos sistemas de atenção à saúde no mundo e não é diferente no SUS. Quando se buscam pesquisas relevantes em AAE, encontram-se poucos trabalhos, comparativamente com a Atenção Primária à Saúde (APS) e com a atenção hospitalar. Nesse sentido, há de se destacar que o campo da AAE constitui-se em um vazio cognitivo que necessita ser superado, para que as soluções a ela relativas sejam conduzidas de forma efetiva e eficiente.



Ainda, a desorganização fragmentada da AAE é responsável por muitos problemas de efetividade, eficiência e qualidade, que afetam esse nível de atenção. Em decorrência dos vazios cognitivos e da organização fragmentada, o diagnóstico recorrente, muitas vezes baseado em ideias de senso comum, é que a AAE constitui-se em um gargalo no SUS pela insuficiência de oferta, o que, normalmente, se denomina de “vazios assistenciais da média complexidade ambulatorial”.

Evidências têm indicado que é fundamental operar, nas RAS, com relações produtivas entre os generalistas da APS e os especialistas da AAE para se obterem os melhores resultados sanitários, sendo fundamental para a garantia do cuidado adequado das condições crônicas. Contudo, nos sistemas fragmentados vigentes, essas relações dificilmente são construídas e desenvolvidas de forma consistente e coordenada.

Como produto da fragmentação, a AAE é desenvolvida como um ponto de aten-

ção isolado e com baixo grau de comunicação com outros pontos de atenção, especialmente com a APS. É o que se denomina de organização em silos, em que, em geral, não há comunicação entre os generalistas e os especialistas, o que implica baixa agregação de valor para as pessoas usuárias e insatisfação de profissionais e dessas pessoas.

Importa, ainda, destacar que, mesmo tendo passado mais de uma década de instituição das RAS (BRASIL, 2010), ainda não foi instituída uma política específica para a AAE no SUS, fragilizando a estruturação e a efetividade desse nível de atenção nas RAS do SUS.

Embora, em setembro de 2021, a discussão da Política de Atenção Especializada, com foco na otimização do seu financiamento tripartite e na perspectiva da RAS, tenha sido pactuada como um dos temas prioritários na Agenda Estratégica Tripartite para o ano de 2022, essa discussão ainda não teve avanços.

Como contribuição, o Conass organizou, em outubro de 2021, uma Oficina

de trabalho junto às Secretarias Estaduais de Saúde, que resultou em contribuições e proposições para a formulação de política para a AAE, na perspectiva da

RAS, pauta essa que o Conass pretende continuar priorizando junto aos respectivos espaços tripartites.

Atenção Hospitalar (AH)

A Instituição Hospitalar do século XXI, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2000), é caracterizada como uma instituição complexa, com a presença de diversos pontos de atenção, voltada para o manejo de eventos agudos com incorporação tecnológica compatível com a sua atuação, eficiente, eficaz, dotado de ambiência física compatível com suas funções e acolhedora para seus usuários (CONASS, 2013).

A portaria nº 4.279 GM/MS, de 30/12/2010 (BRASIL, 2010), ao estabelecer diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS, expôs o cenário de fragmentação das ações e serviços de saúde, e continua atual em sua análise dos desafios existentes a serem superados para o estabelecimento de uma Política de Atenção, no caso em tela, do componente Hospitalar, tendo em vista a implementação da RAS.

Segue, no entanto, o desafio de enfrentamento das importantes lacunas assistenciais; de finan-

ciamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde; de uma configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas; a fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; a pulverização dos serviços nos municípios, o perfil tecno-assistencial; a alocação desigual inter-regional; a complexidade administrativa-gerecinal; a ambiência hospitalar e a Educação Permanente em Saúde e formação (CONASS, 2013).

Em outubro de 2012, teve início a discussão da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), desencadeada pelo Ministério da



Saúde (MS) na reunião do Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde da CIT e pela publicação, em novembro do mesmo ano, das consultas públicas nº19 e n.º 20, sobre a Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP e sobre a Contratualização Hospitalar, respectivamente.

Passado mais de um ano, foi publicada a portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 (BRASIL, 2013), instituindo a PNHOSP no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Pensar nessa política hospitalar no contexto de redes regionalizadas, propõe desconstruir o hospital como estabelecimento monolítico em sua representação sistêmica, para poder representá-lo como “condomínio” de serviços que se articulam em diferentes hierarquias da atenção, conforme a natureza da inserção dos seus serviços, em termos de responsabilidades populacionais e territoriais, compondo redes de atenção e linhas de atenção e cuidados. Inclui, dessa maneira, as diversas expressões desse condômino hospitalar na rede de atenção às urgências, na atenção ambulatorial especializada, no apoio diagnóstico, na integração resolutiva junto à atenção básica e às redes de apoio psicossocial, compondo um tecido de respostas que se integrem territorialmente e possam ser remuneradas conforme a responsabilidade integrada territorial e populacionalmente definidas (FILHO; BARBOSA, 2014).

Atualmente, a PNHOSP, no âmbito do SUS, está instituída na Portaria de Consolidação nº 2, de 28/07/2017, que instituiu a Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, Capítulo II - Das Políticas de Organização da Atenção à Saúde, Seção I - Das Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde, Art. 6º - inciso IV, Anexo XXIV (pag. 142 a 145), estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

O Conass vem apontando para a necessária revisão de políticas, adequando-as à proposta de Rede de Atenção à Saúde, quais sejam:

- ❖ O componente hospitalar da rede de urgências;
- ❖ O papel dos Hospitais de Pequeno Porte nas RAS;
- ❖ As políticas e programas de média e alta complexidade hospitalar na concepção da RAS, a exemplo das pessoas com doenças crônicas, tais como câncer, renal, cardiovascular, dentre outros;
- ❖ A estratégia de cirurgias eletivas;
- ❖ A Política Nacional de Regulação;
- ❖ A contratualização dos hospitais públicos e privados sem fins lucrativos;
- ❖ As formas de financiamento e alternativas de gerência da atenção especializada ambulatorial e hospitalar.

Procedimentos de média e alta complexidade no SUS

A atenção especializada, dividida em atenção ambulatorial ou hospitalar, também vem sendo descrita, respectivamente, como atenção secundária e terciária, ou, ainda, como média e alta complexidade. Aqui descreveremos a complexidade independentemente do nível de atenção, tendo em vista que estes, nem sempre, vêm sendo realizados nesses níveis, justificado, entre outros motivos, pelo fato de os avanços tecnológicos terem permitido a realização de procedimentos antes mais complexos em ambientes ambulatoriais e, ainda, de procedimentos menos complexos necessitarem ser realizados em ambiente hospitalar.

Assim, a média complexidade é composta por serviços especializados encontrados tanto em hospitais como em ambulatorios e envolve atendimento direcionado para áreas como pediatria, ortopedia, cardiologia, oncologia, neurologia, psiquiatria, ginecologia, oftalmologia, entre outras especialidades médicas. Nesse sentido, importa abordar outros conceitos relacionados à média e alta complexidade no SUS.

Conceitualmente, o campo da média complexidade no SUS vem sendo compreendido como *locus* de produção dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de atenção especializada de menor complexidade tecnológica ou, ainda, pelos procedimentos especializados de menor

valor financeiro incluídos nas tabelas do SUS (SIA e SIH). Seu papel e poder organizativo têm sido definidos por exclusão, ou seja, abrangendo tudo aquilo que, ao mesmo tempo, não está no alcance da atenção primária e nem da alta complexidade.

Destaca que os efeitos do estrangulamento da oferta na atenção ambulatorial de média complexidade forçam uma ampliação da demanda para a alta complexidade, com graves prejuízos à população e repercussões nos custos do sistema.

Ainda, a partir da definição de um elenco de procedimentos ambulatoriais de alto custo, estruturou-se uma rede de serviços com crescente inclusão de novas tecnologias, com tabela de valores diferenciados e com padrão de oferta assimétrico do ponto de vista da distribuição regional. A oferta de serviços de alta complexidade do SUS caracteriza-se pelo predomínio do setor privado contratado e dos hospitais universitários, sendo a lógica de organização também baseada na oferta e não na necessidade epidemiológica, com credenciamento de serviços pelo SUS, realizados sem parâmetros de base populacional, resultando em uma concentração relativa nas grandes cidades, principalmente nas regiões Sul e Sudeste, propiciando, por um lado, distorções na prática médica e, por outro, extensas regiões sem cobertura assistencial.

Programas e Políticas de Atenção Especializada

Diversos programas e políticas vinculadas à atenção especializada vêm sendo implantadas desde a criação do SUS. Destacamos, entre os programas, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), instituído em 27 de abril de 2004, por meio do Decreto nº 5.055 (BRASIL, 2004), que tem como objetivo chegar precocemente à vítima, após alguma situação de urgência ou emergência que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte. São urgentes situações de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras.

Financiamento da Atenção Especializada no SUS

Diferente da atenção primária, a lógica do financiamento da atenção especializada conta com critérios de valoração e de alocação de recursos, subdividindo em média e alta complexidade, ou médio e alto custo, fundamentando-se na diferença de remuneração de procedimentos afetos a cada um daqueles níveis, a partir das tabelas utilizadas para normatizar as transferências de recursos aos serviços públicos e privados integrantes do SUS, o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

Um bom sistema de financiamento da atenção à saúde consiste naquele que se faz de forma mais equitativa, que incentiva os prestadores a prover serviços de modo eficiente e com qualidade, que induz a que os serviços produzi-

dos melhorem os níveis de saúde, gerando valor para as pessoas e que permite aumentar o valor do dinheiro empregado. Contudo, estudos têm demonstrado a prevalência, nacional e internacionalmente, de sistemas de pagamento focados no volume de recursos, o que dirige os incentivos financeiros à prestação de mais serviços a mais pessoas, aumentando os custos do sistema de forma incontável (CONASS, 2016).

Será preciso, nesse sentido, inovar no financiamento para além do pagamento por procedimentos, pois, embora estes ajudem a construir a lógica de financiamento, instituir módulos de cuidados integrais resolutivos ou continuados, requer modalidades de pagamento diferentes do que temos hoje, superando a lógica de pagamento por tabela de procedimentos do SUS,

a exemplo do que já foi feito, em parte, com os incentivos, desde que foram criados o PAB fixo, o PAB variado, os pisos de vigilância, até chegarmos aos incentivos de contratualização (CONASS, 2016).

Ao longo do tempo, pela insuficiência de recursos na média complexidade, os estados e os municípios foram injetando recursos para ampliar o acesso da população a consultas e exames, porém, não há um sistema de informação que registre os repasses estaduais e municipais para o SUS. Muitas vezes, esses recursos também são utilizados para complementar o valor de consul-

tas e exames pagos pela Tabela SUS, considerada a insuficiência, a exemplo da consulta médica em Atenção Especializada, que mantém o mesmo valor por quase duas décadas.

No que refere às despesas da saúde executadas pela união, segundo o portal da transparência da Controladoria-Geral da União (BRASIL, 2022), considerado o total de despesas executadas pela União em 2022, de R\$ 120,35 bilhões, 46,73 % estão alocados na subárea da Assistência hospitalar e ambulatorial, enquanto 26,16% estão alocados na subárea da Atenção Primária.



Referências

BRASIL. Controladoria-Geral da União. Portal da Transparência [internet]. Despesas da saúde executadas pela União por subfunção. Disponível em: <https://portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2022> Acesso em: 11 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 147, n. 251, p. 88-93, 31 dez. 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 253, p. 54-56, 31 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 316, de 06 de junho de 2008. Recompõe os atributos dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. CONASS Debate 5. Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Nota técnica 24: Política Nacional de Atenção Hospitalar / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2013 Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2013/09/NT-24-2013-PNOHOSP-vf.pdf> Acesso em: 11 nov. 2022.

SOLLA, Jorge; CHIORO, Arthur. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, Lúgia et al. (Org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. cap. 17, p. 547-576. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/ATENCAO_AMBULATORIAL_ESPECIALIZADA_Solla_e_Chioro.pdf Acesso em: 11 nov. 2022.

FILHO, A. N.; BARBOSA, Z. O papel dos hospitais nas Redes de Atenção à Saúde. Revista Consensus. 2º sem, 2014. Disponível em: https://www.conass.org.br/consensus/wp-content/uploads/2019/04/Artigo_consensus_11.pdf Acesso em: 11 nov. 2022.

7

Regulação da Atenção à Saúde

[...] disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, [...] deverá ser efetivada por meio de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários.

Definição de regulação assistencial em
NOAS (BRASIL, 2002)

Para se falar de Regulação da Atenção à Saúde e de seu papel na gestão de sistemas de saúde, faz-se necessária uma breve introdução sobre o que se entende por regulação no setor saúde, buscando discriminar melhor suas atividades, assim como as competências dessa função no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, a Regulação vem sendo estruturada, de maneira a inscrevê-la numa política de saúde condizente com os princípios do SUS.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS (BRASIL, 2002), definiu a regulação assistencial como a “disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada”, que “deverá ser efetivada por meio de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários”. Tais assertivas delimitaram claramente a regulação do acesso dos usuários aos serviços assistenciais, trazendo, também, a noção de complexos reguladores.

A regulação estatal no Setor Saúde é tomada como aquela em que o Estado atua sobre os rumos da produção de bens e serviços de saúde, por meio das regulamentações e das ações que assegurem o cumprimento destas, como fiscalização, controle, monitoramento, avaliação e auditoria. Portanto, a regulação estatal sempre será exercida por uma esfera de governo (federal, estadual e municipal).

A regulação estatal no Setor Saúde é tomada como aquela em que o Estado atua sobre os rumos da produção de bens e serviços de saúde, por meio das regulamentações e das ações que assegurem o cumprimento destas, como fiscalização, controle, monitoramento, avaliação e auditoria. Portanto, a regulação estatal sempre será exercida por uma esfera de governo (federal, estadual e municipal).



pal), constituindo-se em uma das funções da gestão de sistemas de saúde.

Em 2006, a Portaria GM/MS 399, de 22 de fevereiro, divulgou o Pacto pela Saúde, constituído pelo Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS. Nesse processo os municípios e estados assinaram a Adesão ao Pacto pela Saúde, por meio do Termo de Compromisso de Gestão previsto nesse novo ordenamento. Essa Portaria estabeleceu alguns conceitos e alguns princípios norteadores para a Regulação no SUS.

No Pacto pela Saúde, surge pela primeira vez o conceito de Regulação da Atenção à Saúde, diferenciando-se da Regulação do

Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial. Na Regulação da Atenção à Saúde a contratação ou contratação de serviços de saúde ganha destaque junto com o controle, avaliação e auditoria. Na Regulação do Acesso à Assistência, a Portaria GM/MS 399/2006, retoma o que foi proposto pela NOAS/2002, de implantação de complexos reguladores, constituídos de centrais de marcação de consultas e exames, de internação e de atenção pré-hospitalar. Essa mesma portaria estabelece que a Regulação do Acesso é parte integrante da Regulação da Atenção à Saúde e deve estar integrada às ações de controle, avaliação e auditoria, assim como de outras áreas da gestão.

Política Nacional de Regulação do SUS

Após o Pacto pela Saúde, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, por meio da Portaria GM/MS 1.559, de 01/08/2008. A Política Nacional de Regulação do SUS, a partir de então, deveria ser implantada em todas as unidades federativas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das res-

pensabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo.

A Política Nacional de Regulação aprimora os conceitos de regulação e institui a regulação de sistemas de saúde, conceito esse que não constava da portaria que instituiu o Pacto pela Saúde. A regulação de sistemas define macro diretrizes para a regulação da atenção à saúde, por meio dos gestores do SUS, para as esferas de governo. A regulação da aten-

ção à saúde tem como foco a produção de serviços de saúde, sendo que dessa forma está dirigida aos prestadores de serviços públicos e privados. A regulação do acesso ou regulação assistencial está contida na regulação da atenção à saúde, e está voltada para a organização e gerenciamento de complexos reguladores constituídos pelas centrais de marcação de consultas e exames, centrais de leitos e gerenciamento do atendimento pré-hospitalar. Por influência da NOAS/2002 e das normativas que a seguiram, os serviços de saúde foram estruturando a parte operacional da regulação, ou seja, seus complexos reguladores e controlando a demanda e a oferta de serviços de saúde, muitas vezes servindo de triagem para as consultas especializadas ou internação eletiva devido à demanda reprimida. O gestor cria normas, fluxos, processos e/ou regras que definem como, onde e quando se dará essa relação. Ela é operacionalizada por meio do controle do fluxo da demanda assistencial existente em todas as unidades prestadoras de serviços e/ou por meio do redimensionamento da oferta, reduzindo ou ampliando essa oferta de acordo com as necessidades da população.

Para MENDES (2019), a regulação assistencial dos eventos agudos tem no seu centro os complexos reguladores e a regulação assistencial das condições crônicas não agudizadas, tem no seu centro a atenção primária à saúde (APS). O ato decisório de enviar uma pessoa usuária a um serviço de atenção

secundária ou terciária, nas situações de condições crônicas não agudizadas, na perspectiva das RAS, é competência da APS. Isso decorre do fato de que é na APS que as pessoas usuárias estão vinculadas, estão estratificadas por risco e são programadas para o atendimento em outros pontos de atenção ou de apoio diagnóstico e terapêutico. A APS, no exercício desse papel regulatório das condições crônicas não agudizadas, pode utilizar a infovia das centrais de regulação, mas o ato regulatório cabe à equipe de cuidados primários (MENDES, 2019).

Introduzir ações reguladoras em um sistema de saúde requer um diagnóstico apurado da situação de uma série de processos e fluxos que estão necessariamente ligados à assistência e às ações de controle e avaliação. Deve-se conhecer a estrutura do processo assistencial na atenção básica, buscando apurar o conhecimento sobre o perfil epidemiológico da população, fator decisivo na definição de prioridades para as ações reguladoras. Levantar e mapear a população que este sistema de saúde pretende atingir, seus fluxos, a abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a situação cadastral dessa população. É necessário ainda identificar as dificuldades da APS e suas principais necessidades e demandas. A regulação precisa fazer gestão da demanda para além da gestão da oferta, no sentido de conseguir fazer gestão da utilização, a fim de promover acesso e cuidado (BRASIL, 2016).

Com a ação da Regulação da Atenção à Saúde, começa a surgir a contratualização dos serviços de saúde, fundamentada no Plano de Saúde e no Planejamento Regional Integrado. A regulação da atenção à saúde e a regulação do acesso devem estar inseridas e integradas ao Planejamento Regional Integrado (PRI), pois os produtos desse processo como: o levantamento de necessidades da saúde da

população; da capacidade instalada dos serviços de saúde; a organização dos pontos de atenção e a modelagem da RAS para garantir a integralidade da atenção à saúde; a identificação de vazios assistenciais e a eventual sobreposição de serviços orientando a alocação de recursos financeiros e a programação geral das ações e serviços de saúde são também objetos da regulação da atenção em saúde.



Sistemas de Informação de Regulação de Acesso

O Sistema Nacional de Regulação - SISREG é um sistema público nacional disponibilizado pelo Ministério da Saúde a estados e municípios para apoiar as atividades dos complexos reguladores. Foi desenvolvido em 2001, pela então Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), em parceria com o DATASUS/MS. O sistema foi desenvolvido considerando a necessidade de estabelecer uma política nacional de regulação assistencial, para apoiar os

gestores na função de regulação do acesso. O SISREG é um sistema on-line, para gerenciamento e operação das centrais de regulação. Mesmo sendo um sistema público e nacional, não há obrigatoriedade de uso do SISREG pelo Ministério da Saúde. Estados e municípios desenvolveram sistemas próprios de regulação do acesso, seja por meio de suas agências públicas de tecnologia em informação, seja por intermédio de aquisição da iniciativa privada.

Algumas reflexões para o debate sobre a regulação da atenção à saúde

No atual cenário do SUS, a regulação da atenção à saúde está incipiente e marcada por diferentes arranjos institucionais e diferentes práticas de regulação, herdadas de uma concepção restrita de regulação, desde a sua formação inampiana (controle, avaliação e auditoria), até a implantação de complexos reguladores que nasceram com forte incentivo financeiro no SUS. Dessa forma, se materializaram as ações de regulação do acesso à assistência, que é a fração da regulação como um todo, que mais se desenvolveu dentro do sistema.

Há um hiato na organização interna das secretarias de saúde estaduais e municipais, no que diz respeito ao exercício da regulação da atenção à saúde, como o papel regulador do estado, de forma a garantir os direitos dos cidadãos, no que diz respeito à integralidade do cuidado e à qualidade da assistência à saúde. Esses serviços foram se organizando a partir da regulação do acesso à assistência, que ganhou destaque nesse processo e é a dimensão operacional da regulação no SUS. Em função disso, fica o desafio de aprimorar a área de

regulação nas SES: Como organizar a regulação da atenção à saúde nas secretarias estaduais de saúde?

A regulação do acesso aos serviços de saúde precedeu a contratualização dos serviços de saúde no SUS. Quando esta surgiu, foi se identificando com diferentes espaços institucionais nas Secretarias de Saúde e, possivelmente, em poucas unidades federativas, a contratualização atualmente está inserida numa área de regulação da atenção à saúde. É muito provável que isso se estenda para a avaliação, controle e auditoria que não têm uma ação voltada para avaliação e controle de contratos de serviços de saúde.

Há que se repensar a modalidade de regulação do acesso à saúde que tem se desenvolvido no SUS. Essa regulação de acesso é adequada para as condições agudas e para as condições crônicas? Como deveria ser a regulação do acesso do usuário que tem seu risco estratificado na atenção primária e precisa de uma consulta e/ou exame especializados? Qual deveria ser o papel da regulação do acesso na Atenção Primária à Saúde? Como deveria ser feita essa regulação, ten-

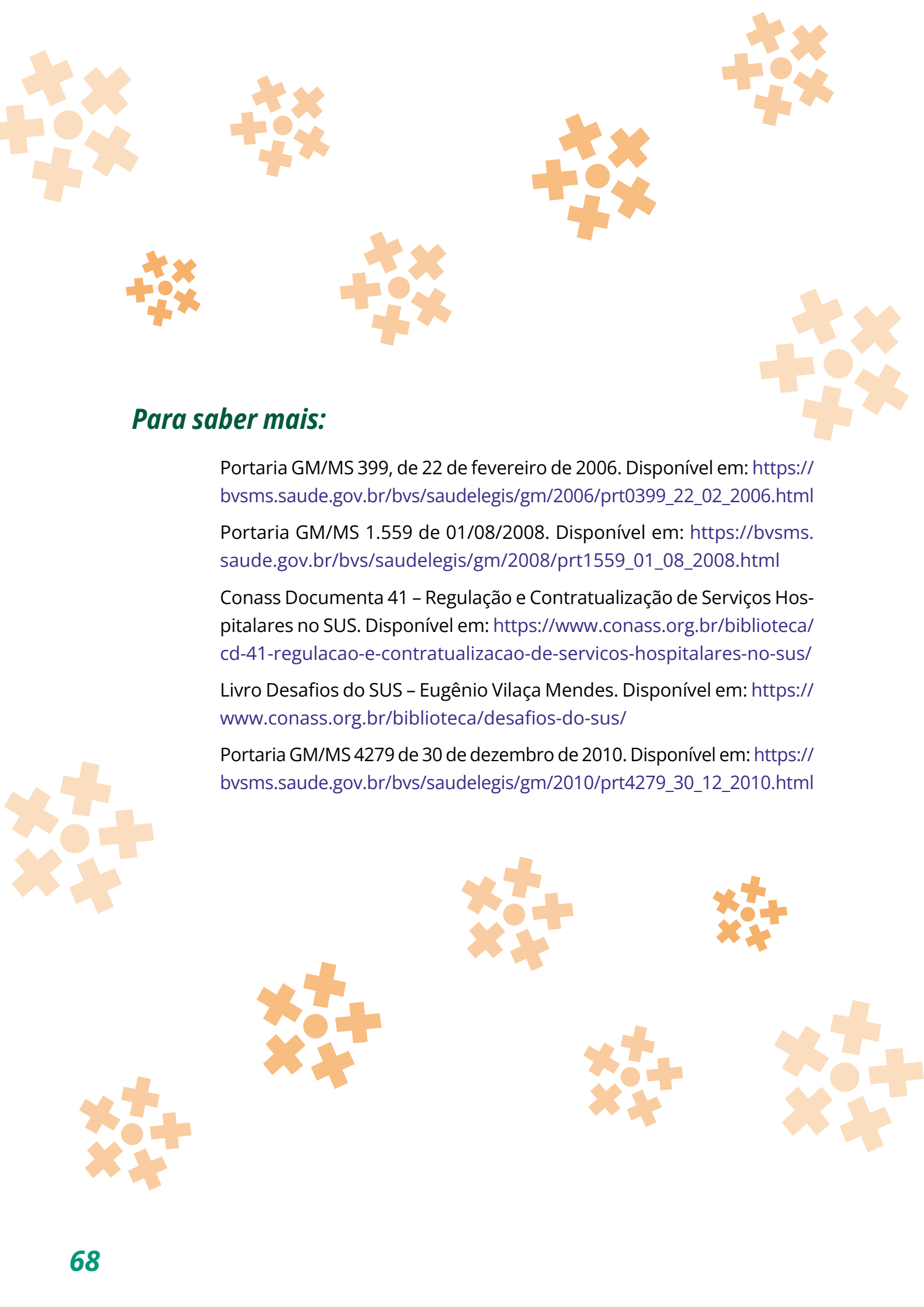
do em vista que tanto a APS, como a Atenção Ambulatorial Especializada, são majoritariamente voltadas ao atendimento das condições crônicas não agudizadas? Como deveria ser a regulação do acesso, tendo em vista a Rede de Atenção à Saúde? Como preparar as equipes de atenção primária à saúde e de atenção ambulatorial especializada para desenvolverem funções de regulação do acesso em seu processo de

trabalho e quais seriam essas funções? Considerando-se a Política Nacional de Regulação existente (2008), a organização do Sistema Único de Saúde em Rede de Atenção à Saúde (2010), as questões apontadas em 2019 pelas Secretarias Estaduais de Saúde em relação à Regulação, quando da elaboração de seus planejamentos estratégicos para o período 2020-2023, identifica-se a necessidade de:

- ❖ Promover e estimular a reflexão sobre a importante macrofunção estadual da regulação;
- ❖ Identificar qual o espaço institucional das áreas de regulação da atenção à saúde e contratualização nas Secretarias Estaduais de Saúde e propor arranjo organizacional que contemple a inserção dessas áreas de atuação e a integração dessas com as outras áreas afins;
- ❖ Fomentar a discussão e revisão da Política Nacional de Regulação adequando-a à organização e ao funcionamento da Rede de Atenção à Saúde e ao desenvolvimento do Planejamento Regional Integrado;
- ❖ Rever as ações definidas para cada uma das três dimensões da regulação no SUS: regulação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e regulação do acesso aos serviços de saúde, conforme estabelecido pela Política Nacional de Regulação, visando que sejam adequadas às normativas atuais e com foco no entendimento de uma Regulação da Atenção à Saúde, na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde.

O tema “Regulação da Atenção à Saúde no SUS” foi inserido na agenda estratégica da Comissão Intergestores Tripartite para o ano de 2022. Nesse ano, o Conass realizou oficina visando contribuições para a revisão da Política Nacional de Regulação, na perspectiva da organização das Redes de Atenção à Saúde, com os objetivos de alinhar os conceitos sobre a regulação nas Redes de Atenção à Saúde; conhecer o estado da arte da Regulação no SUS e elaborar proposições que contribuam para a revisão da Política Nacional de Regulação no SUS. Paralelo a isso, está em desenvolvimento em 25 Secretarias Estaduais de Saúde, o Projeto do Programa de apoio de desenvolvimento institucional do SUS – Proadi/SUS, do Ministério da Saúde, executado pelo Hospital Sírio Libanês, a partir de demanda do Conass, que trata do aprimoramento da área de regulação de atenção à saúde e da contratualização de serviços hospitalares no SUS, nas Secretarias Estaduais de Saúde.





Para saber mais:

Portaria GM/MS 399, de 22 de fevereiro de 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html

Portaria GM/MS 1.559 de 01/08/2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html

Conass Documenta 41 – Regulação e Contratualização de Serviços Hospitalares no SUS. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/cd-41-regulacao-e-contratualizacao-de-servicos-hospitalares-no-sus/>

Livro Desafios do SUS – Eugênio Vilaça Mendes. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/>

Portaria GM/MS 4279 de 30 de dezembro de 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

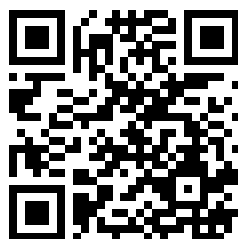
8

Contratualização

BIBLIOTECA DIGITAL DO CONASS



Tenha acesso a centenas de publicações sobre a gestão do SUS, disponíveis gratuitamente na biblioteca digital do Conass. É só baixar e compartilhar!



A contratualização tem como finalidade a formalização da relação entre gestores públicos de saúde e hospitais integrantes do SUS, por meio do estabelecimento de compromissos entre as partes, que promovam a qualificação da assistência e da gestão hospitalar, de acordo com as diretrizes para a contratualização, estabelecidas na portaria GM/MS nº 3410, de 30 de dezembro de 2013 e principais eixos definidos na Portaria GM/MS Nº 3390, de 2013, que trata da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), pactuada, à época, na tripartite, após intenso processo de construção.

Essas normativas se aplicam a todos os entes federativos que possuam sob sua gestão hospitais integrantes do SUS, sejam eles hospitais públicos e privados integrantes do SUS sob sua gestão, com ou sem fins lucrativos, por meio de instrumento formal de contratualização.



**podendo haver variação desses percentuais, desde que seja respeitado o percentual mínimo de 40%*

Fonte: Elaboração própria.

A contratualização de hospitais, regulamentada pela Portaria GM/MS Nº 3410, de 2013, recomenda a observação do comando único na contratualização de hospitais para a prestação de ações e serviços de saúde. O contrato deve explicitar todas as fontes de financiamento (federal, estadual e municipal), as atribuições e responsabilidades do hospital, e as responsabilidades dos gestores. Deverá haver o componente pré e pós fixado com percentuais de 40% do valor total vinculados ao cumprimento das metas qualitativas e 60% do valor total vinculados ao cumprimento das metas quantitativas, podendo haver variação desses percentuais, desde que seja respeitado o percentual mínimo de 40%.



A despeito das iniciativas dos gestores estaduais, ainda são grandes os desafios para o aprimoramento da contratualização, de acordo com diretrizes. Associa-se a isso a gravidade do período de restrições orçamentárias e financeiras enfrentadas pela União, Estados e municípios, exigindo maior esforço dos gestores para garantir a assistência.

O contrato formaliza compromissos entre os pontos de atenção e a gestão da rede, e a regulação define fluxos e prioridades para viabilizar o acesso em lugar e tempo oportunos.

A contratualização e a regulação são componentes inseparáveis da gestão da atenção à saúde. Parte dos gestores relatam dificuldades na formulação, negociação e gestão dos contratos com seus prestadores e com a rede própria. Da mesma forma, relatam problemas diversos na regulação, passando pela governabilidade sobre os prestadores e rede própria, pela existência ou não de estruturas, equipes qualificadas, fluxos e protocolos de regulação, e pela demanda reprimida de ações e serviços de saúde. A regulação também se constitui como ponto crítico em seus aspectos de estrutura, processos e enfrentamento político da decisão de regular com critérios clínicos e de vulnerabilidades.

Por outro lado, a maioria dos Estados

não possui política de atenção hospitalar estruturada com desenho de rede de atenção à saúde (RAS), definição de missão e tipologia para o cumprimento de seu papel na rede.

No que diz respeito à Contratualização, as SES apontaram necessidades de apoio na discussão de aspectos legais, e aspectos de gestão do contrato (processo negocial do documento descritivo nos aspectos de indicadores e compromissos qualitativos e quantitativos, financiamento, regulação, monitoramento e avaliação).

Tem ganhado cada vez mais força, o debate e as decisões de gestores de saúde sobre a gerência de hospitais públicos, a celebração de parcerias do público com terceiros e alternativas. Dessa forma, a celebração de parcerias crescentes com terceiros carece de maior capacidade do gestor de monitorar e avaliar os contratos para resultados desejados, além da necessidade de revisão e inovação das modalidades de contratualização e financiamento com alocação de novos recursos para a atenção hospitalar.

Para assumirem esse papel, as equipes técnicas apontaram, em reuniões promovidas pelo Conass, como principais problemas e demandas, entre outras a serem enfrentadas na contratualização no âmbito estadual:

Principais problemas e demandas a serem enfrentados na contratualização no âmbito estadual:

- ❖ A falta de estrutura técnica e jurídica da SES para a celebração dos contratos, para dar conta dos aspectos negociais e de remuneração dos contratos com serviços próprios e privados;
- ❖ A dificuldade de diagnóstico e formulação final de necessidades e demandas de saúde – planejamento e programação, bem como suas atribuições na RAS para a continuidade do cuidado após alta hospitalar;
- ❖ A definição das ações e serviços a serem contratados de acordo com as necessidades de saúde, as especificidades regionais, os padrões de acessibilidade, o referenciamento de usuários e a escala econômica adequada, tendo cálculo de necessidade de ações e serviços de saúde na atenção hospitalar, a partir da Portaria GM/MS n. 1.631, de 2015, requisito essencial e sua metodologia deve ser de domínio das equipes técnicas;
- ❖ O gerenciamento incipiente dos instrumentos formais de contratualização visando à boa execução das ações e serviços de saúde, de acordo com os compromissos contratualizados;
- ❖ A dificuldade para garantir o funcionamento regular e adequado da Comissão de Acompanhamento da Contratualização;
- ❖ A efetiva realização do monitoramento das ações e serviços de saúde contratualizados, avaliando sua compatibilidade com a capacidade e metas estabelecidas nos indicadores quali-quantitativos, previstos nas normas legais e no instrumento formal de contratualização;
- ❖ A necessidade de conhecer as novas formas de contratualização e financiamento, incluindo a contratualização da rede pública de hospitais, sob o gerenciamento direto das SES.

Outros fatores dificultadores são a baixa qualidade dos instrumentos contratuais, a celebração de contratos múltiplos por programa com o mesmo hospital, a superposição de compromissos, indicadores e metas nos vários programas e a lógica convenial para programas específicos.

Nesse sentido, o Conass colocou-se como apoiador das secretarias estaduais de saúde, não só cumprindo seu papel de origem, mas atendendo a uma das prioridades definidas no Seminário do Conass para Construção de Consensos, realizado em Brasília/DF, nos dias 08 e 09 de julho de 2015.

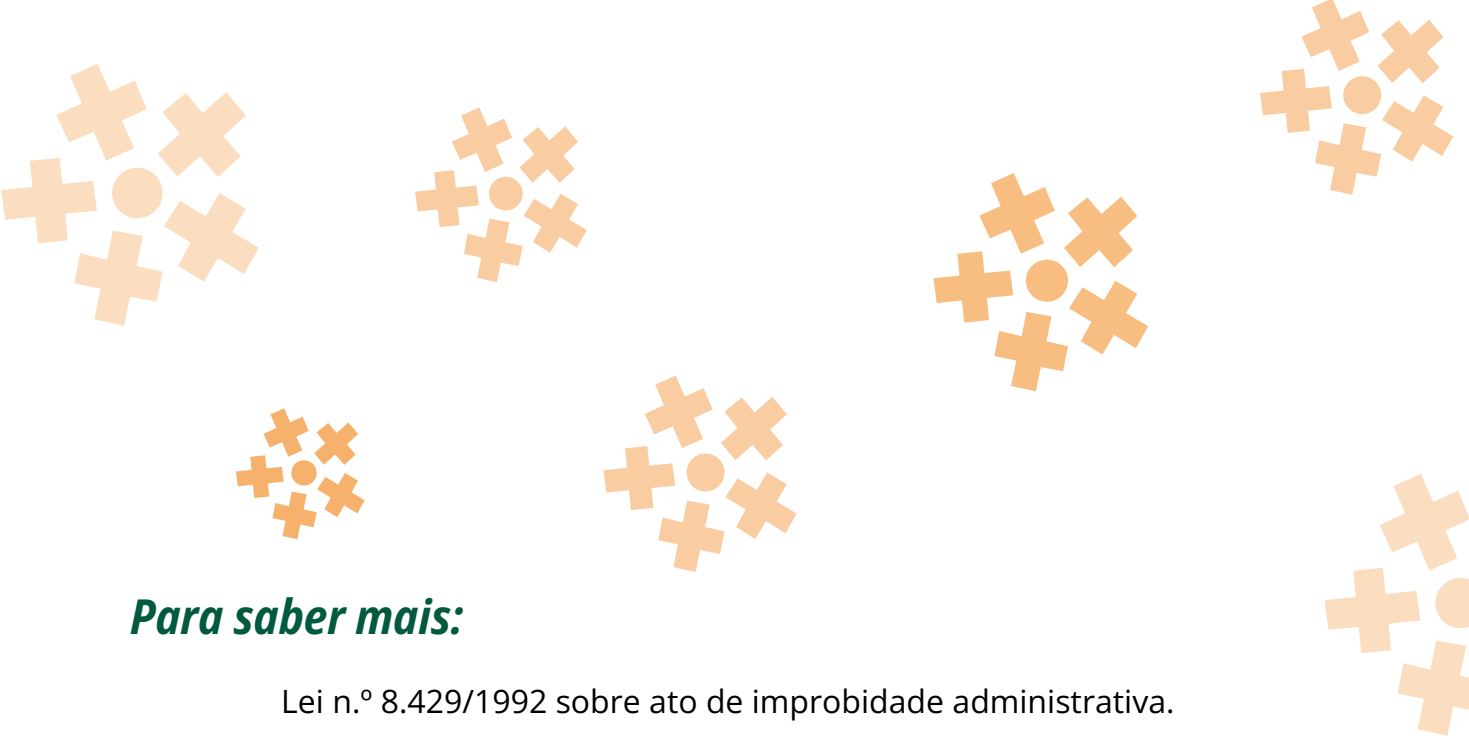
A partir de 2016, essa temática passou a integrar a agenda de apoio do Conass às SES demandantes e, por meio da Câmara Técnica do Conass de Atenção à Saúde, foram realizadas várias oficinas com os representantes da SES e convidados do MS e de outras instituições, inicialmente focados na contratualização dos hospitais privados sem fins lucrativos e, em seguida, com o apoio direto aos estados, a partir de 2018 até 2019. O pleito é de que a contratualização e a regulação sejam linhas de apoio do Conass aos Estados.

Em 2019, o Conass demandou ao MS, por intermédio do Programa Proadi-SUS, um projeto que possibilitasse apoiar as SES na contratualização, priorizando inicialmente a contratualização dos hospitais próprios estaduais. O Projeto “Fortalecimento das Áreas de Regulação e Apoio à Contratualiza-

ção nas Secretarias Estaduais de Saúde (SES)”, pretende apoiar o aprimoramento das áreas de Regulação nas SES e o processo de contratualização com os hospitais próprios.

O projeto tem como objetivo geral prestar apoio técnico e metodológico para contribuir com o fortalecimento da área de regulação, aprimorando o processo de contratualização dos hospitais, nas SES que aderirem ao projeto, abrangendo o limite máximo de 2 (duas) unidades hospitalares próprias, por unidade federativa. Essas unidades servirão de laboratório para a implementação de melhorias na construção, no monitoramento e na avaliação dos contratos, visando maior eficiência e efetividade nas Redes de Atenção à Saúde. O projeto busca a atualização e modernização dos instrumentos e orientações para contratualização de hospitais próprios no âmbito das SES e tem como meta trabalhar uma nova proposta de contrato e processo para aplicação em até dois hospitais próprios, passando pela capacitação das equipes, implantação, monitoramento e avaliação. Esse projeto foi proposto pelo Conass no triênio passado mas, em função da pandemia, não pode ser executado.

Em 16 de dezembro de 2021, foi aprovado pelo Comitê Gestor do Proadi e, a partir de sua publicação em 2022, está em fase de operacionalização pelo Hospital Sírio Libanês (HSL) em 25 estados, com execução prevista até o final de 2023.



Para saber mais:

Lei n.º 8.429/1992 sobre ato de improbidade administrativa.

Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 1.286, de 26 de outubro de 1993, normatiza a contratação de serviços de saúde por gestores do SUS.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.702/GM/MS, de 17 de agosto de 2004, cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.721/GM/MS, de 21 de setembro de 2005, cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 161/GM/MS, de 21 de janeiro de 2010, que dispõe sobre o art. 3º da Portaria nº 699/GM/MS, de 30 de março de 2006, que versa sobre o Termo de Cooperação entre Entes Públicos.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 4.279 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

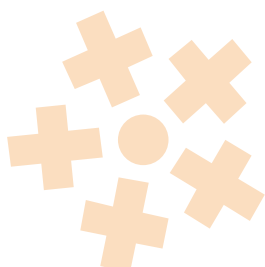
Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 3.172, de 28 de dezembro de 2012, concede aumento no valor do Incentivo à contratação das entidades beneficentes sem fins lucrativos, participantes do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos ou do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde (SUS).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.390, de 30/12/2013, institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

Brasil. Ministério da Saúde Portaria GM/MS Nº 3410 de 2013. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2567, de 25 de novembro de 2016, dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

Brasil. Ministério da Saúde: Manual de orientações para contratação de serviços de saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.



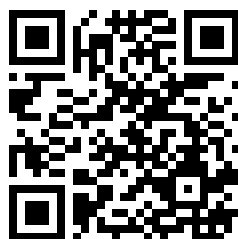
9

Alternativas de Gerência de Unidades Públicas

BIBLIOTECA DIGITAL DO CONASS



Tenha acesso a centenas de publicações sobre a gestão do SUS, disponíveis gratuitamente na biblioteca digital do Conass. É só baixar e compartilhar!



Entre os temas que têm sido debatidos pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), o que trata das alternativas de gerência de unidades públicas de saúde, tem-se destacado pelos gestores do SUS, pois está vinculado à melhoria da gestão e do atendimento da população e à eficiência dos serviços que são oferecidos. Os modelos ou alternativas de gerência de atuação direta e indireta, existentes no ordenamento jurídico-administrativo nacional, estão referenciados nas disposições do Decreto-Lei n. 200, de 1967 e da Lei n. 4.320, de 1964 – principais marcos regulatórios da Administração Pública Brasileira.

Utiliza-se a expressão “modelos de gerência” ou “alternativas de gerência” para nominar os formatos jurídico-administrativos que podem ser utilizados pelo Poder Público para assegurar a prestação de serviços de saúde à população. O termo engloba tanto as formas de atuação direta do Poder Executivo, por meio de seus órgãos e entidades públicas da administração direta e indireta, quanto às formas de atuação estatal indireta, por meio de celebração de contratos ou acordos de colaboração com entidades civis sem fins lucrativos. Os modelos de gerência de atuação direta do Poder Executivo são, portanto, as categorias de órgãos e entidades públicas presentes no atual ordenamen-

to jurídico nacional. De acordo com o art. 4º do Decreto-Lei n. 200, de 1967, a Administração Pública constitui-se dos órgãos da administração direta e das entidades públicas dotadas de personalidade jurídica própria a ela vinculadas, que podem assumir as seguintes categorias: autarquias, consórcios públicos; fundações públicas de direito público e de direito privado; empresas públicas e sociedades de economia mista.

Tem-se que nos modelos de gerência de prestação direta, a ação pública realiza-se por meio de uma estrutura estatal, criada por lei ou mediante autorização legal específica para o exercício de competências públicas, ou seja, por um órgão da Administração Direta ou uma entidade descentralizada, integrante da administração indireta.

Já os modelos de gerência de atuação indireta do Poder Executivo são aqueles em que a atuação pública se dá por meio da celebração de contrato ou outro tipo de ajuste com terceiros, com o objetivo de viabilizar a prestação de serviços de saúde aos cidadãos.

Quando o Poder Público estabelece relações contratuais ou de colaboração com agentes sociais ou de mercado, na intenção de alcançar os objetivos públicos, não há descentralização de competências públicas nem delegação de poderes de gestão.



Fonte: Elaboração própria.

Modelos de gestão de atuação direta

Administração Direta

A administração direta é financiada com recursos oriundos do orçamento geral do Ente federativo, previstos na Lei Orçamentária Anual (LOA) (Constituição Federal, art. 165, § 5º, I). O regime financeiro e contábil da administração direta é o integralmente público, regido pela Lei n. 4.320, de 1964, e pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), Lei Complementar n. 101/2000. Os órgãos da administração direta são fiscalizados pelo controle interno do Poder Executivo e pelo controle externo do Poder Legislativo, auxiliado pelo Tribunal de Contas.

Administração Indireta

A administração indireta é composta por entidades administrativas, dotadas de personalidade jurídica própria e autonomia administrativa, criadas mediante lei específica, para o exercício de finalidade e competências descentralizadas. Essas entidades podem ser

de direito público (autarquia, fundação pública de direito público e associação pública) ou de direito privado (empresa pública, sociedade de economia mista ou fundação pública de direito privado). As entidades da administração indireta, sejam de direito público ou privado, vinculam-se ao órgão da administração direta responsável pela área de competência na qual ela se insere, para fins de coordenação e supervisão política e administrativa.

Autarquia

O Decreto-Lei n. 200, de 1967, define autarquia como o “serviço autônomo, criado por lei, com personalidade jurídica, patrimônio e receita próprios, para executar atividades típicas da Administração Pública, que requeiram, para seu melhor funcionamento, gestão administrativa e financeira descentralizada”. A autarquia é dotada de autonomia administrativa, respeitados os limites do regime jurídico de direito público, sendo criada por lei específica, que define as suas competên-

cias, sistema de governança, fontes de receita, patrimônio e quadro de pessoal. Por ser regida, integralmente, pelo regime jurídico de direito público, a autarquia observa os mesmos regramentos administrativos aplicáveis aos órgãos da administração direta, inclusive quanto a atos e processos administrativos, licitações, contratações, bens, regime de pessoal, regime orçamentário, financeiro e patrimonial, responsabilização, prestação de contas, imunidade tributária e prerrogativas processuais.

Fundação Pública

A Constituição Federal de 1988, em seu texto original, não tratou da fundação pública de direito privado e estabeleceu sobre a fundação pública de direito público regime jurídico semelhante ao da autarquia. A Emenda Constitucional n. 19/1998, alterou a redação do art. 37, inciso XIX da Constituição para deixar clara a possibilidade da criação de fundação pública de direito privado dentro da administração indireta. A nova redação constitucional estabeleceu a natureza pública de direito privado das fundações, cuja criação é autorizada pela lei como as empresas estatais. Há duas categorias de fundações públicas: as públicas de direito privado, instituídas na forma prevista no Decreto-Lei n. 200 e no art. 37, inciso XIX da Constituição; e a pública de direito público, dotada do mesmo estatuto jurídico da autarquia.

Fundação pública de direito privado

A fundação pública de direito privado, também denominada fundação governamental ou fundação estatal, é uma estrutura pública, dotada de personalidade jurídica própria, cria-

da em virtude de autorização legislativa para o desenvolvimento de atividades não privativas de estado na área social. São dotadas de autonomia administrativa, patrimônio próprio gerido pelos respectivos órgãos de direção, e funcionamento custeado por recursos públicos diretos do Tesouro do Ente que a instituiu e/ou de outras fontes. O regime de pessoal da fundação pública de direito privado é o da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), observadas as regras específicas de direito público, estabelecidas no art. 37 da Constituição.

Fundação pública de direito público

Fundação pública de direito público é pessoa jurídica de direito público, criada por lei específica, cuja finalidade e competências exigirem o exercício conjugado de atividades administrativas e serviços públicos privativos com atividades e serviços públicos não privativos, de natureza social. Essas fundações são uma espécie do gênero das autarquias, sendo, por isso, denominadas fundações autárquicas. Seu regime jurídico administrativo, de pessoal, patrimonial, orçamentário, financeiro, fiscal e tributário é o mesmo das autarquias, usufruindo das mesmas prerrogativas processuais. Diferem-se as autarquias por serem instituídas apenas em áreas sociais, para o exercício de atividades privativas ou não.

Consórcio público

Consórcio público é o nome que se dá à entidade pública sem fins lucrativos instituída por dois ou mais entes federados para a consecução de competências públicas por eles descentralizadas por lei.

O consórcio público pode ser instituído como uma autarquia interfederativa: a associação

pública; ou como pessoa jurídica de direito privado. O consórcio público está previsto no art. 241 da Constituição Federal e a instituição de consórcios públicos está disciplinada, em nível nacional, pela Lei n. 11.107, de 6 de abril de 2005, e pelo Decreto n. 6.017, de 17 de janeiro de 2007, que regulamenta a Lei. O âmbito de atuação do consórcio público corresponde à soma dos territórios dos municípios ou estados consorciados, independentemente de a União figurar como associada.

Quando assume a forma de associação pública, o consórcio público adquire personalidade jurídica mediante a vigência das leis dos entes da Federação que a instituírem. A associação pública pode exercer competências privativas e não privativas de estado, visto que, sobre ela incide o regime jurídico de direito público estabelecido pela Constituição Federal e legislação federal aplicável, devendo a lei, de todos os seus entes instituidores, dispor sobre as demais disposições legais e normativas, nas áreas de competência concorrente dos entes consorciados.

Quando é criado como consórcio público de direito privado, sua criação deve ser autorizada pelas leis dos entes federados instituidores e sua personalidade jurídica é adquirida mediante o atendimento dos ritos da legislação civil.

No período de julho a outubro de 2019, o Conass realizou levantamento nacional de informações sobre consórcios que atuam na área da saúde, com o objetivo de traçar um panorama geral de como estão constituídos e organizados os consórcios públicos no âmbito do SUS, especialmente no que tange às suas áreas de atuação e ao alinhamento às disposições legais da Lei nº 11.107, de 2005.

Em 2019 existiam 225 consórcios de saúde em 17 estados, sendo 198 de natureza pública e 27 de natureza privada.

A Portaria GM/MS 2905, de 13 de julho de 2022, dispõe sobre as diretrizes e os aspectos operacionais aplicáveis aos consórcios públicos no âmbito do SUS.

Empresa estatal

Empresa estatal é a pessoa jurídica de direito privado, de fins econômicos, controlada direta ou indiretamente por ente da Federação, que execute serviços públicos ou explore atividade econômica caracterizada pela produção ou comercialização de bens ou pela prestação de serviços em geral. É uma figura jurídica própria para a exploração direta de atividade econômica pelo Estado (Constituição Federal, art. 173). A empresa estatal é criada por autorização legislativa específica (Constituição Federal, inciso XIX) e procedimentos do Código Civil: registro do estatuto social na Junta Comercial. Integra a administração indireta do Ente federado que detenha o seu controle, vinculada ao órgão da administração direta responsável pela sua área de atuação para fins de orientação, coordenação e supervisão. A empresa estatal pode ser constituída como empresa pública ou sociedade de economia mista. O regime de pessoal é o da CLT, com admissão por concurso público. Um exemplo é a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh).

Serviço social autônomo

Existem entidades instituídas pelo Poder Público sob a denominação de “serviço social autônomo” cuja finalidade é prestar serviços sociais diretos aos cidadãos, em geral. São

instituídos pelo Poder Público a partir de autorização legal, tendo seu regulamento estabelecido por decreto. Na maioria dos casos, estabelecem com a Administração Pública relações por contrato de gestão e

recebem recursos financeiros transferidos pelo Poder Público. Exemplo de Serviço Social Autônomo é a Associação das Pioneiras Sociais que administra a Rede Sarah.



Fonte: Elaboração própria.

Modelos de gerência de atuação indireta

Os principais modelos de cooperação entre órgãos e entidades públicos e associações ou fundações privadas, previstos na legislação federal na área da saúde são: (a) qualificação de entidades civis como organizações sociais. (Lei n. 9.637 de 1998); (b) qualificação de entidades civis como Organizações da Sociedade Civil sem Fins Lucrativos (Oscip) (Lei n. 9.790 de 1999).

Organização Social

Organização Social (OS) é um título concedido pelo Poder Público a uma associação ou fundação privada, regida exclusivamente pelo Código Civil e instituída por particulares, para a celebração de relação de parceria e fomento para a realização de atividade de interesse público, de longo prazo. Essa forma de colaboração com entidades civis sem fins lucrativos foi primeiramente regulada pela Lei n. 9.637/1998. Posteriormente, estados e municípios brasileiros promulgaram leis próprias de OS.

A finalidade da qualificação é, exatamente, viabilizar a ação cooperada entre o Poder Público e a entidade civil pelo Poder Público, na execução de atividades e serviços dirigidos ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde. No âmbito dos estados e dos municípios, por sua vez, após a edição da Lei n. 9.637, de 1998, o modelo proliferou com aplicação, especialmente, no campo da prestação de serviços de saúde.

O contrato de gestão é o ajuste celebrado entre o Poder Público e a OS, que dá início à relação cooperada público-privada. Nele, são estabelecidas as atribuições, as responsabilidades e as obrigações das partes; a especificação das metas de desempenho e dos resultados a serem alcançados pela OS; assim como a previsão do montante de recursos públicos necessários ao cumprimento do contrato que será transferido para a entidade.

Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

A Oscip é um título instituído pela Lei n. 9.790, de 23 de março de 1999, concedido pelo Poder Executivo a uma entidade civil sem fins lucrativos, criada por particulares, que atue nas áreas da seguridade social.

O título é uma pré-qualificação ou pré-habilitação da entidade civil para o estabelecimento de relações de parceria com o Poder Público, no desenvolvimento de atividades ou projetos de interesse público, nas áreas de assistência social, cultura, saúde, segurança alimentar e nutricional, proteção e preservação do meio

ambiente, promoção do desenvolvimento sustentável, econômico e social e direitos humanos, entre outros.

A Lei n. 9.790, de 1999, previu o Termo de Parceria como o ajuste celebrado entre o Poder Executivo e a Oscip para estabelecer, efetivamente, o vínculo de cooperação entre as partes, para o fomento à execução das atividades de interesse público realizadas pela entidade.

O Termo contempla a definição de metas de desempenho e responsabilidades dos seus signatários, assim como os procedimentos de avaliação dos resultados alcançados.

Para saber mais:

Coleção para entender a gestão do SUS 2015 – Livro Alternativas de Gerência de Unidades Públicas de Saúde. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/alternativas-de-gerencia-de-unidades-publicas-de-saude/>

Lei n. 11.107, de 6 de abril de 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11107.htm

Decreto n. 6.017, de 17 de janeiro de 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6017.htm

Portaria GM/MS 2905 de 13 de julho de 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-2.905-de-13-de-julho-de-2022-415106481>

10

Vigilância em Saúde

“

[...] processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças.

Definição de Vigilância em Saúde segundo a
Política Nacional de Vigilância em Saúde - PNVS

”



A Vigilância em Saúde (VS) envolve áreas fundamentais para a saúde de todos os brasileiros, abrangendo ações como a produção de análises da situação de saúde da população, que subsidiam o planejamento, estabelecimento de prioridades, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública; a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública; a vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências; a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde; a vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse à saúde.

Diversas atividades e programas de VS desenvolvidos pelo SUS são reconhecidos internacionalmente. É evidente, porém, a dificuldade encontrada em superar a fragmentação de suas ações e em especial o afastamento dos serviços assistenciais, inclusive da atenção primária, das atividades cotidianas de prevenção, promoção e proteção da saúde. Essa situação é evidenciada, por exemplo, pela grave situação de queda das coberturas em relação ao recomendado para a maior parte das vacinas do calendário básico de vacinação nas diferentes faixas etárias, que teve, dentre outras consequências, o retorno de doenças já controladas, como o sarampo. Isso representa uma situação de alto risco para o retorno da poliomielite.

Cabe também destacar os desafios provenientes das questões ambientais, (como mudanças climáticas e catástrofes naturais), da transição demográfica (com o envelhecimento da população) e do processo de globalização, com aumento do fluxo de pessoas e produtos entre os diversos países e no território nacional, o que demanda ampliar e dar maior agilidade à capacidade de resposta a eventos de diferentes naturezas. Como exemplo, podemos citar, há poucos anos, a introdução no Brasil de novos agentes infecciosos, como o vírus causador da febre de Chikungunya e o Zikavírus, sem esquecer, mais recentemente, da Pandemia de Covid-19, que desafiou os sistemas de saúde de todo o mundo e em especial a área de Vigilância em Saúde.

A Política Nacional de Vigilância em Saúde e alguns conceitos relevantes:

A Política Nacional de Vigilância em Saúdeⁱ – PNVS – traz como definição de Vigilância em Saúde o “processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças”.

Aponta dentre suas principais características, ser uma política pública de Estado e função essencial do SUS, ter caráter universal e transversal, sendo orientadora do modelo de atenção nos territórios. Sua gestão é de responsabilidade exclusiva do poder público, todavia, por incidir sobre todos os níveis e formas de atenção à saúde, abrange tanto os serviços de saúde públicos como também os privados

A VS compreende uma articulação de saberes, processos e práticas da vigilância epidemiológica, em saúde ambiental, em

saúde do trabalhador e vigilância sanitária e tem como suas áreas transversais a promoção da saúde, a análise de situação da saúde e a vigilância laboratorial.

Vigilância epidemiológica - VE

Conhecimento e detecção de mudanças dos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças, transmissíveis e não-transmissíveis, e agravos à saúde.¹

Vigilância sanitária - Visa

Conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços do interesse da saúde. Abrange a prestação de serviços e o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo e descarte.¹

ⁱ BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 588, de 12/07/2018: Política Nacional de Vigilância em Saúde. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>

Vigilância em saúde ambiental - VSA

Conjunto de ações e serviços que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção à saúde, prevenção e monitoramento dos fatores de riscos relacionados às doenças ou agravos à saúde.¹

Vigilância em saúde do trabalhador e da trabalhadora - VSTT

Conjunto de ações que visam promoção da saúde, prevenção da morbimortalidade e redução de riscos e vulnerabilidades na população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nas doenças e agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento, de processos produtivos e de trabalho.¹

Promoção da saúde

Parte da integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde, articulada com as demais redes de proteção social, abrangendo atividades voltadas para adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade, na participação e no controle social, para o favorecimento da mobili-

dade humana e a acessibilidade, promovendo a cultura da paz em comunidades, territórios e municípios.¹

Análise de situação de saúde:

Ações de monitoramento contínuo da situação de saúde da população do País, Estado, Região, Município ou áreas de abrangência de equipes de atenção à saúde, por estudos e análises que identifiquem e expliquem problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores de saúde, contribuindo para um planejamento de saúde abrangente.¹

Vigilância laboratorial

Componente da vigilância em saúde com ações transversais aos demais sistemas de vigilância, que propicia a identificação, investigação, análise de dados e informação sobre eventos de saúde pública, a qualidade, segurança e eficácia de produtos de interesse de saúde pública, mediante procedimentos laboratoriais integrados e homogêneos, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, prevenção e controle de riscos epidemiológicos, sanitários, ambientais e da saúde do trabalhador, bem como para a promoção da saúde.

Dinâmica de organização da Vigilância em Saúde e suas áreas de atuação:

No Ministério da Saúde as áreas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador e Trabalhadora estão sob responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde, enquanto a organização do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária está sob responsabilidade da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa.

Nas secretarias estaduais existem diferentes arranjos organizacionais, estando as diversas áreas geralmente subordinadas a uma Superintendência ou Subsecretaria de Vigilância em Saúde, cabendo ressaltar que essa divisão não ocorre em todos os estados da mesma forma. Em alguns estados, por exemplo, as áreas de VSA e VSTT estão subordinadas à área de Vigilância Sanitária. Também não existe uma demarcação absoluta de suas áreas de atuação. Em alguns estados a área de VSA trabalha tanto com fatores ambientais não biológicos (como a qualidade da água, ar e solo), como biológicos (como o controle de vetores e de zoonoses), já em outros sua atuação está restrita aos fatores não biológicos, estando as áreas de controle de vetores e de zoonoses sob gestão da Vigilância Epidemiológica.

Cabe aqui lembrar a importância das ações laboratoriais como suporte transversal a todas as áreas da vigilância. Nesse sentido, é muito importante que nas estruturas haja uma coordenação articulada com os Laboratórios Centrais de Saúde Pública.

Podemos destacar, dentre os principais programas em desenvolvimento na área de Vigilância em Saúde:

- ❖ Programa Nacional de Imunizações;
- ❖ Programa Nacional de IST / AIDS;
- ❖ Programa Nacional de Controle da Tuberculose;
- ❖ Programa Nacional de Controle da Hanseníase;
- ❖ Programa VIGIAR – SUS (Centros de Informações Estratégicas – Rede CIE-VS, Rede de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – Renaveh, Vigilância de Desastres – Vigidesastres);
- ❖ Programa Nacional de Controle das Arboviroses / *Aedes aegypti*;
- ❖ Programa Nacional de Monitoramento da Qualidade da Água para Consumo Humano;
- ❖ Ações de monitoramento da Segurança do Paciente no âmbito da Vigilância Sanitária;
- ❖ Projeto INTEGRAVISA- Qualificação da Gestão;
- ❖ Programa de Monitoramento da Qualidade de Produtos sujeitos a VISA, baseado em riscos.
- ❖ Sistema de Gestão da Qualidade - harmonização de procedimentos, na VISA e LACEN.



Agenda prioritária - principais desafios atuais:

- ❖ Promover a qualificação e recomposição das equipes técnicas das diversas áreas da vigilância em saúde nas três esferas de governo, fortalecendo a descentralização das ações;
- ❖ Fortalecimento da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública / LA-CENS;
- ❖ Integração das Ações de Vigilância em Saúde e da Atenção Primária em Saúde / Incorporação das ações de vigilância, prevenção e promoção da saúde no cotidiano das Equipes de Saúde da Família;
- ❖ Preparação e resposta às Emergências em Saúde Pública;
- ❖ Vigilância e controle das Síndromes Respiratórias Agudas, a exemplo da Covid-19;
- ❖ Recuperação e homogeneidade das coberturas vacinais;
- ❖ Manutenção da situação de erradicação da Poliomielite, com atenção à situação de alto risco em quase todo o território nacional / Recuperação do Certificado de Eliminação do Sarampo;
- ❖ Fortalecimento da capacidade de análise e monitoramento da situação de saúde;
- ❖ Atualização das legislações relacionadas às ações de Vigilância em Saúde, com especial atenção ao Código Sanitário e à implementação dos processos administrativos;
- ❖ Adotar os princípios de Gerenciamento de Risco nas ações de Vigilância em Saúde, em especial na Vigilância Sanitária.

Propostas do Conass

Fortalecer a capacidade de preparação e resposta às emergências de saúde pública com estruturas adequadas, disponibilizadas em rede por todo o país, que propiciem maior capacidade de resposta, construindo conhecimento e cumprindo o dever do estado na proteção da saúde da população.

Promover a manutenção de coberturas vacinais elevadas e homogêneas em todo o país; reforçar toda a infraestrutura da rede de frio; estimular a implementação de horários alternativos para funcionamento das salas de vacina, com vistas a facilitar o acesso da população; investir nas ações de educação permanente e treinamento das equipes e inovação tecnológica.

Adotar, de modo permanente, ações de comunicação em saúde, tanto com foco na importância da vacinação, na segurança e eficácia das vacinas, nos riscos de reemergência de doenças imunopreveníveis, quanto nas ações de promoção da saúde.

The page is decorated with several clusters of orange crosses arranged in a circular pattern, resembling stylized snowflakes or virus particles. These clusters are located in the top-left, top-right, middle-left, middle-right, bottom-left, and bottom-right areas of the page.

Para saber mais:

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 588, de 12/07/2018: Política Nacional de Vigilância em Saúde. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil: Análise da Situação de Saúde: Várias publicações disponíveis em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/publicacoes/saude-brasil/>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. 5ª edição disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude_5ed_21nov21_isbn5.pdf/view. 6ª edição em fase de finalização

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diversas publicações e notas técnicas referentes às diversas áreas e temas específicos disponíveis em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs>

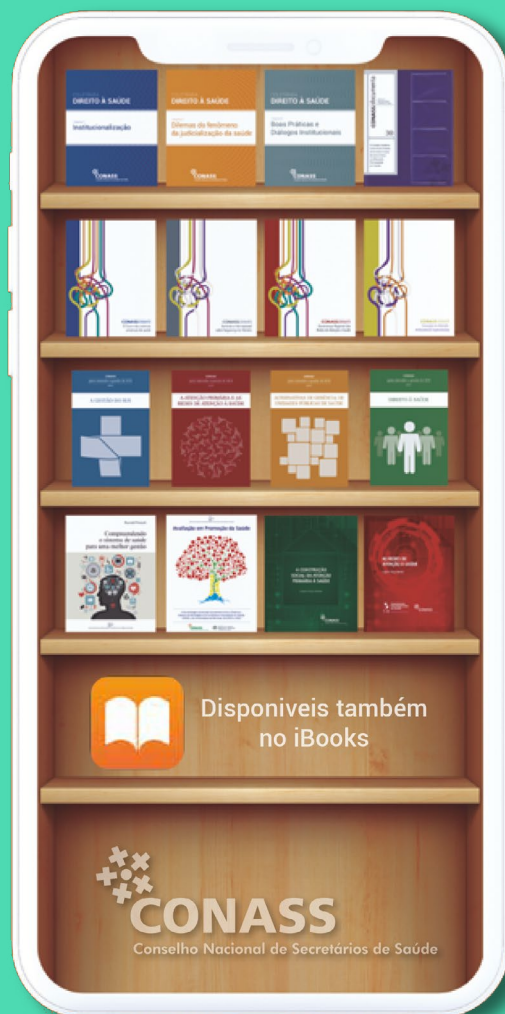
Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde: Coleção Conass Covid-19. 6 volumes disponíveis em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/>

Covid-19: Estratégia de Gestão. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/covid-19-estrategia-de-gestao/>

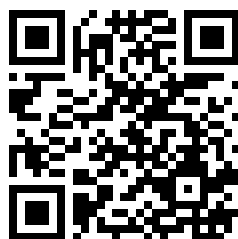
11

Assistência Farmacêutica

BIBLIOTECA DIGITAL DO CONASS



Tenha acesso a centenas de publicações sobre a gestão do SUS, disponíveis gratuitamente na biblioteca digital do Conass. É só baixar e compartilhar!



Somente após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), é que o termo “assistência farmacêutica” aparece textualmente em lei, como direito de todos à assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. É uma das áreas estratégicas de um sistema de saúde que tem o medicamento como parte essencial.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica - PNAF (Resolução nº 338/2004), parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolve um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade. Esse conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua

utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

O financiamento da assistência farmacêutica é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS e está relacionado com a característica da estratégia de acesso pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), com respaldo normativo na Portaria GM/MS nº 3.992/2017. A responsabilidade é distinta entre os entes federados, a depender do formato adotado de acesso estabelecido.

No âmbito do SUS, os medicamentos disponíveis para o tratamento de doenças ou de agravos são aqueles padronizados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). As responsabilidades das instâncias gestoras do SUS (Federal, Estadual e Municipal) em relação ao acesso de medicamentos estão definidas em três componentes: básico, estratégico e especializado.



Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF)

Promove ao cidadão acesso a medicamentos e insumos para o tratamento dos principais problemas de saúde e programas da Atenção Primária. As normas de financiamento e execução do CBAF são estabelecidas pela Portaria de Consolidação (PRC) GM/MS nº 06, de 28 de setembro de 2017, e os medicamentos estão estabelecidos nos anexos I e IV da RENAME. O Ministério da Saúde (MS) é responsável pela instrução dos processos de pagamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica realizado aos municípios e no âmbito

da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Além disso, por meio desse Componente da Assistência Farmacêutica, são gerenciados os programas: i. Calamidade Pública; ii. Plantas Medicinais e Fitoterápicos; e iii. Qualifar-SUS.

No âmbito da PNAISP, a Assistência Farmacêutica Básica é prestada por meio do repasse anual de recursos, sendo que o seu financiamento e execução estão regulamentados nos artigos 573 a 585 da PRC GM/MS nº 06/2017.

Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF)

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) destina-se à garantia do acesso a medicamentos e insumos, no âmbito do SUS, para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos de perfil endêmico, com importância epidemiológica, impacto socioeconômico ou que acometem populações vulneráveis, contemplados em programas estratégicos de saúde do SUS.

A organização e a execução das ações do CESAF estão em consonância com o disposto nas Políticas Nacionais de Medicamentos (PNM), de Assistência Farmacêutica (PNAF), de Atenção Básica/Primária (PNAB),

de Vigilância em Saúde (PNVS) e de Atenção Especializada à Saúde (SAES). Essas políticas devem orientar os gestores das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e do Distrito Federal na operacionalização do processo de programação, distribuição e monitoramento de estoques dos medicamentos e insumos.

O financiamento é federal, e todos os medicamentos dessa política são adquiridos de forma centralizada pelo MS e distribuídos periodicamente aos estados. As normas de execução e financiamento do CESAF estão dispostas na portaria GM/MS nº 4.114, de 30 de dezembro de 2021.

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizada pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde.

Considerando o equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS no que diz respeito ao financiamento do CEAF, a complexidade da doença a ser tratada ambulatorialmente e a garantia da integralidade do tratamento da doença no âmbito da linha de cuidado, os medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado dos PCDT são divididos em três grupos, conforme características, responsabilidades e formas de organização distintas:

Grupo 1: medicamentos sob responsabilidade de financiamento pelo MS, sendo dividido em: a) Grupo 1A: medicamentos com aquisição centralizada pelo MS e fornecidos às SES e Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas

no âmbito deste Componente; e b) Grupo 1B: medicamentos financiados pelo MS, mediante transferência de recursos financeiros para aquisição pelas SES e Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do CEAF.

Grupo 2: medicamentos sob responsabilidade das SES e do Distrito Federal pelo financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do CEAF.

Grupo 3: medicamentos sob responsabilidade dos Municípios para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação. Está estabelecida em ato normativo específico que regulamenta o CBAF.

O acesso aos medicamentos do CEAF consiste no cumprimento de algumas etapas, a saber: solicitação do medicamento, dispensação ao paciente e renovação da continuidade do tratamento, que devem ocorrer somente em estabelecimentos de saúde vinculados às unidades públicas designadas pelos gestores estaduais. Contudo, a

realização dessas etapas pode ocorrer pela rede de serviços públicos dos municípios, desde que ocorra a pactuação entre os gestores estaduais e municipais, e que sejam respeitados os critérios da regulamentação, os critérios legais e sanitários vigentes e os demais critérios de execução definidos no CEAF.

Atualmente, o CEAF é regulamentado pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 02 (regras de financiamento e execução) e pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 06 (regras de financiamento, controle e monitoramento), ambas de 28 de setembro de 2017 e retificadas no Diário Oficial da União de 13 de abril de 2018.

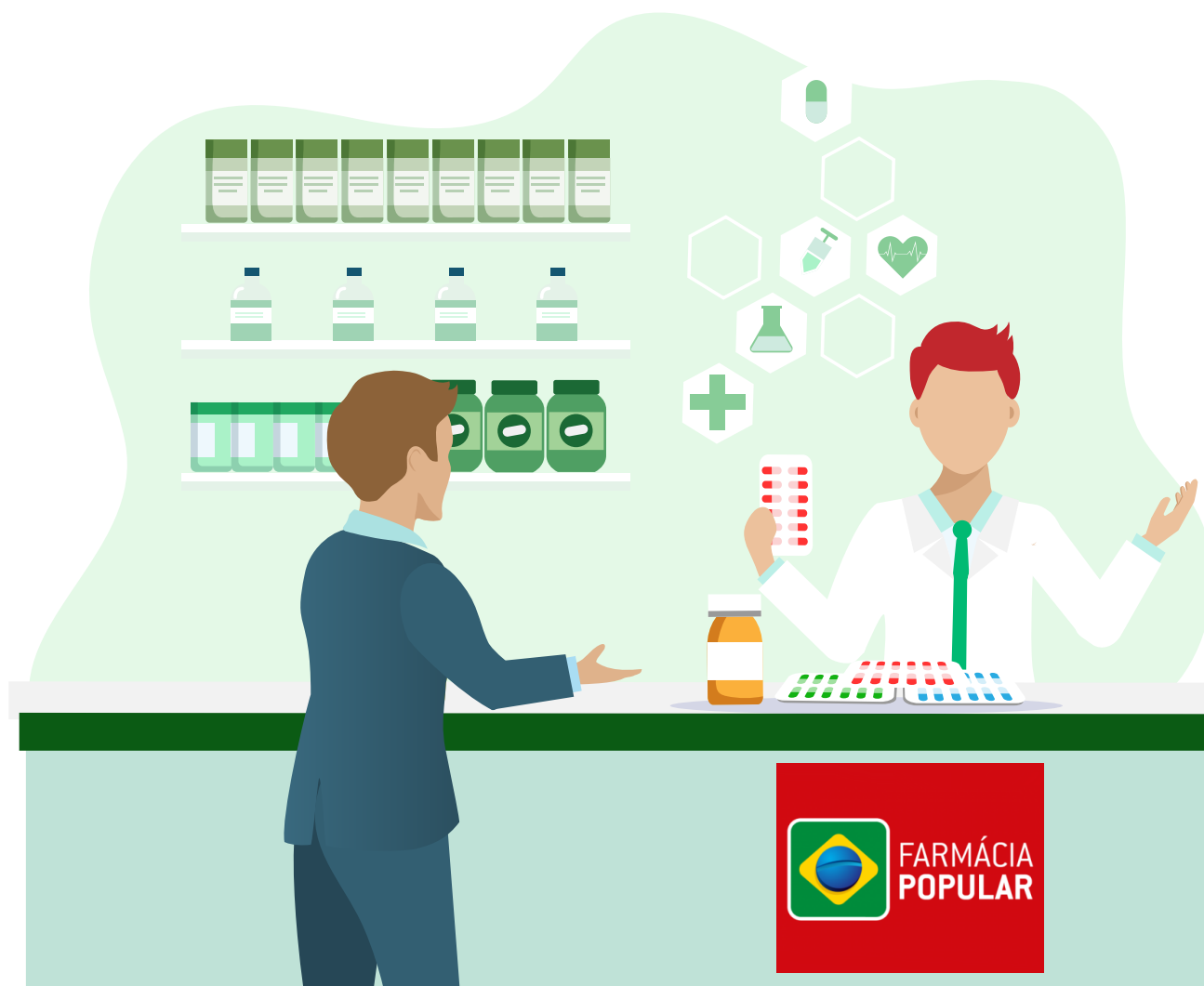
Medicamentos de uso hospitalar e oncológicos

Diferentemente dos medicamentos de uso ambulatorial, na atenção hospitalar, a responsabilidade pela definição do elenco, aquisição e fornecimento dos medicamentos é das próprias unidades hospitalares. O financiamento é realizado por meio de um sistema de pagamento prospectivo por procedimento, operacionalizado pelas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), preenchidas e emitidas para fins de reembolso financeiro para cada internação realizada em hospitais conveniados ao SUS, conforme a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

A aquisição de medicamentos de uso hospitalar pelas SES e pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS), é realizada somente nos estados e municípios que possuem hospitais da sua gestão direta.

Da mesma forma, o acesso aos medicamentos oncológicos, não se dá por meio dos Componentes da Assistência Farmacêutica. O MS, as SES e SMS não disponibilizam diretamente medicamentos contra o câncer. Os hospitais habilitados em oncologia pelo SUS, sejam eles públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos, são os responsáveis pelo fornecimento dos medicamentos para tratamento do câncer, por meio da sua inclusão nos procedimentos quimioterápicos registrados no subsistema APAC (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade do Sistema de Informação Ambulatorial) do SUS e são ressarcidos pelo MS, conforme o código específico. Esses medicamentos são padronizados, adquiridos e prescritos pelo próprio hospital e devem seguir os protocolos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde, quando existentes.

Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB)



O PFPB disponibiliza medicamentos gratuitos para o tratamento de diabetes, asma e hipertensão e, de forma subsidiada, para dislipidemia, rinite, doença de Parkinson, osteoporose, glaucoma, anticoncepção e fraldas geriátricas. Nesses casos, o Ministério da Saúde paga parte do valor dos medicamentos (até 90% do valor de referência tabe-

lado) e o cidadão paga o restante, de acordo com o valor praticado pela farmácia.

Para a obtenção dos medicamentos e/ou fraldas geriátricas pelo PFPB, o paciente deve comparecer a um estabelecimento credenciado, identificado pelo adesivo com a logomarca do Programa (PFPB), e apresentar documento oficial com foto, CPF e receita médica.

Agenda de discussões

Em andamento

- ✿ Novo marco regulatório do CEAF;
- ✿ Remodelação do programa Qualifar-SUS;
- ✿ Estratégias para reembolso administrativo pelo MS em relação às aquisições de medicamentos pelas SES por meio de força judicial.

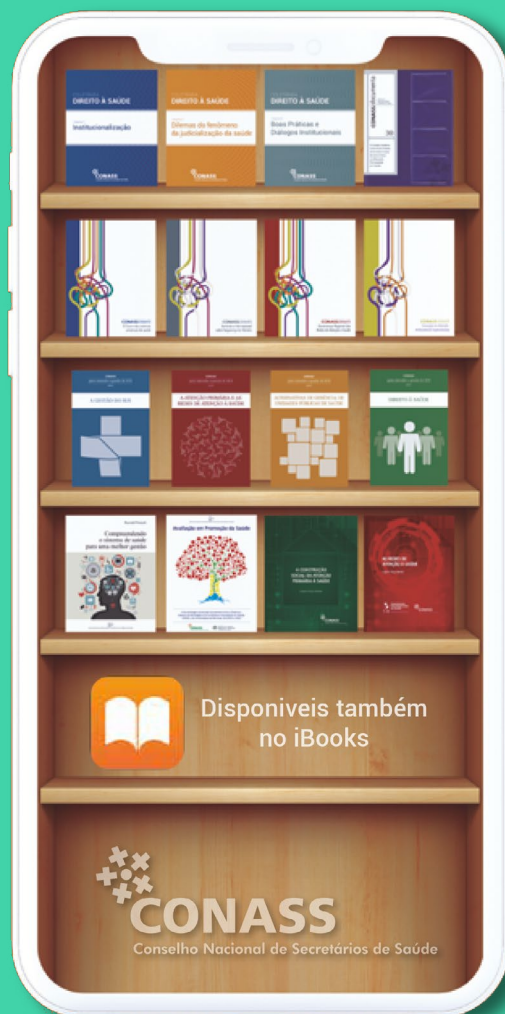
Principais discussões pendentes e gargalos

- ✿ Ampliação do financiamento federal na Assistência Farmacêutica, incluindo ajuste nos procedimentos oncológicos;
- ✿ Regularização do abastecimento dos medicamentos de compra centralizada pelo MS;
- ✿ Política específica para medicamentos manipulados, sobretudo, para condições pediátricas;
- ✿ Definição de financiamento das fórmulas para Alergia a Proteína do Leite de Vaca (APLV).

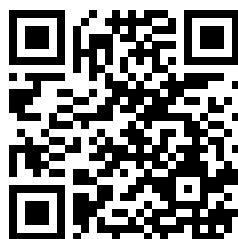
12

Incorporação de Tecnologias no SUS

BIBLIOTECA DIGITAL DO CONASS



Tenha acesso a centenas de publicações sobre a gestão do SUS, disponíveis gratuitamente na biblioteca digital do Conass. É só baixar e compartilhar!



O processo de incorporação de tecnologias em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) é de responsabilidade do Ministério da Saúde (MS), assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (Conitec). A Conitec foi criada pela Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS. O Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011, regulamenta o funcionamento da Comissão. Sua estrutura é composta por dois fóruns: o Plenário e a Secretaria-Executiva.

O Plenário é o fórum responsável pela emissão de recomendação sobre incorporação, exclusão ou alteração das tecnologias no âmbito do SUS, sobre constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT) e atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename. Atualmente, o Plenário é composto por 13 membros representantes de diversos órgãos e entidades, indicados pelos seus dirigentes, todos com direito a voto. São membros do Plenário: representantes das secretarias do Ministério da Saúde, Anvisa, ANS, Conass, Conasems, CFF e CNS.

A Secretaria-Executiva, exercida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde (DGITIS) do MS, é responsável pela gestão e coordenação das atividades da Comissão, bem como pela emissão de relatórios técnicos sobre a tecnologia avaliada, que considera as evidências científicas, a avaliação econômica e o impacto da incorporação da tecnologia no SUS.

O processo de incorporação passa pelas seguintes etapas: (1) instauração de processo administrativo contendo a demanda de incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde no SUS; (2) análise da conformidade documental; (3) avaliação e recomendação pelo Plenário da Comissão; (4) consulta pública; (5) decisão final pelo Secretário(a) de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do MS, que poderá ser precedida por audiência pública; (6) publicação da decisão em Diário Oficial da União (DOU). A oferta ao SUS deve ser efetivada, pelas áreas técnicas, no prazo máximo de 180 dias, a partir da publicação da decisão de incorporação da tecnologia em saúde ou da publicação do protocolo clínico e diretriz terapêutica.

A racionalidade técnico-científica da Comissão está relacionada à utilização dos conhecimentos da clínica, da epidemiologia, do planejamento e da gestão em saúde e, em particular, da Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) como fio condutor do processo de decisão referente à recomendação de incorporação ou não de tecnologias em saúde ao SUS. A ATS tem como principal objetivo auxiliar os gestores em saúde na tomada de decisões coerentes e racionais quanto à

incorporação de novas tecnologias. É o processo pelo qual são evidenciadas as consequências da introdução de tecnologias, cujo valor é incerto para os sistemas de saúde.

A Comissão se reúne mensalmente, sempre nas primeiras quartas e quintas-feiras do mês. Desde sua criação, a Conitec já realizou mais de mil avaliações e emitiu mais de 700 recomendações.

Agenda de discussões

Em 2022, o processo de incorporação de tecnologias em saúde no SUS foi contemplado com alterações na Lei 8.080/90 e no Decreto nº 7.646/11. Essas alterações foram estabelecidas pela Lei nº 14.313, de 21 de março de 2022 e pelo Decreto nº 11.161, de 04 de agosto de 2022.

Adicionalmente, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi), está em execução o projeto ATS-Educação, que tem como principal objetivo implementar um Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Nats) nas SES.

Principais discussões pendentes e gargalos

Eurgente a reflexão pelos gestores do SUS de que a Conitec é órgão assessor do Ministério da Saúde. A Conitec não incorpora, apenas recomenda. A falta de definição de um fluxo após deliberação da Conitec tem se tornado um problema crônico para o SUS. É fundamental que o SUS estabeleça e regule um fluxo de implementação de tecnologias que tiveram recomendação de incorporação pela Comissão. É necessário refletir sobre a necessidade de entendimento pelo MS para que de-

termine a incorporação de tecnologias recomendadas pela Conitec somente após as definições de financiamento e critérios de acesso no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

A pactuação do financiamento pela CIT, referente às tecnologias incorporadas, está prevista na Lei 12.401/11. Todavia, na prática, somente a pactuação de medicamentos, cujo acesso se dará por meio dos Componentes da Assistência Farmacêutica é realizada.

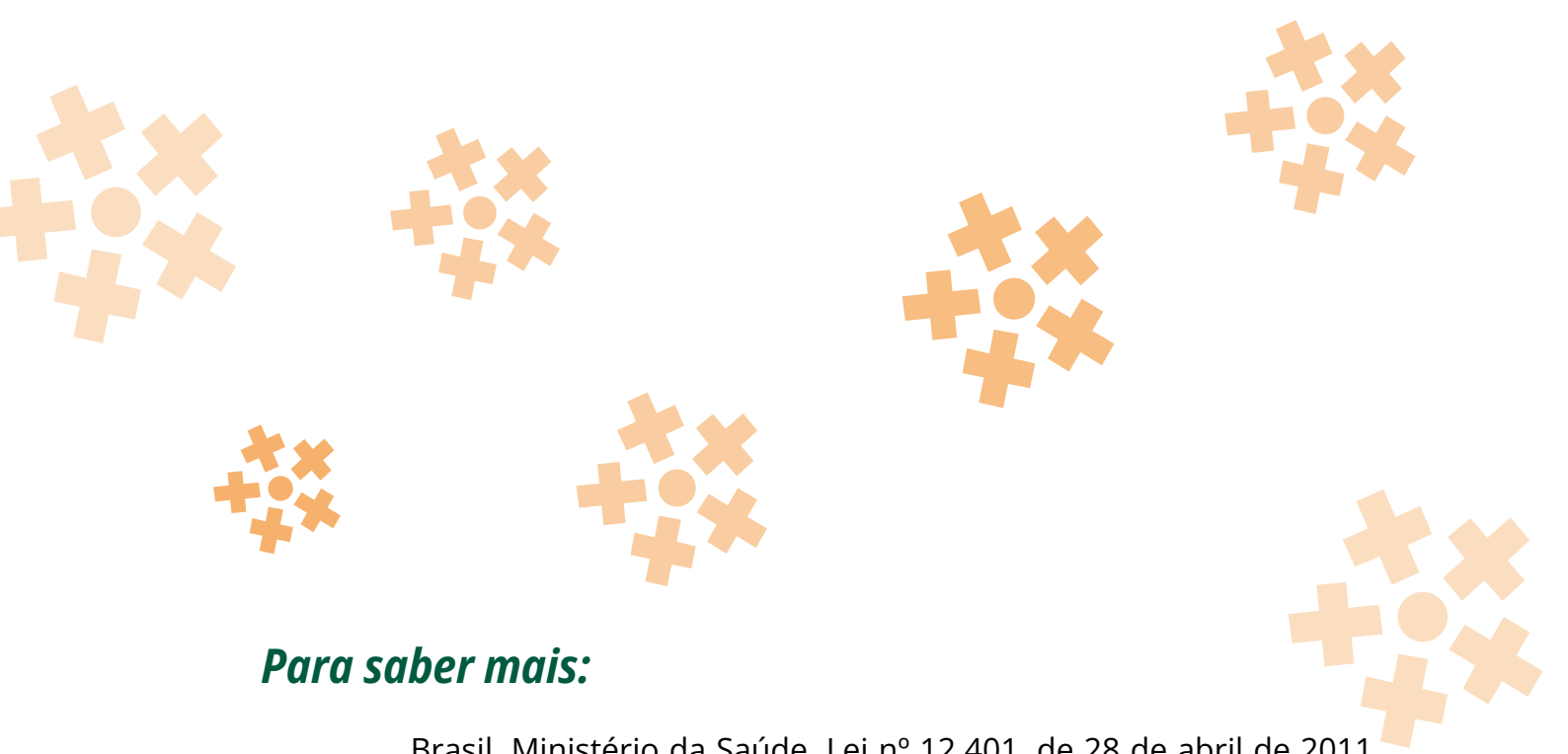
A análise da Conitec não é a análise do orçamento disponível. Em princípio, não cabe à Conitec, em sua análise, incorporar ou deixar de incorporar pela existência ou não de disponibilidade orçamentária. Isso é competência dos gestores do SUS. De forma lógica, o financiamento de to-

das as tecnologias com recomendação de incorporação pela Conitec, deve ser discutido no âmbito do Grupo de Trabalho de Gestão da CIT – subgrupo Planejamento e Financiamento, e as características de acesso pelos Grupos de Trabalhos específicos das áreas fins.

Fluxo de Incorporação de Tecnologia



Fonte: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) <<https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/a-comissao/conheca-a-conitec>>



Para saber mais:

Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. 28 Abr 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 21 Dez 2011.

Lima SGG, Brito C de, Andrade CJC de. O processo de incorporação de tecnologias em saúde no Brasil em uma perspectiva internacional. *Cien Saude Colet*. 2019;24(5):1709–22.

Souza KA de O, Souza LEPF de. Incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde: as racionalidades do processo de decisão da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*. 2018;42(spe2):48–60.

Caetano R, da Silva RM, Pedro ÉM, de Oliveira IAG, Biz AN, Santana P. Incorporation of new medicines by the national commission for incorporation of technologies, 2012 to june 2016. *Cienc e Saúde Coletiva*. 2017;22(8):2513–25.

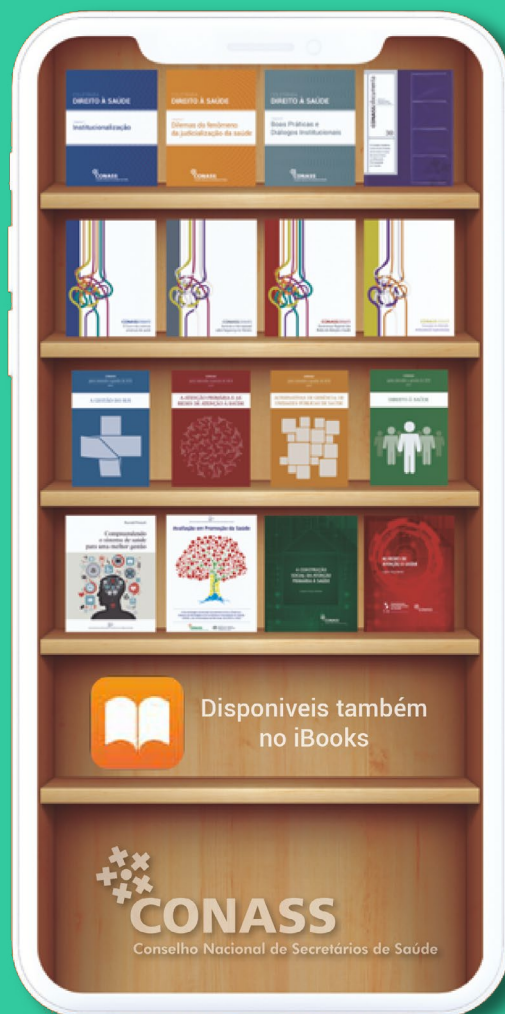
Portal do Ministério da Saúde, seção do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde (DGITIS). Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br>

Vídeo institucional – A CONITEC. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=XNH_6pZIHPO

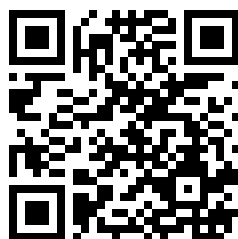
13

Informação e Informática em Saúde/Saúde Digital

BIBLIOTECA DIGITAL DO CONASS

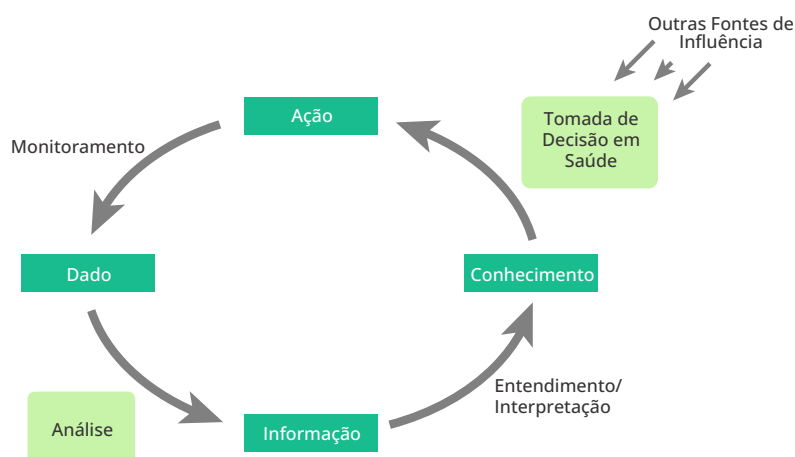


Tenha acesso a centenas de publicações sobre a gestão do SUS, disponíveis gratuitamente na biblioteca digital do Conass. É só baixar e compartilhar!



O Sistema de informação em saúde é definido como um “conjunto de componentes que coletam, processam, armazenam e distribuem a informação para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar no controle das organizações de saúde” (OMS, 2008).

Os sistemas de informação produzem dados para a continuidade do cuidado e para a análise de situação de saúde, regulação do acesso aos serviços, monitoramento e avaliação da gestão.



Um modelo de atenção efetivo e qualificado exige, segundo Mendes (2012), “sistemas de informações clínicos bem estruturados, com base em prontuários clínicos, utilizados isoladamente, ou como parte de um Registro Eletrônico em Saúde”ⁱ. Os sistemas de informação clínica são essenciais, tanto na Atenção Primária à Saúde - APS (que demanda sistemas informatizados para classificação de risco das pessoas em situação de urgência e prontuários clínicos familiares eletrônicos, essenciais aos cuidados de portadores de condições crônicas), como nos demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), para a continuidade do cuidado, uma vez que “a introdução de tecnologias de informação viabiliza a implantação da gestão da clínica nas organizações de saúde e reduz os custos pela eliminação de retrabalhos e de redundâncias no sistema de atenção à saúde”.¹

O Sistema Único de Saúde (SUS) é de gestão tripartite, logo, os sistemas de informação devem considerar as necessidades e atribuições das três esferas de gestão.

ⁱ Mendes, Eugênio Vilaça: O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasil: Organização Pan-Americana da Saúde e Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2012. Págs. 94 e 119-20. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/o-cuidado-das-condicoes-cronicas-na-atencao-primaria-a-saude/>.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é de gestão tripartite, logo os sistemas de informação devem considerar as necessidades e atribuições das três esferas de gestão.

Cabe ao MS a consolidação de dados nacionais para que as ações e serviços de saúde sejam realizados de forma coordenada nos diferentes territórios. É papel do MS, portanto, redistribuir com agilidade os dados e informações coletados localmente e centralizados nacionalmente, de modo a viabilizar a tomada de decisão. Contudo, a necessária disseminação não vem ocorrendo de forma adequada, apresentando dados incompletos, em tempo inoportuno e fragmentados, sem vinculação entre os diferentes Sistemas de Informação de Saúde (SIS). Além disso, as bases de dados e aplicações apresentam instabilidade, número excessivo de variáveis e falhas de padronização. Consequentemente, muitos estabelecimentos, municípios e estados apresentam dificuldades em identificar o valor dos dados consolidados nacionalmente e não se veem estimulados a investir na utilização dos SIS providos pelo Ministério da Saúde (MS) ou na acuidade do envio dos dados, sobretudo, quando não estão atrelados a recursos financeiros.

As falhas na resposta nacional às necessidades estaduais e municipais relacionadas à questão da informação em saúde geram sobredemanda para as secretarias estaduais e municipais, obrigando ao desenvolvimento de sistemas próprios. No entanto, muitas secretarias não dispõem de equipes de TI com qualificação para esse de-

envolvimento, levando à aquisição ou contratação junto a terceiros. Dessa forma, é fundamental dispor de servidores qualificados em informática em saúde para a incorporação desses sistemas, o que inclui acompanhar e fiscalizar seu desenvolvimento, manutenção e operação, avaliando ainda se os padrões e modelos de dados pactuados nacionalmente estão sendo utilizados.

Consequentemente, ocorre um agravamento cada vez maior da fragmentação das informações dentro do SUS, impossibilitando uma comunicação eficiente entre os diversos atores, sendo necessário redobrar esforços para integração e interoperabilidade dos diversos SIS.

Para o enfrentamento dessas dificuldades, que já persistem há muitos anos, o Sistema Único de Saúde, tanto nas instâncias de discussão tripartite, como do controle social, construiu a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde e a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil, com vistas a assegurar padrões de tecnologia da informação e comunicação do SUS, atrelando processos de trabalho de gestão pública e privada. Seus planos de ação precisam ser continuamente monitorados em âmbito tripartite, de modo a assegurar o cumprimento de seus cronogramas de forma transparente, com resultados mais efetivos.

A principal estratégia trazida por esses documentos é a implementação da Rede Nacional de Dados em Saúde – RNDS. Ainda que incipiente, permitirá não só a integração das informações,

como também a troca de informações clínicas entre os diferentes pontos de atenção, com vistas à continuidade do cuidado.

Principais diretrizes da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS):

- ❖ Promover a inovação em Saúde Digital;
- ❖ Reconhecer a RNDS como a plataforma nacional de integração de dados em saúde no país;
- ❖ Apoiar a transformação digital dos processos de trabalho em saúde;
- ❖ Aprimorar a governança no uso da informação;
- ❖ Aperfeiçoar as soluções de tecnologia da informação e da saúde digital;
- ❖ Preservar a autenticidade, a integridade, rastreabilidade e qualidade da informação em saúde, observado o disposto na Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, Lei Geral de Proteção de Dados;
- ❖ Pactuação prévia, nas respectivas comissões intergestores, para o desenvolvimento e implantação de sistemas de informação em saúde de base nacional ou estadual, com tecnologias compatíveis e integradas;
- ❖ Aprimorar a transparência, a segurança e o acesso às informações em saúde pela população e melhoria da saúde do cidadão;
- ❖ Fortalecer modelos de monitoramento, auditoria e avaliação para os avanços e necessidades de soluções de saúde digital, por meio do Comitê Gestor de Saúde Digital (CGSD) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS).^{2,3}

A Estratégia de Saúde Digital para o Brasil – ESD e a Rede Nacional de Dados em Saúde – RNDS

A ESD tem como objetivo principal a “ampliação do acesso à informação em saúde visando a continuidade do

cuidado em todos os níveis de atenção à saúde, de forma a qualificar o atendimento e o fluxo de informações, fortalecendo o

2 Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 659, de 26 de julho de 2021. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/1922-resolucao-n-659-de-26-de-julho-de-2021>

3 Brasil. Ministério da Saúde: Portaria GM/MS Nº 1.768, de 30 de julho de 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.768-de-30-de-julho-de-2021-335472332>

*apoio à decisão clínica, vigilância em saúde, regulação, gestão, ensino e pesquisa”.*ⁱⁱ

A Visão Estratégica apresentada na última versão do documento, atualizada para o período 2020-2028 é de que “até 2028, a RNDS estará estabelecida e reconhecida como a plataforma digital de inovação, informação e serviços de saúde para todo o Brasil, em benefício de usuários, cidadãos, pacientes, comunidades, gestores, profissionais e organizações de saúde.”⁴

Traz em seu plano de ação 7 prioridades:

1. **Governança e Liderança para a ESD:** *Garantir que a ESD seja desenvolvida sob a liderança do Ministério da Saúde, mas que, ao mesmo tempo, seja capaz de incorporar a contribuição ativa dos atores externos que participam das plataformas de colaboração;*⁴
2. **Informatização dos três Níveis de Atenção:** *Induzir a implementação de políticas de informatização dos sistemas de saúde, acelerando a adoção de sistemas de prontuários eletrônicos e de gestão hospitalar como parte integradora dos serviços e processos de saúde;*⁴
3. **Suporte à Melhoria da Atenção à Saúde:** *Fazer com que a RNDS ofereça suporte às melhores práticas clínicas, por meio de serviços, como tele saúde, e apps desenvolvidos no MS e também outras aplicações que sejam desenvolvidos pela plataforma de colaboração;*⁴
4. **O Usuário como Protagonista:** *Engajamento de pacientes e cidadãos,*

*para promover a adoção de hábitos saudáveis e o gerenciamento de sua saúde, da sua família e da sua comunidade, além de auxiliar na construção dos sistemas de informação que irão utilizar;*⁴

5. **Formação e Capacitação de Recursos Humanos:** *Capacitar profissionais de saúde em Informática em Saúde e garantir o reconhecimento da Informática em Saúde como área de pesquisa e o Informata em Saúde como profissão;*⁴
6. **Ambiente de Interconectividade:** *Permitir que a RNDS potencialize o trabalho colaborativo em todos os setores da saúde para que tecnologias, conceitos, padrões, modelos de serviços, políticas e regulações sejam postos em prática;*⁴
7. **Ecossistema de Inovação:** *Garantir que exista um Ecossistema de Inovação que aproveite ao máximo o Ambiente de Interconectividade em Saúde, estabelecendo-se como um grande laboratório de inovação aberta, sujeito às diretrizes, normas e políticas estabelecidas por meio da prioridade 1.*⁴

A RNDS pretende estruturar as informações referentes aos atendimentos prestados aos usuários do SUS visando à implementação da interoperabilidade, permitindo o recebimento, armazenamento, disponibilização, acesso e análise de dados e informações em saúde.

ii Brasil. Ministério da Saúde: Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf

A Estratégia de Saúde Digital e as Ações de Telessaúde e Telemedicina

Cabe destacar que o conceito de Saúde Digital incorpora, além da Informação e Informática em Saúde, já tratada anteriormente, também o uso das tecnologias de informação e comunicação na assistência à saúde, por meio da telessaúde e telemedicina.

A Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022, traz como conceito de telessaúde *“a modalidade de prestação de serviços de saúde a distância, por meio da utilização das tecnologias da informação e da comunicação, que envolve, entre outros, a transmissão segura de dados e informações de saúde, por meio de textos, de sons, de imagens ou outras formas adequadas”*, abrangendo a prestação remota de serviços relacionados a todas as profissões da área da saúde.ⁱⁱⁱ

Nos aspectos relacionados especificamente à prática médica, esta foi regulamentada pela Resolução nº 2314 / 2022 do Conselho Federal de Medicina, que define a telemedicina *“como o exercício da medicina mediado por Tecnologias Digitais, de Informação e de Comunicação (TDI-Cs), para fins de assistência, educação, pesquisa, prevenção de doenças e lesões, gestão e promoção de saúde”*^{iv}

A Saúde Digital na nova estrutura do Ministério da Saúde

Diante da relevância cada vez maior da área de Saúde Digital para o Sistema Único de Saúde, foi criada, recentemente, no Ministério da Saúde, a Secretaria de Informação e Saúde Digital, com as seguintes competências:^v

- ❖ Apoiar as Secretarias do Ministério da Saúde no planejamento, uso e incorporação de produtos e serviços de informação e tecnologia da informação e comunicação, incluindo telessaúde, infraestrutura de

iii Brasil. Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional, e a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015; e revoga a Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14510.htm

iv Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.314 / 2022. Define e regulamenta a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2022/2314_2022.pdf

v Brasil. Decreto nº 11.358, de 1º de janeiro de 2023. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão e funções de confiança. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/decreto-n-11.358-de-1-de-janeiro-de-2023-455353763>

- tecnologia da informação e comunicação - TIC, desenvolvimento de software, interoperabilidade, integração e proteção de dados, disseminação de informações e políticas de avaliação e monitoramento em saúde;
- ❖ Monitorar o portfólio de tecnologias de saúde digital do Ministério da Saúde, inclusive os dicionários de dados, sistemas nacionais de informação em saúde, sistemas internos de gestão, tecnologias de telessaúde, padrões semânticos e tecnológicos e demais soluções de *hardware* e *software*;
 - ❖ Manter as bases de dados dos sistemas de informação do Ministério da Saúde;
 - ❖ Coordenar a Política de Monitoramento e Avaliação do SUS;
 - ❖ Coordenar as políticas de prospecção e incorporação de tecnologias digitais e telessaúde ao Sistema Único de Saúde;
 - ❖ Definir critérios e coordenar a gestão do acesso e compartilhamento das bases de dados do Ministério da Saúde;
 - ❖ Definir, implementar e monitorar as políticas, práticas e procedimentos relativos à proteção de dados, no âmbito Ministério da Saúde;
 - ❖ Monitorar a conformidade das políticas de TIC e de proteção de dados com as normas e políticas de tecnologia, informação e comunicação da administração pública federal;
 - ❖ Coordenar a implementação e a atualização da Política Nacional de Informação e Informática do SUS e o Plano Diretor de Tecnologia da Informação, no âmbito do Ministério da Saúde;
 - ❖ Definir padrões tecnológicos e semânticos para o desenvolvimento, integração e interoperabilidade de soluções de TIC e saúde digital, inclusive telessaúde, no âmbito do Ministério da Saúde;
 - ❖ Estabelecer programas de cooperação tecnológica e educacional com gestores, entidades de pesquisa e ensino e organizações da sociedade civil para prospecção e transferência de tecnologias digitais e para formação em saúde digital;
 - ❖ Propor padrões tecnológicos e semânticos para o desenvolvimento, integração e interoperabilidade de soluções de TIC e saúde digital, incluindo telessaúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde; e
 - ❖ Coordenar o Comitê Gestor de Saúde Digital.

Principais desafios para a implantação da ESD e da RNDS

- ❖ **Federalização das bases de dados:** Na pactuação tripartite da ESD e da RNDS acordou-se a implantação de bases distribuídas em “containers” estaduais, o que até o momento não foi priorizado. Essa descentralização poderá ser gradual, uma vez que exigirá infraestrutura, conectividade e equipes adequadas frente à responsabilidade que será assumida para sua manutenção e disponibilidade.
- ❖ **Consolidar a implementação da RNDS, com a incorporação de novas informações:** Agilizar a incorporação

à RNDS dos sistemas legados (SISAB / e-SUS APS, SI-PNI, SINAN, SINASC, SIM, GAL, BNAFAR, SISREG), agilizar a implementação do Conjunto Mínimo de Dados - CMD - da Assistência à Saúde (incorporando os atuais SIA e SIH), bem como dos documentos clínicos com informações essenciais para a continuidade do cuidado, como o Registro de Atendimento Clínico - RAC, Sumário de Alta Hospitalar e Prescrição Eletrônica.

❖ **Modelos de dados e modelos computacionais:** Publicar padrões de interoperabilidade entre diferentes Sistemas de Informação de Saúde, incluindo gestão de metadados e regras de negócio consumíveis por máquina relativas aos documentos clínicos, diretrizes terapêuticas e protocolos acima citados, com ampla discussão, formulação e publicação no portal de serviços do Datatus, para consumo por parte dos integradores estaduais, municipais e privados. Dar ampla divulgação aos modelos já pactuados (RAC, Sumário de Alta e Prescrição Eletrônica).

❖ **Alimentação das informações em meio eletrônico no momento do cuidado:** Tanto para produzir de forma automatizada os documentos clínicos, como para futura integração com os sistemas de informação é essencial a implantação de prontuários eletrônicos em cada ponto de atenção. Esse processo já está bastante avançado na Atenção Primária com a disseminação do uso do e-SUS APS e integração de informações de outras soluções locais

adquiridas junto ao setor privado, apesar de ainda ser necessário avançar

na universalização da informatização e conectividade das Unidades Básicas de Saúde. Já na Atenção Hospitalar e na Atenção Ambulatorial Especializada, será necessário avançar muito, não só na questão da infraestrutura, conectividade e capacitação das equipes, mas também na disponibilização de solução pública para a ampla utilização de prontuários eletrônicos. Para a Atenção Ambulatorial está em fase avançada a adaptação do próprio e-SUS APS, enquanto que para a Atenção Hospitalar quase não tivemos avanços.

❖ Avançar na atualização tecnológica e redução da fragmentação dos diversos sistemas de informação.

❖ Retomada da estratégia nacional de monitoramento e avaliação por meio da RIPSa e da SAGE, contemplando a integração das equipes de ciência de dados, padronizando estratégias analíticas, inclusive, atualizando o IDB e dando vazão a soluções automatizadas de compartilhamento de microdados, gestão de metadados e soluções de visualização com tradução do conhecimento para técnicos de saúde e sociedade civil.



Propostas do Conass

Efetivar a Estratégia de Saúde Digital e a Rede Nacional de Dados em Saúde priorizando a informatização e conectividade dos diversos pontos de atenção e das secretarias de saúde; reforçar a formação e educação permanente em Saúde Digital para todos os profissionais de saúde e fortalecer as ações de Telessaúde (Tele-educação, Tele-assistência e Telemedicina).

Fortalecer a governança interinstitucional da Estratégia da Saúde Digital para o Brasil 2020-2028, a qual instrumentaliza a informatização nos três níveis de atenção à saúde, mitigando a fragmentação com a interoperabilidade entre os diversos atores da gestão e sociedade civil.

Estender o uso de plataformas móveis e aplicações a 100% das unidades de atenção à saúde e vigilância em todos os ambientes de trabalho com conectividade e recursos físicos de informática.

Para saber mais:

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 659, de 26 de julho de 2021. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/1922-resolucao-n-659-de-26-de-julho-de-2021>

Brasil. Ministério da Saúde: Portaria GM/MS N° 1.768, de 30 de julho de 2021. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.768-de-30-de-julho-de-2021-335472332>

Brasil. Ministério da Saúde: Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf

Brasil. Lei n° 14.510, de 27 de dezembro de 2022. Altera a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional, e a Lei n° 13.146, de 6 de julho de 2015; e revoga a Lei n° 13.989, de 15 de abril de 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14510.htm

Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução n° 2.314 / 2022. Define e regulamenta a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2022/2314_2022.pdf

14

Judicialização e Direito à Saúde

Art. 1º: O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 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: I - a Conferência de Saúde; e II - o Conselho de Saúde.

§ 3º: O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde. (grifos não são do original).

BRASIL. Lei 8.142, de 29 de dezembro de 1990.

Art. 14-B: O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) **são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social**, na forma do regulamento. (grifos não são do original)

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Nas últimas décadas, os sistemas de saúde, legislativo e de justiça buscam responder ‘como’ e ‘em que medida’ o Estado Brasileiro deve fornecer ações e serviços públicos de saúde ao indivíduo e à coletividade. Muito desse debate reside no que se convencionou chamar de ‘judicialização da saúde’ – em face do poder público e em face da saúde suplementar.

A judicialização acarreta, para o sistema público de saúde, impactos de diferentes naturezas: orçamentário, financeiro, administrativo. Os impactos da ordem orçamentária e financeira são de vital importância para os Estados, reconhecidos desde 2017, pelo Tribunal de Contas da União (TCU)ⁱ como maiores que o da União, o que contribui massivamente para a atual crise fiscal do ente estadual, além de impor sucessivos riscos à manutenção, desenvolvimento e incremento das atribuições que lhe são próprias:

A auditoria verificou que as secretarias estaduais de saúde, juntas, realizam despesas com judicialização muito maiores que as do Ministério da Saúde. Minas Gerais, Santa Catarina e São Paulo gastaram, juntos, mais de R\$ 734 milhões e R\$ 772 milhões nos anos de 2013 e 2014, respectivamente”. (grifos não são do original).²

Sobre a representação do ente estadual, é importante entender que: - no sistema sanitário, cabe a cada secretaria estadual de saúde (SES) a defesa de seu interesse local, e ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) que é a entidade representativa da gestão estadual do SUS, o que for de interesse coletivo;ⁱⁱ – no sistema de justiça, cabe às procuradorias de cada estado (PGE), o que for individual, e ao Colégio Nacional de Procuradores dos Estados (Conpeg), os debates de ordem nacionalizada e as recomendações que lhe sejam de interesse. É importantíssimo que essas instituições conversem entre si: SES e PGE, Conass e Conpeg e atuem na maior colaboração possível.

O fenômeno da judicialização da saúde, em seus aspectos qualiquantitativos, tem gerado, ao longo dos anos, reorganizações nas SES e nas Procuradorias. O volume processual (quantidade e valor de processos) tem aumentado há anos seguidos, provocando a adoção de estratégias multifacetadas para dar

i BRASIL. TCU. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/auditoria-operacional-sobre-judicializacao-da-saude.htm>. Acesso em 24.10.2022

ii BRASIL. Lei 8.142, de 29 de dezembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. e BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

O Conass mantém a Câmara Técnica de Direito Sanitário (CTDS), composta por assessores jurídicos e procuradores indicados pelos titulares da SES, para discutir e contribuir com a gestão estadual do SUS em seus posicionamentos e decisões, junto ao sistema sanitário e de justiça, além de elaborar publicações técnicas e promover a cooperação técnica entre SES.

conta das complexidades envolvidas no tema. Observa-se que há formação de procuradores no tema; há nas procuradorias setoriais especializadas; há o deslocamento de procuradores para atuarem diretamente nas SES; há – enfim – muitas estratégias de atuação que consideram esforços conjuntos das SES e dos advogados públicos.

Esse esforço se dá porque o volume processual da pasta da saúde, no âmbito das procuradorias, corresponde a um elevado percentual do total das ações em trâmite. Empiricamente, acredita-se que esse percentual pode variar conforme o movimento financeiro, porte da SES e consequente adensamento tecnológico, extensão do território, capilaridade do poder judiciário, entre outros fatores.

O que se tem por certo é que o SUS tem figurado como um dos principais ‘clientes’ das procuradorias, seja nos tribunais estaduais, federais e superiores. Tem movimentado quantidades

enormes de processos: ações individuais, coletivas e, mais recentemente, – especialmente durante a pandemia da Covid-19 – entre entes públicos.

Mas, são muitas as complexidades a serem consideradas. No âmbito dos controles orçamentários e financeiros, cabe aos Estados e ao DF, o rigoroso cumprimento dos ditames da Lei Complementar n.101/2000ⁱⁱⁱ e de tudo que ela ecoou na organização orçamentária e financeira do SUS, na medida da Lei Complementar n. 141/2012.^{iv}

A judicialização também carrega as questões relacionadas à organização administrativa dos governos estaduais, ultrapassando a questão exclusiva da política de saúde. Questões como o deslocamento dos recursos humanos, financeiros e logísticos, além de promoverem custos indiretos às ações judiciais, promovem atrasos e dificuldades extras às atividades rotineiras. Não existe um ente federado que tenha em sua estrutura original equipes para

iii BRASIL. LEI COMPLEMENTAR 101, de 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm. Acesso em 24.10.2022.

iv BRASIL. LEI COMPLEMENTAR 141, de 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em 24.10.2022.

o cumprimento de decisões judiciais, seja no campo da saúde ou em outro, e por isso, o ente estadual teve, ao longo desses anos, de se adaptar e suportar custos adicionais e indiretos ao cálculo rotineiro das ações judiciais.

O Conass mantém a Câmara Técnica de Direito Sanitário (CTDS), composta por assessores jurídicos e procuradores indicados pelos titulares da SES, para discutir e contribuir com a gestão estadual do SUS em seus posicionamentos e decisões, junto ao sistema sanitário e de justiça, além de elaborar publicações técnicas e promover a cooperação técnica entre SES.

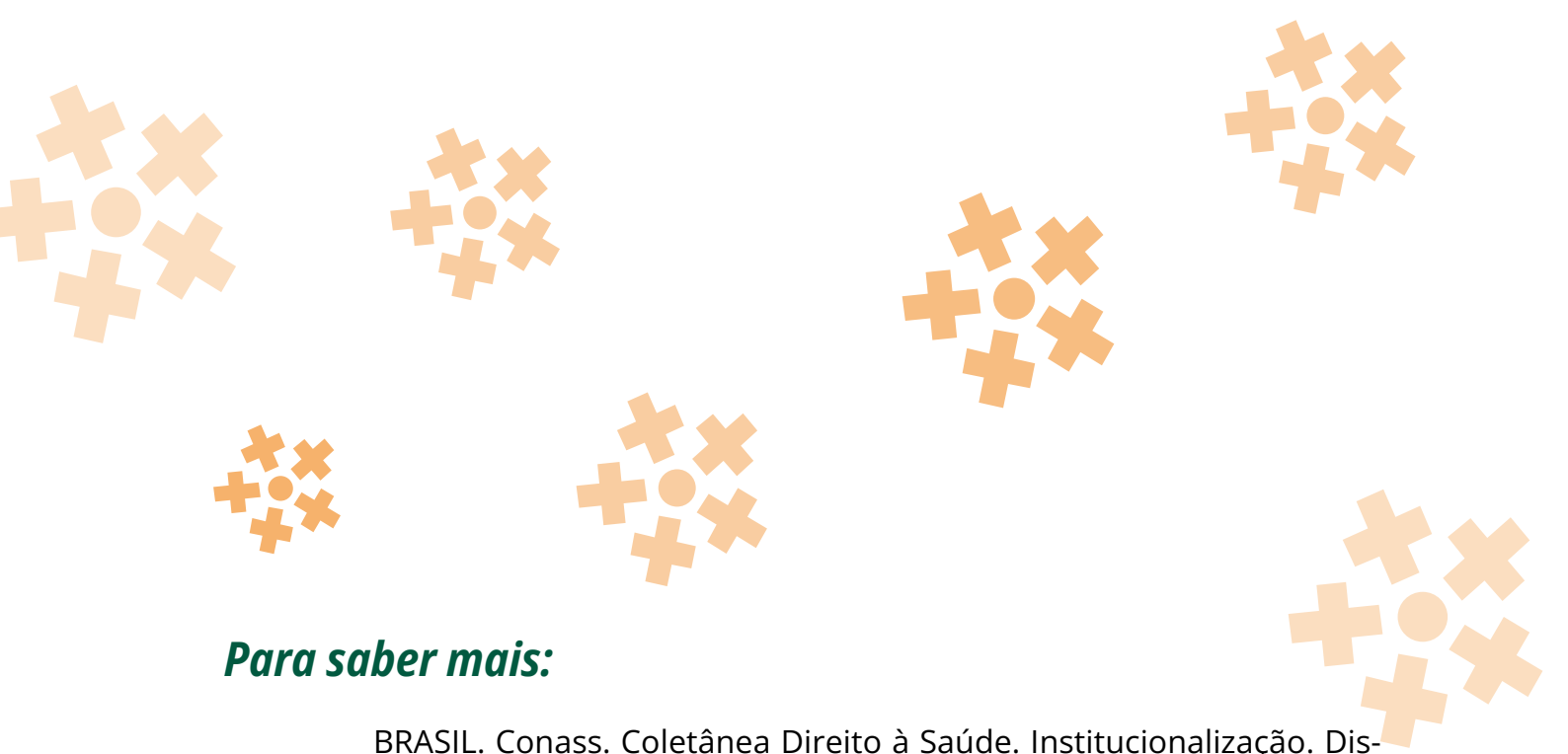
A organização do fluxo das ações, dos valores, dos cumprimentos, da aferição de fraudes é importantíssima para a gestão estadual e suas decisões, mas é mais importante ainda para a segurança dos pacientes. É importante que diagnósticos e análises sejam feitos constantemente, para identificar a relação

causal entre a assistência e a atuação do sistema de justiça, impedindo – inclusive – a aplicação de penalidades pessoais contra o gestor.

É essencial que o gestor – individual e coletivamente – tenha meios de aferir e se posicionar sobre as teses em debate, a quantidade de processos e seus impactos orçamentários e financeiros, e quanto, dos cumprimentos impostos pelo sistema de justiça dizem da obrigação assumida por outros entes (portanto, passivas de ressarcimento) ou ainda, não tenham sido assumidas pelo SUS.

O fenômeno da judicialização exige raciocínio elaborado e compromisso social, portanto, é essencial que os responsáveis por tais controles tenham meios para exercê-los: equipes, *softwares*, fluxos designados e, essencialmente, relações respeitadas e produtivas entre a SES e as procuradorias, e dessas, com o sistema de justiça.





Para saber mais:

BRASIL. Conass. Coletânea Direito à Saúde. Institucionalização. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/institucionalizacao/>

BRASIL. Conass. Coletânea Direito à Saúde. Dilemas do Fenômeno da Judicialização. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/dilemas-do-fenomeno-da-judicializacao-da-saude/>

BRASIL. Conass. Coletânea Direito à Saúde. Boas Práticas e Diálogos Institucionais. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/boas-praticas-e-dialogos-institucionais-2/>

BRASIL. Conass. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Direito à Saúde. Vol. IV. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/direito-a-saude/>

BRASIL. Conass. Desafios do SUS. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/>

BRASIL. Conass e UFPB. Judicialização: Reflexões com Base na Agenda da Gestão Estadual do Sus. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/judicializacao-reflexoes-com-base-na-agenda-da-gestao-estadual-do-sus/>

BRASIL. Conass e Fiocruz. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2019. Vol.3. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/cadernos-ibero-americanos-de-direito-sanitario/>

BRASIL. Conass e Fiocruz. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2019. Vol.4. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/cadernos-ibero-americanos-de-direito-sanitario-ciads-vol-8-n-4/>

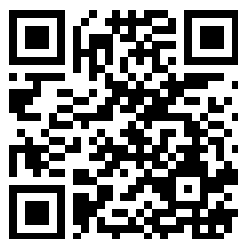
15

Qualidade no Cuidado e Segurança do Paciente

BIBLIOTECA DIGITAL DO CONASS



Tenha acesso a centenas de publicações sobre a gestão do SUS, disponíveis gratuitamente na biblioteca digital do Conass. É só baixar e compartilhar!



A definição da segurança do paciente tem sido considerada pelo Plano de Ação Global da Segurança do Paciente de 2021-2023, da Organização Mundial de Saúde (OMS), como: “Uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados de saúde que reduzem riscos de forma consistente e sustentável, reduzem a ocorrência de danos evitáveis, tornam os erros menos prováveis e reduzem o impacto dos danos quando ocorre”.

Essa temática ganhou foco a partir da publicação do relatório *“To Err is Human: Building a Safer Health Care System”*, do Institute of Medicine (OIM), em 1999, em que apresentou para a sociedade a importância das falhas na assistência à saúde.

Diante desse contexto, no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) criou em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que tem por objetivo oferecer a qualificação do cuidado em todos os serviços de saúde da União.

Nesse mesmo ano, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), lança a RDC nº 36/2013, que dispõe sobre as ações de segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde do país e a implementação dos núcleos de segurança do paciente (NSP),

a fim de estabelecer barreiras para prevenção de incidentes nos serviços de saúde. Ainda nesta mesma portaria, a segurança do paciente é baseada nas seis metas internacionais produzidas pela OMS, entre elas: meta 1 – a identificação do paciente, meta 2 – comunicação efetiva, meta 3 – uso correto de medicamentos, meta 4 – protocolos para cirurgias seguras, meta 5 – redução do risco de infecções associadas aos cuidados de saúde e a meta 6 – redução de quedas e lesão por pressão.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) tem sido protagonista e inovador com a temática da segurança do paciente para o fortalecimento do SUS.

Merece destaque a criação da 13ª Câmara Técnica do Conass, a Câmara Técnica de Qualidade no Cuidado e Segurança do Paciente (CTQCSP), em 2017. Um dos seus objetivos é atender à necessidade de fortalecer as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) para o debate entre os técnicos indicados pelos Secretários Estaduais de Saúde, a fim de que possam ser desenvolvidas ações voltadas para a qualidade no cuidado e segurança do paciente, respeitando os consensos técnicos, com base nas regulamentações, com a promoção, prevenção e melhorias nos serviços de saúde.

Dificuldades no financiamento das ações de segurança do paciente: prevenir custa menos que remediar

Uma das grandes dificuldades enfrentadas para fazer a segurança do paciente em todos os pontos de atenção à saúde é o financiamento. Sabemos que os eventos adversos ocorrem em todos os serviços de saúde no mundo, sendo responsáveis por danos, incluindo mortes. Do mesmo modo, causam impacto econômico importante em países de alta, média e baixa renda. Sabendo que a maioria dos eventos adversos são evitáveis, torna-se evidente a necessidade de implementar medidas de prevenção, como instâncias de segurança do paciente. Essas instâncias precisam ter autonomia e recursos financeiros para execução de ações que sejam custo-efetivas, como: prevenção de lesão por pressão, prevenção de erros de medicação, contagem de material cirúrgico para evitar presença de corpo estranho no pós-operatório, entre outras.

Considerando as iniciativas de segurança do paciente previstas na legislação, é possível identificar uma redução proporcional dos danos graves e fatais nos últimos anos, entretanto, ainda há uma limitação sobre a avaliação real do PNSP.

A indústria automotiva, de aviação, do petróleo, e energia nuclear são exem-

plos de organizações confiáveis que, mesmo operando em um sistema complexo, possuem probabilidade significativa de ocorrências de erros ou incidentes, entretanto, criam mecanismos que permitem a gestão dessas ocorrências e minimizam seus impactos. As organizações de saúde também são complexas, sendo impossível se manter um risco zero. Dessa forma, é fundamental que profissionais de saúde, gestores e formuladores de políticas tenham o compromisso com a segurança do paciente, a fim de tornar os serviços de saúde verdadeiramente confiáveis.

Na grande parte das vezes, os custos da prevenção são menores que os custos das falhas. Acidentes da indústria do petróleo, por exemplo, têm proporções econômicas significativas, além dos danos ao meio ambiente e à exposição das pessoas a riscos adicionais⁵.

No sistema de saúde, é importante ressaltar, que os custos de falha incluem custos de tratamento do evento, a perda de produção, custos legais, além de danos à reputação e enfraquecimento da confiança dos usuários nos serviços de saúde.

Nesse sentido, para melhorar o cenário da segurança do paciente no Brasil, formuladores de políticas públicas

e gestores precisam explorar os custos de ausência da segurança do paciente e trazer reflexões sobre a importância de incentivar e investir, de modo a favorecer a adoção de processos de gestão da qualidade e melhoria da segurança do paciente no SUS.

Uma das formas de direcionar a atenção para o problema é tornar a segurança do paciente uma política pública, acompanhada de revisão sobre o modelo de remuneração em saúde, que deve focar o pagamento por qualidade.

A Segurança do Paciente nas Redes de Atenção à Saúde

Ressalta-se a importância da transversalidade da segurança do paciente nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) e não somente na atenção hospitalar, na qual o tema é amplamente discutido mundialmente. Das seis metas internacionais de segurança do paciente, nem todas são aplicáveis em outros pontos de atenção à saúde, havendo a extrema necessidade de integração da temática, se aproximando da proposta de organização das RAS.

Há sete dimensões que definem a qualidade no cuidado de saúde,

são elas: segurança, eficiência, efetividade, equidade, oportunidade, centralidade na pessoa e, mais recentemente, integração.

Compreende-se que a segurança busca minimizar os danos e a eficiência reduz os desperdícios, incluindo aqueles associados ao uso de equipamentos e suprimentos. Nesse sentido, considerando que a segurança e a eficiência são dimensões da qualidade, deve-se ampliar essas discussões para a RAS, atendendo às dimensões do cuidado à saúde da população e custo do sistema.

A Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) enquanto ordenadora de toda a RAS busca satisfazer às necessidades de saúde da população sob a sua responsabilidade, de forma mais segura, efetiva, eficiente, equitativa, oportuna e centrada na pessoa. Lajolo descreve:

“[...] Estima-se ainda que metade de toda a carga global de dano associado ao cuidado de saúde tenha origem na atenção primária, com 4 em cada 10 pacientes sofrendo falhas de segurança. Estudos apontam que 80% do dano ocorrido na atenção primária à saúde poderia ser evitado; e que, em países da OCDE, esses danos resultam em 6% dos dias de internação, equivalente a 7 milhões de internações”.

Essa realidade realça ainda mais a importância das iniciativas do Conass sobre a segurança do paciente na APS. Para que a qualidade e segurança nesse contexto seja fortalecida, o Conass, por meio da CTQCSP, constrói essa agenda de forma propositiva, como:

- ❖ Projeto de formação da segurança do paciente na APS, desenvolvido pelo Hospital Moinhos de Vento (HMV), via PROADI-SUS;
- ❖ Projeto de Aprimoramento da Gestão da Segurança do Paciente no PES- 2020-2023, desenvolvido pelo Conass;
- ❖ Implementação da segurança do paciente no projeto da Planificação de Atenção à Saúde, desenvolvido pelo Conass;
- ❖ Transversalidade da segurança do paciente no PlanificaSUS, desenvolvido pelo hospital Albert Einstein (HIAE), via PROADI-SUS;
- ❖ Revisão da Política Nacional de Atenção Básica.

Relevância da Segurança do Paciente para o SUS

Considerando a importância da segurança do paciente no contexto do SUS, cabe destacar que a carga global de doenças resultantes do dano associado ao cuidado de saúde é a 14ª causa de morbimortalidade no mundo, sendo comparável à malária e à tuberculose e em alguns países, a algumas condições crônicas, como esclerose múltipla e câncer. Com base nisso, é fundamental o envolvimento dos gestores estaduais de saúde no fortalecimento de uma cultura de segurança que favoreça a implementação de práticas seguras, diminuição de ocorrências de eventos adversos e custos desnecessários para o sistema de saúde. Além de impacto direto em custos, há também um impacto indireto em perda de produtividade e perda da confiança pelos serviços ofertados.

O custo dessa epidemia de cuidados inseguros é alto. Estima-se que anualmente, sejam perdidos 64 milhões de anos de vida por incapacidade. Relatório apre-

sentado pelo Diretor-Geral da OMS, na Assembleia Mundial da Saúde, em 2019, aponta para danos causados pelo cuidado de saúde como sendo uma das dez causas de morte e incapacidade do mundo.

A maioria dessas causas de morte poderiam ter sido evitadas e sua prevenção seria custo-efetiva. Para isso, se faz necessário o envolvimento do gestor com o fortalecimento dos NESP para ganhos de eficiência, como planejamento e investimentos em segurança do paciente. O NESP contará com o apoio do Conass para acesso aos dados do painel de segurança do paciente. Esses dados podem ser utilizados para tomada de decisões imediatas e construção e atualização de um plano local de segurança do paciente. É necessário, porém, que estejam integrados no Plano Estadual de Saúde da SES.





Para saber mais:

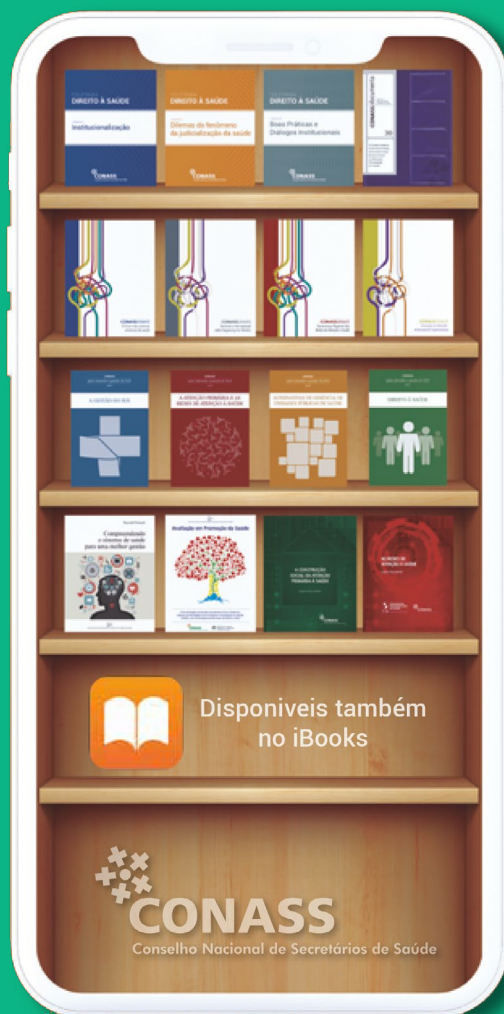
Para se aprofundar no assunto, seguem mais informações sobre as legislações e Plano Global de segurança do paciente.

Portaria nº 529/2013	Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
RCD Nº 36/2013	Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html
Portaria nº 1377/2013	Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html
Portaria nº 2095/2013	Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html
RDC Nº 63/2011	Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html
Plano de ação global de segurança do paciente 2021-2030	Impulsionar políticas, estratégias e ações, baseadas na ciência, experiência do paciente, desenvolvimento de sistema e parcerias, para eliminar todas as fontes de risco evitável e dano aos pacientes e trabalhadores da saúde.
Tradução do Plano de ação global de segurança do paciente	Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030: Em busca da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde. https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/plano-de-acao-global-para-a-seguranca-do-paciente-2021-2030-traduzido-para-portugues/view

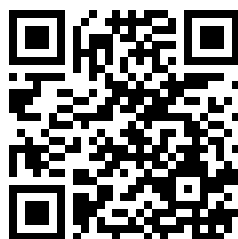
16

Controle Social e Participação da Comunidade

BIBLIOTECA DIGITAL DO CONASS



Tenha acesso a centenas de publicações sobre a gestão do SUS, disponíveis gratuitamente na biblioteca digital do Conass. É só baixar e compartilhar!





O princípio da participação da comunidade é estruturante para o Sistema Único de Saúde. Sua formulação está presente no artigo 1º da Lei Federal 8.142, de dezembro de 1990, que dispõe, dentre outras questões, sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Está definido, no texto da lei, que as Conferências de Saúde reunir-se-ão 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. Já os Conselhos

de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, são órgãos colegiados composto por representantes dos governos, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, e atuam 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. A participação da comunidade é um dos princípios do SUS, definidos na Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8.080, de setembro de 1990).

Os Conselhos e as Conferências de Saúde são essenciais para a constituição e o fortalecimento do SUS. A gestão do SUS é complexa, exige um amplo domínio de

O princípio da participação da comunidade é estruturante para o Sistema Único de Saúde.

conhecimentos, habilidades, competências e responsabilidades, dentre outras ações que contribuam para o fortalecimento dessas instâncias. Portanto, é importante fortalecer a participação da sociedade para que

os Conselhos de Saúde desempenhem plenamente sua competência legal, visando um trabalho cada vez mais efetivo na governança do SUS. Ao mesmo tempo, é necessário aprimorar a organização e o funcionamento das Conferências de Saúde, com o objetivo de dar mais visibilidade às demandas da sociedade, e construir modos de acompanhamento da implementação das propostas aprovadas. A participação dos gestores do SUS

é fundamental para o alcance desses objetivos. A Lei Federal nº 8.142, consigna que o Conass é membro permanente do Conselho Nacional de Saúde.

É importante destacar que a **17ª Conferência Nacional de Saúde** vai acontecer entre os dias **02 e 05 de julho de 2023**, realizada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Ministério da Saúde (MS), sendo precedida por etapas municipais que vão

de novembro de 2022 a março de 2023 e etapas estaduais e do Distrito Federal, realizadas de abril a maio de 2023.

Ao final do processo, as deliberações aprovadas na 17ª Conferência Nacional de Saúde devem ser contempladas no próximo ciclo de planejamento da União e servir de subsídio para a elaboração do Plano Nacional de Saúde e Plano Plurianual de 2024-2027.

Propostas do Conass

Fortalecer a participação da sociedade por meio dos Conselhos de Saúde nas três instâncias gestoras para que estes desempenhem plenamente sua competência legal, visando um trabalho cada vez mais efetivo de participação na governança do SUS e aprimorar os mecanismos de avaliação de satisfação dos usuários.

Aprimorar a organização e o funcionamento das conferências de saúde, com o objetivo de dar mais visibilidade às demandas da sociedade, expressas nas suas resoluções e construir modos de acompanhamento da implementação das propostas aprovadas.

Consolidar o SUS como espaço de vanguarda civilizatório no desenvolvimento das políticas voltadas à infância e adolescência, às mulheres, às populações LGBTQIA+, população do campo, da floresta e das águas, em situação de rua, povos originários, promovendo equidade de direitos e enfrentamento aos racismos e a qualquer forma de discriminação, opressão e violência à pessoa humana.

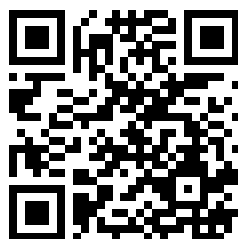
17

Educação e Trabalho na Saúde

BIBLIOTECA DIGITAL DO CONASS



Tenha acesso a centenas de publicações sobre a gestão do SUS, disponíveis gratuitamente na biblioteca digital do Conass. É só baixar e compartilhar!



A Constituição Federal do Brasil (Art. 200), atribuiu ao Sistema Único de Saúde (SUS) a ordenação da formação de Recursos Humanos na Saúde, visando preparar profissionais com o perfil voltado às suas necessidades. Tal atribuição foi reiterada por meio da Lei Orgânica da Saúde, ao estabelecer que a ordenação de formação de Recursos Humanos na área da saúde está incluída no campo de atuação do SUS. Atribui ainda, aos entes da federação, a responsabilidade de atuar na formulação e execução dessa política, objetivando organizar um sistema de formação em todos os níveis de ensino e na elaboração de permanente aperfeiçoamento de pessoal.

Marco fundamental para a consolidação desse processo, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída no ano de 2004, fundamenta-se nos princípios e diretrizes do SUS, com cuidado progressivo e ruptura do conceito de sistema verticalizado, reorientando os serviços a trabalharem com o conceito de rede, em articulação e integração nos seus níveis de atenção.

É necessário priorizar a gestão do trabalho e da educação na saúde, com foco na consolidação do Sistema Único de Saúde.

A PNEPS, enquanto política estratégica transversal de educação na saúde, desencadeia mudanças nos processos formativos e no desenvolvimento de recursos humanos para o SUS, utilizando os pressupostos da aprendizagem significativa e problematizadora da realidade no trabalho. Fundamentada na integração ensino, ações de saúde e realidade local, na aprendizagem incorporada ao cotidiano do trabalho e fundamentada na necessidade das pessoas, tem por objetivo transformar as práticas profissionais, os processos e a organização do trabalho.

Levando em consideração as especificidades das políticas públicas de formação de profissionais para a saúde, e para atender às necessidades de um país do tamanho continental como o Brasil, é necessário priorizar, de fato, a gestão do trabalho e da educação na saúde, com foco na consolidação do Sistema Único de Saúde.

O Conass coordena e desenvolve um projeto de Fortalecimento e Ampliação das Escolas Estaduais de Saúde Pública. Essas instituições de Ensino, vinculadas às Secretarias Estaduais de Saúde, têm como fundamento a construção do conheci-

mento em Saúde Pública, a qualificação dos trabalhadores e a necessidade de responder e melhorar as condições, as oportunidades e os desafios do SUS. Atualmente são 20 Escolas Estaduais de Saúde Pública, atuando em Rede (REDE-COESP), com informações sobre todas as Escolas, biblioteca virtual e espaço interativo para a elaboração de propostas e atividades comuns. Essas instituições

estão preparadas para atender às necessidades indicadas pelas SES, e para atuar em rede. O Conass desenvolve ações para o fortalecimento e pleno funcionamento das Escolas Estaduais de Saúde Pública e, conseqüentemente, trabalha para o fortalecimento e qualificação das estruturas de Gestão do Trabalho e da Educação nas Secretarias Estaduais de Saúde.

Propostas do Conass

Fortalecer a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, da formação à pós-graduação, e estimular o desenvolvimento de ações locais de Educação Permanente, por meio de apoio técnico e de definição de critérios para financiamento permanente a estados e municípios.

Reorientar a formação em saúde para atender às necessidades do SUS, com a criação de uma Política Nacional de especialistas, fortalecendo as residências em saúde e oportunizando novas formas de especialização aos profissionais generalistas que já estão atuando no SUS, a exemplo da necessidade de formação massiva de especialistas em medicina e saúde da família e comunidade para as profissões que atuam na APS e nas demais especialidades nos outros níveis de atenção.

Estimular o fortalecimento e pleno funcionamento das Escolas de Saúde Pública, articuladoras dos ecossistemas de ensino, pesquisa e inovação no âmbito estadual, com ênfase na transferência de recursos financeiros, que permitam autonomia para atender às realidades locais a partir dos problemas identificados.

Qualificar a gestão do trabalho em saúde e definir estratégia para o planejamento e o dimensionamento da força de trabalho, promovendo a valorização dos trabalhadores da saúde nos aspectos de capacitação e remuneração.

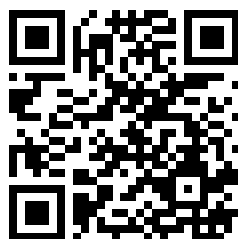
18

Comunicação em Saúde

BIBLIOTECA DIGITAL DO CONASS



Tenha acesso a centenas de publicações sobre a gestão do SUS, disponíveis gratuitamente na biblioteca digital do Conass. É só baixar e compartilhar!





Os desafios da Comunicação em Saúde

O fortalecimento da saúde pública brasileira é um dos grandes desafios do SUS e está diretamente relacionado à comunicação, isto é, ao acesso da população a informações confiáveis, bem como à produção e disseminação de conteúdos de qualidade sobre essa temática. Um desafio não só para gestores, trabalhadores, pesquisadores, conselheiros e outros atores envolvidos diretamente na consolidação das políticas de saúde, mas de toda a sociedade. A comunicação voltada à promoção do diálogo saúde-sociedade é tema que vem ganhando cada vez mais importância no contexto político e institucional brasileiro. Essa percepção foi potencializada durante o enfrentamento da grave pandemia de Covid-19 no País.

A comunicação permeia as políticas públicas de saúde e é decisiva para o sucesso da execução destas nos territórios. É necessária a construção de estratégias para que a população compreenda o papel e a importância do SUS, evoluindo o senso comum para o sentimento de apropriação dessa extraordinária política social.

É imprescindível que todos os envolvidos na construção do SUS, em especial os gestores, busquem desenvolver estratégias com ações em canais digitais e analógicos, de forma integrada, com a mesma linha de comunicação, mas respeitando as características próprias de cada canal de comunicação.

Desinformação e Fake News

A desinformação é um problema que, historicamente, afeta a sociedade. É uma forma de manipulação de informações que visa distorcer a verdade e enganar as pessoas.

A era digital trouxe consigo uma nova forma de disseminar informação: as redes sociais. Com o acesso à internet cada vez mais facilitado, qualquer pessoa pode criar um perfil em uma rede social e compartilhar suas opiniões com o mundo.

No entanto, essa facilidade também tem um lado negativo: as *fake news*. São informações falsas, elaboradas de forma intencional, geralmente com o objetivo de causar danos ou confundir as pessoas. Elas podem ser facilmente criadas e compartilhadas nas redes sociais, e muitas vezes é difícil distingui-las de informações verídicas. Além de causar desinformação, geram medo nas pessoas e têm o potencial de influenciar a

tomada de decisão, como observado na pandemia da Covid-19.

Para evitar que as *fake news* na saúde causem danos, é importante a atuação proativa das SES com o desenvolvimento e permanente atualização de canais de comunicação com informações confiáveis e de fácil entendimento pela população.

É importante destacar que esses canais de combate à desinformação devem utilizar-se de linguagem acessível e que sejam aplicados métodos de indexação do conteúdo nas ferramentas de pesquisa na internet, como o Google, para que pesquisas simples possam apresentar o link de acesso à informação confiável.

A imprensa tem papel fundamental no processo de combate à desinformação, mas é imprescindível que as SES possuam canais de informação na internet e que estes tenham prioridade no planejamento da comunicação das Secretarias, com mecanismos que facilitem o compartilhamento de informações e a presença de contas oficiais nas principais redes sociais.

Além disso, é importante criar ações de comunicação específicas para educar as comunidades locais sobre o problema da desinformação e ensinar as pessoas a serem críticas com as informações que recebem.



O Agendamento Institucional e a Comunicação Proativa na Gestão do SUS

Promover a inclusão de temas de interesse público na agenda midiática não é tarefa simples, mesmo quando falamos de programas ou políticas públicas que necessitam ser amplamente disseminadas e conhecidas pela população.

O trabalho de promover a inclusão de determinados temas na agenda midiática é classificado na Teoria da Comunicação como *agenda-setting*. Elaborada por McCombs e Shaw (1972), essa teoria defende a ideia de que os meios de comunicação têm a capacidade de inserir temas que serão objeto de discussão na agenda pública.

A Teoria do Agendamento busca explicar por que alguns temas ou fatos são alçados ao topo da visibilidade pelos veículos de comunicação e, a partir daí, passam a integrar a agenda pública, sendo exaustivamente discutidos e promovidos, enquanto outros temas, por sua vez, são ignorados e cobertos pela capa da invisibilidade. Dessa forma, não integram a agenda midiática e, conseqüentemente, não são discutidos e muito menos conhecidos pela população. O pressuposto fundamental da teoria do *Agenda-Setting* é que a compreensão que as pessoas têm de grande parte da realidade social lhes é fornecida, por empréstimo, pelos meios de comunicação.

Partimos do pressuposto de que com o desenvolvimento tecnológico e a revo-

lução da Internet, especialmente com a criação das redes sociais, houve uma ampliação no escopo da arena pública, refletindo novas relações entre os diversos atores sociais, permitindo que estes tenham mais chances de dar visibilidade a temas e questões que antes estavam sobre o domínio da mídia tradicional.

Nesse sentido, diante da necessidade de ampliar o acesso da população às informações relativas à saúde pública, propomos o uso da teoria do agendamento de forma inversa, isto é, em vez do clássico agendamento no sentido mídia > sociedade, lançar mão do que denominamos agendamento institucional, em forma de agendamento no sentido sociedade > mídia.

Dessa forma, acreditamos que por meio de rotinas, estratégias e instrumentos de agendamento institucional, a temática da saúde pública se torne objeto de discussão na sociedade e na arena política e, pela contribuição de diversos atores, se torne objeto de atenção da agenda midiática, superando pautas negativas ou polêmicas. Essa perspectiva contribui com a implantação de um novo paradigma de valores-notícia que priorize o protagonismo social e o interesse público. Além disso, a atitude proativa de pautar a agenda pública e midiática sobre temas de interesse público pode ser muito mais eficaz que uma atitude reativa de apenas responder a demandas impostas pela mídia.

Assessoria de comunicação ou assessoria de imprensa?



A Assessoria de Comunicação (Ascom) é uma atividade que tem como objetivo planejar, coordenar e realizar ações que visem à melhoria da imagem das SES e do SUS perante a sociedade, por meio da comunicação. As ações da Ascom devem ser transversais a todos os departamentos e áreas técnicas das secretarias, no desenvolvimento de campanhas publicitárias, relações públicas, mídias sociais, comunicação interna e externa. É importante que a equipe de comunicação tenha o perfil multidisciplinar, com profissionais da comunicação social (jornalistas, relações públicas e marketing), além de especialistas em design e em Tecnologia da Informação (T.I.), especialmente *web designers*.

Já a assessoria de imprensa tem como objetivo divulgar as ações das SES e esclarecer fatos importantes junto às empresas de jornalismo, veículos de comunicação de massa, que produzem e difundem informações para o grande público. As principais ações dessa assessoria são de atendimento a demandas, propondo pautas e organizando eventos, como as coletivas de imprensa. É importante a criação de fluxos de atendimento à imprensa e a identificação de porta-vozes da SES, com capacitação específica.

O planejamento estratégico da comunicação das SES deve estar alinhado com as estratégias do governo estadual, por meio da Secretaria de Comunicação Estadual (Secom), mas devem considerar características específicas e típicas da comunicação em Saúde. Por isso, é recomendado que as SES tenham a assessoria de comunicação vinculada diretamente à gestão máxima da secretaria, com estrutura própria e com acesso próximo e facilitado ao gabinete do(a) gestor(a) da SES. As atividades da assessoria de imprensa devem ser incorporadas pela Ascom.

A importância da rede de comunicadores

Dentro da estratégia de comunicação em saúde no estado, é relevante a criação de uma rede que congregue todos os profissionais de comunicação das instituições ligadas às SES, direta ou indiretamente, em fórum permanente com reuniões periódicas e educação permanente.

É recomendável o envolvimento dos comunicadores das instituições do estado e dos municípios, especialmente dos Cosems, das capitais e dos municípios polos, além dos Agentes Comunitários de Saúde. Essa integração potencializa as campanhas e ações de comunicação.

Integração e articulação SES e Conass

O Conass tem como missão institucional promover a articulação e a representação política da gestão estadual do SUS, proporcionando apoio técnico às SES, coletiva e individualmente, de acordo com suas necessidades, por meio da disseminação de informações, produção e difusão de conhecimentos, inovação e incentivo à troca de experiências e boas práticas.

A partir desse preceito e por entender que a comunicação tem papel fundamental na consolidação e no desenvolvimento do SUS, o Conass instituiu, em 2006, a Câmara Técnica de Comunicação em Saúde (CTCS), composta por sua equipe de comunicação e pelos comunicadores das SES e do Distrito Federal. Desde então, são realizados encontros entre esses profissionais – reuniões, oficinas de trabalho e workshops – a fim de promover a troca de experiências e capacitar o grupo para o planejamento e a execução de ações comunicacionais.

É recomendável que os gestores indiquem a coordenação da Ascom das SES para membros titulares e suplentes da CTCS.





Para saber mais:

BRITO, Duarte Vital; GARCIA, Andreia. Comunicação e Saúde Pública no meio online: onde estão as Unidades de Saúde Pública?. XXV Encontro Nacional de Saúde Pública, 2019.

CONASS. Que Saúde Você Vê? Conass Debate N. 4. Brasília, 2015. Disponível em <https://www.conass.org.br/biblioteca/que-saude-voce-ve/>

CARDOSO, A. S. NASCIMENTO, M. C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1509-1520, 2010. Suplemento.

Coriolano-Marinus, Maria Wanderleya de Lavor et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. Saúde e Sociedade [online]. 2014, v. 23, n. 4 [Acessado 02 Novembro 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400019>. ISSN 1984-0470.

PINTO, Pâmela A.; ANTUNES, Maria João L.; ALMEIDA, Ana Margarida P. O Instagram enquanto ferramenta de comunicação em saúde pública: uma revisão sistemática. In: 15th Iberian Conference on Information Systems and Technologies (CISTI).[Internet]. 2020.

PITTA, Aurea da Rocha. Por uma política pública de comunicação em saúde. Saúde e Sociedade, v. 11, p. 85-93, 2002.

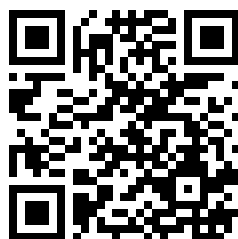
19

CIEGES Centro de Inteligência Estratégica para a Gestão Estadual do SUS

BIBLIOTECA DIGITAL DO CONASS



Tenha acesso a centenas de publicações sobre a gestão do SUS, disponíveis gratuitamente na biblioteca digital do Conass. É só baixar e compartilhar!





O Conass tem investido no desenvolvimento de um processo contínuo de qualificação dos dados produzidos pelo SUS, processos de ciência de dados e capacidade analítica dos profissionais da saúde, sanitaristas e gestores, ampliando o acesso e melhorando a qualidade das ações e serviços prestados.

A crise provocada pela COVID-19 suscitou uma rápida resposta por parte dos gestores na organização e gestão dos recursos humanos e tecnológicos para fortalecer a capacidade gerencial, dando provimento a respostas ágeis de monitoramento das informações em saúde, como componentes transversais e avaliação para tomada de decisão em saúde, direcionada por dados.

As ações do Conass levaram à formação de uma rede de análise de dados e informações que subsidiam os gestores para uma rápida resposta frente às suas necessidades, garantindo um acesso mais humanizado e fortalecendo o SUS.

A qualificação da análise e a gestão da informação em saúde aumenta o escopo e capacidade de planejamento, acesso e gestão da informação, tanto pelo princípio da publicidade do acesso à informação, quanto pela necessidade de tomada de decisão da gestão pública, mais assertiva e eficiente. A adoção de dados abertos e *software* livre é uma regra geral que viabiliza a impessoalidade e a transparência nas ações públicas, uma vez que viabiliza a reprodutibilidade analítica dos insumos adotados para a tomada de decisão. Ainda, o uso de plataformas proprietárias deve partir de padrões comuns de métricas e atributos, uma vez que, diante da revolução 4.0, torna-se fundamental a aplicação de tecnologias de *Business Intelligence* (B.I.) e de Inteligência Artificial.

Dados válidos e confiáveis é condição essencial para a construção de indicadores que propiciem uma análise objetiva da situação de saúde, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde. Estes decorrem de uma política de informação e informática bem estruturada, conforme descrito nas ações da estratégia saúde digital desse mesmo caderno.

O CIEGES

O Conass desenvolve importante iniciativa denominada Centro de Inteligência Estratégica para a Gestão Estadual do SUS (CIEGES), com objetivo de apoiar a construção da inteligência gestora do SUS, organizando, integrando equipes das áreas técnicas e da ciência de dados em saúde e disponibilizando informações estratégicas para tomada de decisão.

Assim, faz parte dessa iniciativa, tanto pela magnitude das intervenções propostas quanto pela necessidade de melhoria da análise e gestão da informação, a construção de um centro de curadoria de dados, partilha de conhecimentos de ciência de dados com ecossistema de tecnologias de manipulação de grandes volumes de dados (*big data*). Esse centro oferecerá espaços para ações de monitoramento e avaliação, por meio de uma sala de situação articulada, com capacidade de interlocução interdisciplinar com informações em tempo real.

As ações desenvolvidas pelo CIEGES integram disciplinas das ciências sanitária, humana, exata e da computação. O CIEGES, com a participação dos assessores técnicos do Conass e de gestores estaduais, apoia a discussão e a construção de análises transversais às Câmaras Técnicas do Conselho, com ampla participação dos representantes das SES.

O CIEGES organizou e categorizou mais de 20 bilhões de registros, formando o Repositório de Dados (*Data Lake*) do Conass. O repositório contém dados brutos e dados tratados, cujas tarefas de extração, transformação e carga não é trivial, demandando conhecimento específico em Tecnologias da Informação em Saúde (TIS).

A organização do Repositório de Dados pelo Conass é um grande avanço do ponto de vista da gestão da informação para o SUS, especialmente para a gestão estadual. O Conass mantém o conhecimento, muitas vezes sazonal, mediante a mudança das equipes técnicas. Esse processo é necessário para a limpeza e pré-processamento de dados e visualização da informação, gerando comunicação interinstitucional para a tomada de decisões pelos gestores, especialmente diante dos escassos recursos humanos e tempo hábil para a interpretação dos dados e tomada de decisão.

O Repositório de Dados provê recursos que viabilizaram ao Conass oferecer cerca de 100 painéis dinâmicos e relatórios produzidos na plataforma Tableau, referência mundial no segmento, com acessos públicos e restritos.

Um ambiente de integração de dados com a premissa do desenvolvimento colaborativo deve nascer com parcerias nacionais e internacionais. O CIEGES está apto para oferecer colaboração a outros países da região, a exemplo do que ocorreu durante a pandemia com instituições como a organização global da saúde, Vital Strategies e a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas/OMS).

Desde a concepção do CIEGES, a Opas/OMS no Brasil tem investido na iniciativa com apoio técnico e doação de equipamentos para o Conass e para as SES. Também realizou investimento em recursos humanos para o desenvolvimento, em conjunto, da plataforma de georreferenciação que, em um primeiro momento, apresenta dados estruturantes do SUS, por meio de indicadores transversais do Planejamento Regional Integrado (PRI).

Os objetivos do CIEGES são:

- ✱ Apoiar a organização e análise dos dados para construção da informações, conhecimento e inteligência gestora;
- ✱ Apoiar com inteligência geográfica, georreferenciamento e estudos de otimização espacial, desagregando por extratos geopolíticos e demográficos, econômicos e situação de saúde nacional e sub-nacional;

- ❖ Apoiar análises estatísticas e de aprendizado de máquina;
- ❖ Reduzir o tempo de resposta dos sistemas de saúde, por meio de construção de bancos de dados e informações, principalmente em casos de desastres e emergências em saúde pública;
- ❖ Apoiar a tomada de decisão em tempo oportuno;
- ❖ Apoiar a publicização dos dados e informação em saúde; e
- ❖ Apoiar a gestão para decisões baseadas em informação.

Resposta rápidas em tempo de emergência

No Brasil, o Ministério da Saúde é o responsável pela consolidação de dados coletados por municípios e estados e pela disseminação de dados para que cada esfera de gestão realize as tomadas de decisões direcionadas por dados. No entanto, no dia 06 de junho de 2020, o Governo Federal omitiu informações sobre o número acumulado de casos e óbitos por covid-19, disseminando informações incompletas e imprecisas para a população. Por esse motivo e de forma tempestiva, o Conass lançou o Painel Covid-19, desenvolvido pelo CIEGES, com o objetivo monitorar e divulgar informações sobre a pandemia de Covid-19 no Brasil. O painel é atualizado diariamente com o número de casos confirmados, óbitos totais e por período, entre outros indicadores por estado.

Essa iniciativa consolidou-se, como uma importante ferramenta para o acompanhamento da evolução da doença no país. Aferindo os dados constantemente, o Conass pode evidenciar a necessidade de adesão a medidas preventivas e de controle mais eficazes. Além disso, o painel também é importante para a população, que pode se manter informada sobre a situação da pandemia no país.

Além do Painel Covid-19, o Conass oferta outros painéis: o Painel de autorização de leitos SRAG/UTI Covid-19, que monitora as habilitações e autorizações de leitos UTI Covid pelo Ministério da Saúde; o Painel de análise do excesso de mortalidade por causas naturais, que acompanha os indicadores de morte, conforme recomendação da Organização Mundial da Saúde; e o Painel de redes sociais e Covid-19 acerca de sintomas e comportamentos dos internautas, cujos dados, foram reunidos

pelo Facebook e sistematizados pela organização global de saúde Vital Strategies, em parceria com o Conass. Esses painéis representam uma importante ferramenta para identificar as tendências da doença no País.

Rede CIEGES

Diante da criação e da importância do trabalho realizado pelo CIEGES, o Conass acredita ser fundamental a troca de experiências para a qualificação da gestão estadual.

A construção da Rede CIEGES de inteligência em saúde da gestão estadual é uma importante estratégia para o fortalecimento do uso de dados para construção da inteligência gestora estadual de saúde. Existem várias experiências estaduais na construção do conhecimento, por meio de análises de dados e construção de conhecimento local, porém, não existem mecanismos formais de articulação e integração dessas informações e conhecimentos, muito menos da sua adequação às normativas federais. A Rede CIEGES prevê a articulação dessas experiências, considerando a heterogeneidade das Secretarias Estaduais de Saúde, relacionando-as de modo não hierarquizado e unidas em torno da criação de uma inteligência gestora no uso de dados da saúde nas SES, para isso, está desenvolvendo um trabalho de mapeamento das experiências estaduais para a criação de uma rede CIEGES.

Com a Rede CIEGES pode-se otimizar processos de trabalhos; propiciar trocas de experiências, ferramentas e articulações; escalar produtos e soluções locais para o âmbito nacional, consolidando a importância dos processos da análise de dados em saúde no Brasil, além de fortalecer a atuação das SES para a promoção e disseminação de informação, a produção e difusão do conhecimento e a inovação de processos na saúde; promovendo, assim, a inovação na gestão em saúde no Brasil.

Acesse o CIEGES em <https://cieges.conass.org.br/>



Para saber mais:

Portal CIEGES: <https://cieges.conass.org.br/>

Painel Casos e Óbitos Covid: <https://www.conass.org.br/painelconass-covid19/>

Painel de Monitoramento de Autorizações de leitos UTI SRAG/COVID-19: <https://www.conass.org.br/leitos-srag-uti-covid-19-monitoramento-de-habilitacoes/>

Painel de análise do excesso de mortalidade por causas naturais no Brasil: <https://www.conass.org.br/indicadores-de-obitos-por-causas-naturais/>

Painel Redes sociais e covid-19 – sintomas e comportamentos dos internautas: <https://www.conass.org.br/sintomascovid19/>

Ferré F, Mansano NH, Carvalho MV, Avendanho FC, Silva JF, Silva NC. O papel tripartite na divulgação de casos e óbitos por Covid-19 e a atuação do Conass. In: Freitas CM, Barcellos C, Villela DAM, editores. Covid-19 no Brasil: cenários epidemiológicos e vigilância em saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz; Editora Fiocruz; 2021 [citado 2022 ago. 20]. p. 215–27. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7476/9786557081211.0014>

Ferré F. Infoestrutura para apoio à decisão estratégica no SUS. In: Santos AO, Lopes LT, organizadores. Reflexões e futuro. Brasília: CONASS; 2021. p. 114–27. (Coleção covid-19; vol. 6). Disponível em <https://bit.ly/35D0k0j>

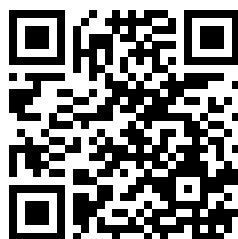
20

Relações Internacionais

BIBLIOTECA DIGITAL DO CONASS



Tenha acesso a centenas de publicações sobre a gestão do SUS, disponíveis gratuitamente na biblioteca digital do Conass. É só baixar e compartilhar!





A área de Relações Internacionais do Conass é responsável pelo estabelecimento de intercâmbios e parcerias formais, que acontecem desde 2003. Visam intercambiar conhecimento e experiências, especialmente com países dotados de sistemas públicos universais de saúde. Atualmente, o Conass tem acordos de cooperação com o Ministério da Saúde e dos Serviços Sociais do Québec (Canadá); com o Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa; coordena a Comissão Temática da Saúde e Segurança Alimentar e Nutricional dos Observadores Consultivos da CPLP – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa; participa do Fórum da Sociedade Civil dos Países de Língua Portuguesa na condição de membro do Secretariado Técnico; é membro da Conferência Lusofrancófona da Saúde, desde 2003; integra a diretoria da Associação Latina de Análise dos Sistemas de Saúde – ALASS.

O Conass participa de seminários, oficinas e visitas técnicas com a Opas, especialmente nos países da América Latina, além de já ter participado de ações e visitas técnicas a convite do Reino Unido e da Dinamarca.



SUS



www.conass.org.br



twitter.com/conassoficial



youtube.com/conassoficial



instagram.com/conassoficial



facebook.com/conassoficial



<https://t.me/conass>



CONASS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Setor Comercial Sul, Quadra 9, Torre C, Sala 1105
Edifício Parque Cidade Corporate | CEP 70308-200
Brasília | Distrito Federal | +55 61 3222-3000