



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Este projeto é uma parceria do CONASS com o Ministério da Saúde



volume **1** SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Copyright 2007 – 1ª Edição – Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS

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

A Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS pode ser acessada, na íntegra, na página eletrônica do CONASS, www.conass.org.br.

A Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS faz parte do Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS.

Tiragem: 5000

Impresso no Brasil

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007.

291 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 1)

ISBN 978-85-89545-08-2



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

NLM WA 525

CDD – 20. ed. – 362.1068

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Concepção e Coordenação da Coleção

Regina Helena Arroio Nicoletti

René Santos

Renilson Rehem

Ricardo F. Scotti

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Coordenação do Livro

René Santos

Renilson Rehem

Revisão

Gisela Avancini

Elaboração

Déa Carvalho

Eugênio Vilaça Mendes

Júlio Müller

Nelson Rodrigues dos Santos

René Santos

Renilson Rehem

Ricardo F. Scotti

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Sônia Barros

Edição

Adriane Cruz

Vanessa Pinheiro

Projeto gráfico

Fernanda Goulart

Aquarela capa

Mário Azevedo

DIRETORIA do CONASS - 2006/2007

Presidente

Jurandi Frutuoso Silva

Vice-presidente Região Norte

Fernando Agostinho Cruz Dourado

Vice-presidente Região Nordeste

José Antônio Rodrigues Alves

Vice-presidente Região Centro-Oeste

Augustinho Moro

Vice-presidente Região Sudeste

Luiz Roberto Barradas Barata

Vice-presidente Região Sul

Cláudio Murilo Xavier

SECRETÁRIOS ESTADUAIS DE SAÚDE

AC - Suely de Souza Mello da Costa
AL - André Valente
AP - Abelardo da Silva Vaz
AM - Wilson Duarte Alecrim
BA - Jorge José Santos Pereira Solla
CE - João Ananias Vasconcelos Neto
DF - José Geraldo Maciel
ES - Anselmo Tose
GO - Cairo Alberto de Freitas
MA - Edmundo da Costa Gomes
MT - Augustinho Moro
MS - Beatriz Figueiredo Dobashi
MG - Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva
PA - Halmélio Alves Sobral Neto
PB - Geraldo de Almeida Cunha Filho
PR - Cláudio Murilo Xavier
PE - Jorge Gomes
PI - Tatiana Vieira Souza Chaves
RJ - Sérgio Luis Côrtes
RN - Adelmaro Cavalcanti Cunha Júnior
RS - Osmar Terra
RO - Milton Luiz Moreira
RR - Eugênia Glaucy Moura Ferreira
SC - Luiz Eduardo Cherem
SP - Luiz Roberto Barradas Barata
SE - Rogério Carvalho
TO - Eugênio Pacceli de Freitas Coelho

SECRETARIA EXECUTIVA DO CONASS

Secretário Executivo

Jurandi Frutuoso Silva

Coordenadores

Regina Helena Arroio Nicoletti

Ricardo F. Scotti

René Santos

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Assessores Técnicos

Adriane Cruz, Déa Carvalho, Eliana Dourado, Gisele Bahia, Júlio Müller, Livia Costa da Silveira, Lore Lamb, Luciana Tolêdo Lopes, Márcia Huçulak, Maria José Evangelista, Maria Luísa Campolina Ferreira, Ricardo Rossi, Rodrigo Fagundes Souza e Viviane Rocha de Luiz.

Assessora de Comunicação Social

Vanessa Pinheiro

SUMÁRIO

Apresentação 14

- 1 O Sistema Único de Saúde (SUS) 16**
 - 1.1 Antecedentes 16
 - 1.1.1 A saúde na Colônia e no Império 17
 - 1.1.2 A Saúde na República 18
 - 1.1.3 A institucionalização da saúde pública 21
 - 1.1.4 O movimento sanitário 25
 - 1.2 O Sistema Único de Saúde (SUS) 33
 - 1.2.1 Responsabilidade das três esferas de governo 33
 - 1.2.2 Arcabouço legal do SUS 34

- 2 A Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) 40**
 - 2.1 Introdução 40
 - 2.2 Os gestores do SUS em cada esfera de governo 41
 - 2.3 Atribuições comuns e competências específicas de cada esfera de governo na gestão do SUS 43
 - 2.3.1 Competência da União 45
 - 2.3.2 Competências do Estado 46
 - 2.3.3 Competências do Município 47
 - 2.4 Participação da Comunidade na gestão do SUS 49
 - 2.5 Órgãos colegiados de representação política do SUS 49
 - 2.5.1 Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) 50
 - 2.5.2 Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) 51
 - 2.6 Instâncias de pactuação: as comissões intergestores 52
 - 2.6.1 Comissão Integestores Bipartite 53
 - 2.6.2 Comissão Integestores Tripartite 54
 - 2.7 O gestor federal do SUS 54
 - 2.7.1 Ministério da Saúde 55

3	O Planejamento do SUS	62
3.1	Introdução	62
3.2	O Planejamento do SUS	63
3.2.1	Planos Plurianuais (PPA)	64
3.2.2	Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)	64
3.2.3	Lei Orçamentária Anual	64
3.3	O Sistema de Planejamento do SUS	65
3.3.1	O Relatório Anual de Gestão	68
3.4	Outros instrumentos de Planejamento do SUS	69
3.4.1	Plano Diretor de Regionalização (PDR)	70
3.4.2	Plano Diretor de Investimento (PDI)	70
4	Os Sistemas de Informação em Saúde	74
4.1	Introdução	74
4.2	Informação e Informática em Saúde	76
4.3	Principais fontes de informação de interesse para o Planejamento em Saúde	78
4.4	Indicadores de interesse para a gestão da Saúde	83
4.4.1	Indicadores demográficos	84
4.4.2	Indicadores sócio-econômicos	85
4.4.3	Indicadores de mortalidade	87
4.4.4	Indicadores de morbidade e fatores de risco	89
4.4.5	Indicadores de recursos	91
4.4.6	Indicadores de cobertura	93
4.5	Cartão Nacional de Saúde	97
4.5.1	Princípios e diretrizes do Cartão Nacional de Saúde	97
4.5.2	Instrumento para um novo modelo de gestão da Saúde	99
5	O Processo de Implantação do SUS	104
5.1	As Normas Operacionais do SUS	104
5.1.1	A Norma Operacional Básica do SUS de 1991	105
5.1.2	A Norma Operacional Básica do SUS de 1992	106
5.1.3	A Norma Operacional Básica do SUS de 1993	107
5.1.4	A Norma Operacional Básica do SUS de 1996	108

- 5.1.5 A Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – de 2001 111
- 5.1.6 A Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – de 2002 114
- 5.2 O Pacto pela Saúde 2006 115
 - 5.2.1 Pacto em Defesa do SUS 117
 - 5.2.2 Pacto pela Vida 118
 - 5.2.3 Pacto de Gestão 124
 - 5.2.4 Implantação e monitoramento dos Pactos da Vida e de Gestão 160

- 6 O SUS e o Desafio da Participação da Comunidade 166**
 - 6.1 Modernização e eficiência da gestão pública e participação organizada da sociedade civil 166
 - 6.2 Bases legais da participação organizada da sociedade no SUS e sua evolução desde 1990 168
 - 6.2.1 Quanto às diretrizes para a formulação das políticas de saúde – conferências de saúde 168
 - 6.2.2 Quanto à atuação na formulação de estratégias - conselhos de saúde 170
 - 6.2.3 Quanto à atuação no controle da execução das políticas – conselhos de saúde 172
 - 6.2.4 Quanto à organicidade e ao funcionamento dos conselhos de saúde 173
 - 6.2.5 Lembrando o campo de responsabilidades e competências dos gestores do SUS 173
 - 6.3 Funcionamento das conferências e conselhos de saúde: ponderações e recomendações 174
 - 6.4 O funcionamento das conferências e dos conselhos de saúde a partir de 1990 e as características macroeconômicas e macropolíticas do período 178

- 7 Consórcios Públicos de Saúde 182**
 - 7.1 Os consórcios e o Sistema Único de Saúde 182
 - 7.2 O Projeto de Lei que institui normas gerais para a

	constituição dos consórcios públicos	184
7.3	Lei n. 11.107, de 06 de abril de 2005	186
7.4	Como constituir um Consórcio Público	189
7.5	Recursos públicos no Consórcio	190
7.6	Constituição de consórcios entre Estados	191
8	O CONASS e as Secretarias Estaduais de Saúde	194
8.1	O que é o CONASS	194
8.2	As macrofunções do CONASS	195
8.3	A organização interna do CONASS	197
8.3.1	Assembléia	197
8.3.2	Diretoria	197
8.3.3	Diretorias Extraordinárias	198
8.3.4	Comissão Fiscal	198
8.3.5	Conselho Consultivo	199
8.3.6	Secretaria Executiva	199
8.3.7	Câmaras Técnicas	200
8.3.8	Comitês Técnico-assessores	201
8.3.9	Outras representações	202
8.4	Instrumentos utilizados pelo CONASS para a Comunicação	202
8.4.1	Jornal Consensus	203
8.4.2	CONASS Documenta	203
8.4.3	CONASS Informa	203
8.4.4	Página do CONASS na internet www.conass.org.br	203
8.4.5	Consensus eletrônico	205
8.4.6	Fale com o CONASS	205
8.5	Ações desenvolvidas pelo CONASS para desenvolvimento de suas macrofunções	206
8.5.1	O CONASS para fora do SUS	206
8.5.2	Ações prioritárias do CONASS voltadas para as Secretarias Estaduais de Saúde e o SUS	211
8.5.3	O Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS – Progestores – para 2007	226
8.6	Fortalecimento das SES no exercício de seus papéis	228

9	Os Desafios do SUS	232
9.1	Desafio da Universalização	233
9.2	Desafio do Financiamento	236
9.2.1	O financiamento do SUS e a regulamentação da Emenda Constitucional n. 29	239
9.2.2	A melhoria da qualidade dos gastos públicos em Saúde	240
9.2.3	A integralidade regulada	241
9.2.4	O aumento da eficiência no SUS	241
9.2.5	A ineficiência alocativa	244
9.2.6	A equidade do financiamento	245
9.3	Desafio do Modelo Institucional do SUS	236
9.4	Desafio do Modelo de Atenção à Saúde do SUS	251
9.4.1	As condições agudas e crônicas	252
9.4.2	A situação de Saúde no Brasil	253
9.4.3	A crise do modelo de Atenção à Saúde do SUS	253
9.4.4	O modelo de Atenção à Saúde voltado para as condições crônicas no SUS: a organização das redes de Atenção à Saúde	254
9.4.5	A implantação das redes de Atenção à Saúde no SUS	255
9.4.6	A gestão das redes de Atenção à Saúde nos espaços regionais	257
9.5	Desafio da Gestão do Trabalho no SUS	258
9.5.1	O Campo do trabalho em saúde	258
9.5.2	A gestão do trabalho no SUS	261
9.5.3	Gestão do trabalho no SUS como função estratégica e integrada	190
9.6	Desafio da Participação Social	276
	Referências bibliográficas	281

APRESENTAÇÃO



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

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

Este livro apresenta o processo de implantação do SUS, seus avanços e desafios e aborda a importância das Secretarias Estaduais de Saúde e da sua entidade representativa – o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) – na construção do sistema público de saúde no Brasil. Reflete, ainda, o presente e nos conclama a meditar sobre os próximos passos rumo ao futuro, que desejamos seja de Saúde para todos, em um país mais justo e igualitário.

Boa Leitura.

Jurandi Frutuoso Silva
Presidente do CONASS

1.1 Antecedentes

1.1.1 A saúde na Colônia e no Império

1.1.2 A Saúde na República

1.1.3 A institucionalização da saúde pública

1.1.4 O movimento sanitário

1.2 O Sistema Único de Saúde (SUS)

1.2.1 Responsabilidade das três esferas de governo

1.2.2 Arcabouço legal do SUS

1.1 Antecedentes

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

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

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

1.1.1 A Saúde na Colônia e no Império

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

Por volta de 1829, foi criada a Junta de Higiene Pública, que se mostrou pouco eficaz e, apesar de várias reformulações, não alcançou o objetivo de cuidar da saúde da população. No entanto, é o momento em que instâncias médicas assumem o controle das medidas de higiene pública. Seu regulamento é editado em 20 de setembro de 1851 e a transforma em Junta Central de Higiene Pública. Tem como objetivo a inspeção da vacinação, o controle do exercício da Medicina e a polícia sanitária da terra, que engloba a inspeção de alimentos, farmácias, armazéns de mantimentos, restaurantes, açougues, hospitais, colégios, cadeias, aquedutos, cemitérios, oficinas, laboratórios, fabricas e, em geral, todos os lugares de onde possa provir dano à saúde pública (MACHADO, 1978).

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

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

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

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

1.1.2 A Saúde na República

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

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

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

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

A falta de um modelo sanitário para o País, deixava as cidades brasileiras à mercê das epidemias. No início do século XX, a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam à população, como a varíola, a malária, a febre amarela e,

posteriormente, a peste. Este quadro acabou gerando sérias conseqüências, tanto para a saúde coletiva quanto para outros setores como o do comércio exterior, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em razão da situação sanitária existente na cidade.

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

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

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

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

Um ativo movimento de Reforma Sanitária emergiu no Brasil durante a Primeira República, sob a liderança da nova geração de médicos higienistas, que alcançou importantes resultados. Entre as conquistas, destaca-se a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920. Durante a Primeira República, foram estabelecidas as bases para a criação de um Sistema Nacional de Saúde, caracterizado pela concentração e pela verticalização das ações no governo central.

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

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

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

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

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

1.1.3 A institucionalização da saúde pública

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

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

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

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

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

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

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

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

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

As políticas de saúde, então implementadas, corresponderam a alterações em diversos campos; na esfera institucional, a principal mudança consistiu na criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp), o qual passou por sucessivas reformulações. Ao Mesp cabia a saúde pública, ou melhor, tudo que dissesse respeito à saúde da população e que não se encontrava na área da medicina previdenciária, desenvolvida no Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.

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

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

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

Os marcos institucionais¹ desse período foram:

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

Estes marcos reforçavam aspectos importantes, tais como:

1. permanência da disjunção entre saúde pública e assistência médica com ênfase da primeira nas populações rurais;
2. foco das ações sobre doenças específicas; e
3. deslocamento do processo de discussão e decisão para arenas fora da burocracia pública, tais como o Congresso Nacional e a politização da saúde nos congressos de higiene e nas conferências nacionais.

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

A 3ª Conferência Nacional de Saúde (3ª CNS), realizada em dezembro de 1963, foi o último evento na experiência democrática.

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

Os principais pontos da 3ª CNS eram a rediscussão da distribuição de responsabilidades entre os Entes Federativos, uma avaliação crítica da realidade sanitária do País e uma clara proposição de municipalização dos serviços de saúde, intenção revelada no temário da Conferência e explicitada nos discursos do presidente da República, João Goulart, e do ministro da Saúde, Wilson Fadul.

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

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

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

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

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

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

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

1.1.4 O movimento sanitário

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

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

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

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

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

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

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

política dos governos, e reconhece-se a sua determinação intersetorial.

As novas formulações em torno da prática médica caracterizaram-se pela revisão crítica da teoria preventivista, até então hegemônica na análise dos problemas da saúde. Delimitou-se teoricamente o campo da saúde coletiva e, nessa perspectiva, o estudo do processo saúde-doença teria como foco não mais o indivíduo ou o seu somatório, mas a coletividade (as classes sociais e suas frações) e a distribuição demográfica da saúde e da doença (ESCOREL, 1998).

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

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

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

Para fazer frente a esses desafios, o governo criou o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS). O regime precisava lançar mão de políticas sociais para a sua legitimação, por isso investiu, canalizou recursos e priorizou projetos nesses setores. No entanto, não tinha quadros para ocupar todos os espaços abertos

e terminou por criar espaços institucionais para pessoas de pensamento contrário, senão antagônicos, ao dominante, em seu setor. Por essa brecha, lideranças do movimento sanitário entraram na alta burocracia estatal, na área da saúde e da Previdência Social (SCOREL, 1998).

A estratégia de distensão política, iniciada pelo governo do general Geisel (1974-1979), possibilitou ao movimento sanitário apresentar propostas transformadoras no sentido de melhorar e democratizar o atendimento à saúde das populações mais carentes. A política de saúde, adotada até então pelos governos militares, colocava ênfase em uma medicina de cunho individual e assistencialista, em detrimento de ações vigorosas no campo da saúde coletiva. Além de privilegiar uma prática médica curativa, em detrimento de medidas de ações preventivas de interesse coletivo, a política de saúde acabou por propiciar um processo incontrolável, por parte dos setores privados, que, na busca do superfaturamento, multiplicavam e desdobravam os atos médicos, optavam por internações mais caras, enfatizavam procedimentos cirúrgicos desnecessários, além de utilizar pouco pessoal técnico e equipamentos antigos, entre outros expedientes (CORDEIRO, 2004).

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

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

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

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

Na sua primeira versão, o Prev-Saúde apresentava-se, aparentemente, como um plano que, inspirado em programas de atenção primária, como os projetos Sobradinho, MOC e Piass, tinha como seus pressupostos básicos a hierarquização das formas de atendimento por níveis de complexidade, a integração dos serviços existentes em cada um dos níveis de complexidade, fossem de origem pública ou privada, e a regionalização do atendimento por áreas e populações definidas. Contudo, não passava de uma proposta de investimento no nível primário de atenção, que não tocava significativamente na rede hospitalar privada.

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

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

O Conasp, criado em setembro de 1981, pelo Decreto n. 86.329 da Presidência da República, como órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social, deveria operar como organizador e racionalizador da assistência médica e procurou instituir medidas moralizadoras na área da saúde, como, por exemplo, a Portaria n. 3.046, de 20 de julho de 1982, que estabeleceu parâmetros assistenciais visando disciplinar

o atendimento médico-hospitalar dos hospitais conveniados e da rede pública e que se corporificou no Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social.

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

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

Mesmo antes do advento da chamada Nova República, o movimento sanitário realizou sua estratégia de ocupação de todos os espaços de discussão possíveis. Articulado com as lideranças políticas do País, promoveu encontros cuja finalidade não se resumia a planejar políticas para a área de saúde, mas, sim, de influenciar na sua adoção.

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

Foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde, entre 17 e 21 de março de 1986, em Brasília, que se lançaram os princípios da Reforma Sanitária. Nessa Conferência, que contou com a presença de mais de 4 mil pessoas, evidenciou-se que as modificações no setor da saúde transcendiam os marcos de uma simples reforma administrativa e financeira. Havia necessidade de uma reformulação mais profunda, com a ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional.

Questão fundamental para os participantes da Conferência foi a da natureza do novo sistema de saúde: se estatal ou não, de implantação imediata ou progressiva. Recusada a idéia da estatização, manteve-se a proposta do fortalecimento e da expansão do setor público. Seu documento final define o conceito de saúde como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”. Este documento serviu de base para as discussões na Assembléia Nacional Constituinte (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

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

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

O financiamento e a discussão da operacionalização ainda deveriam ser mais aprofundados, sendo necessário a organização de fundos únicos de saúde nos três níveis da Federação. Propôs-se a criação de um grupo executivo da Reforma Sanitária, convocado pelo Ministério da Saúde – a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CORDEIRO, 2004).

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

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

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

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

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

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

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

Cabe lembrar que antes da criação do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, como campanhas de vacinação e controle de endemias. A atuação do setor público na chamada assistência médico-hospitalar era prestada por intermédio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

(Inamps), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social, e a Assistência à Saúde desenvolvida beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, segurados do INPS e seus dependentes, não tendo caráter universal (SOUZA, 2002).

1.2 O Sistema Único de Saúde (SUS)

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

1.2.1 Responsabilidade das três esferas de governo

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

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

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

III – no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

1.2.2 Arcabouço legal do SUS

1.2.2.1 CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- integralidade de assistência, com prioridade para as atividades preventivas, sem

prejuízo dos serviços assistenciais;

- equidade;
- descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;
- conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na prestação de serviços de Assistência à Saúde da população;
- participação da comunidade; e
- regionalização e hierarquização.

A Lei n. 8.080/90 trata:

- a) da organização, da direção e da gestão do SUS;
- b) da definição das competências e das atribuições das três esferas de governo;
- c) do funcionamento e da participação complementar dos serviços privados de Assistência à Saúde;
- d) da política de recursos humanos; e
- e) dos recursos financeiros, da gestão financeira, do planejamento e do orçamento.

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

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

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

Nos últimos 60 anos (1941-2003), foram realizadas 12 Conferências Nacionais de Saúde – CNS em contextos políticos diversos e cujas características em termos de composição, temário e deliberações foram muito diferentes entre si.

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


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

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

Em seu parágrafo 2º, a Lei n. 8.142/90 define: “O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo”. A representação dos usuários deverá ser paritária (50%) em relação ao conjunto dos demais segmentos.

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

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

- 
- 2.1 Introdução
 - 2.2 Os gestores do SUS em cada esfera de governo
 - 2.3 Atribuições comuns e competências específicas de cada esfera de governo na gestão do SUS
 - 2.3.1 Competência da União.
 - 2.3.2 Competências do Estado.
 - 2.3.3 Competências do Município.
 - 2.4 Participação da Comunidade na gestão do SUS
 - 2.5 Órgãos colegiados de representação política do SUS
 - 2.5.1 Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)
 - 2.5.2 Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)
 - 2.6 Instâncias de pactuação: as comissões intergestores
 - 2.6.1 Comissão Intergestores Bipartite
 - 2.6.2 Comissão Intergestores Tripartite
 - 2.7 O gestor federal do SUS
 - 2.7.1 Ministério da Saúde

2.1 Introdução

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

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

2.2 Os gestores do SUS em cada esfera de governo

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

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

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

Para efeito de entendimento das funções no Sistema Único de Saúde, conceituamos: (SCOTI, R.F.; OLIVEIRA, M.B.T; 1995)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Este processo tem sido orientado pela Legislação do SUS e pelas Normas Operacionais que definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios possam assumir suas funções no processo de implantação do SUS.

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

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

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

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

- definir as instâncias e os mecanismos de controle, de avaliação e de fiscalização das ações e dos serviços de saúde;
- administrar os recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
- acompanhar, avaliar e divulgar o nível de saúde da população e as condições ambientais;
- organizar e coordenar o sistema de informação em saúde;
- elaborar normas técnicas e estabelecer padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a Assistência à Saúde;
- elaborar normas técnicas e estabelecer padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
- participar na formulação da política e na execução das ações de saneamento básico e colaborar na proteção e na recuperação do meio ambiente;

- elaborar e atualizar periodicamente o Plano de Saúde;
- participar na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- elaborar proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS) de conformidade com plano de saúde;
- elaborar normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- realizar operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;
- atender às necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo eminente, de calamidade pública ou irrupção de epidemias – para tanto, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;
- implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;
- elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e o controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;
- promover a articulação da política e dos planos de saúde;
- realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
- definir as instâncias e os mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária; e
- fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

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

2.3.1 Competência da União

À direção nacional do Sistema Único de Saúde compete:

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

municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

- elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de Assistência à Saúde;
- promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os municípios dos serviços e das ações de saúde, respectivamente de abrangência estadual e municipal;
- normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;
- elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com estados, municípios e Distrito Federal; e
- estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o território nacional, em cooperação técnica com estados, municípios e Distrito Federal.

2.3.2 Competências do Estado

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

- promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde;
- acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);
- prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
- coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de: vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição e saúde do trabalhador;
- participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

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

2.3.3 Competências do município

À direção municipal do Sistema Único de Saúde compete:

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

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

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

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

As Normas Operacionais do Sistema Único de Saúde serão tratadas no Capítulo 5 deste livro.

2.4 Participação da comunidade na gestão do SUS

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

- Conferência de Saúde; e
- Conselho de Saúde.

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

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

2.5 Órgãos colegiados de representação política dos gestores do SUS

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

2.5.1 Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)

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

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

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

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

O Conasems define que são suas competências:

- promover e consolidar um novo modelo de gestão pública de saúde alicerçado nos conceitos de descentralização e municipalização;
- propor fórmulas de gestão democrática para a saúde; e
- auxiliar municípios na formulação de estratégias voltadas ao aperfeiçoamento dos seus sistemas de saúde, primando pelo intercâmbio de informações e pela cooperação técnica.

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

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

Nos estados maiores, foram organizados os Conselhos Regionais de Secretários Municipais de Saúde (Cresems) que fazem parte das Comissões Intergestores Bipartite Regionais.

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

2.5.2 Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)

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

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

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

Quanto à finalidade, à competência e às linhas de ação, o CONASS atua como órgão permanente de intercâmbio de experiências e informações de seus membros, voltado para a implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais e

da legislação complementar em saúde e para o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde. Sua missão é promover o pleno exercício das responsabilidades das Secretarias de Saúde dos estados na política de saúde, junto aos órgãos setoriais federais e municipais, aos Poderes Legislativo e Judiciário, além de outras entidades da sociedade civil.³

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

O livro CONASS 25 Anos, publicado juntamente com esta coleção, resgata a trajetória da entidade e descreve detalhadamente suas competências, realizações e posições políticas quanto à consolidação do SUS.

2.6 Instâncias de pactuação – as comissões intergestores

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

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

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

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

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

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

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

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

2.6.1 Comissão Intergestores Bipartite (CIB)

É constituída paritariamente por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems), ou similar, incluindo obrigatoriamente o Secretário de Saúde da Capital (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993).

2.6.2 Comissão Intergestores Tripartite (CIT)

É composta por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

Na CIT, são definidos diretrizes, estratégias, programas, projetos e alocação de recursos do SUS. Tem composição paritária formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde (MS), cinco pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). A representação de estados e municípios nessa Comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões do País.

2.7 O gestor federal do SUS

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

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

2.7.1 Ministério da Saúde

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

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

Na área de assistência à saúde, o MS atuava apenas por meio de alguns poucos hospitais especializados, nas áreas de psiquiatria e tuberculose, além da ação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), em algumas regiões específicas, com destaque para o interior das regiões Norte e Nordeste. A grande atuação do poder público nessa área se dava por intermédio do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que em 1978 passou a ser denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social.

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

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

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

Entre os elementos que dificultavam o processo de implantação do SUS, embora não seja o mais importante, destacava-se a inconveniente estrutura organizacional do Ministério da Saúde que mantinha uma lógica de um antigo Ministério, pré-SUS,

que absorveu o Inamps (SOUZA, 2002).

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

Recentemente, o Decreto Presidencial n. 5.841, de 13 de julho de 2006, promoveu mudanças na estrutura regimental do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

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

2.7.1.1 ESTRUTURA REGIMENTAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

De acordo com o Decreto n. 5.841/2006, o Ministério da Saúde tem a seguinte estrutura:⁴

CAPÍTULO I - DA NATUREZA E COMPETÊNCIA

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

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

⁴Decreto n. 4.726, de 9 de junho de 2003, aprova a estrutura regimental. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=236784>>.

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

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

I - órgãos de assistência direta e imediata ao Ministro de Estado:

- a) Gabinete; e
- b) Secretaria-Executiva:
 - 1. Subsecretaria de Assuntos Administrativos;
 - 2. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento;
 - 3. Departamento de Informática do SUS (Datusus);
 - 4. Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde;
 - 5. Departamento de Apoio à Descentralização; e
 - 6. Unidades Descentralizadas: Núcleos Estaduais;
- c) Departamento Nacional de Auditoria do SUS; e
- d) Consultoria Jurídica.

II - órgãos específicos singulares:

- a) Secretaria de Atenção à Saúde:
 - 1. Departamento de Atenção Básica;
 - 2. Departamento de Atenção Especializada;
 - 3. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas;
 - 4. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas; e
 - 5. Instituto Nacional do Câncer.
- b) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde:
 - 1. Departamento de Gestão da Educação na Saúde; e
 - 2. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde.
- c) Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos:
 - 1. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos;
 - 2. Departamento de Ciência e Tecnologia; e
 - 3. Departamento de Economia da Saúde.
- d) Secretaria de Gestão Participativa:
 - 1. Departamento de Articulação e Acompanhamento da Reforma Sanitária; e
 - 2. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS.
- e) Secretaria de Vigilância em Saúde:
 - 1. Departamento de Vigilância Epidemiológica; e
 - 2. Departamento de Análise de Situação de Saúde.

III - órgãos colegiados:

- a) Conselho Nacional de Saúde; e
- b) Conselho de Saúde Suplementar.

IV - entidades vinculadas:

- a) Autarquias:

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária; e
2. Agência Nacional de Saúde Suplementar.

b) Fundações Públicas:

1. Fundação Nacional de Saúde; e
2. Fundação Oswaldo Cruz.

c) Sociedades de Economia Mista:

1. Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.;
2. Hospital Fêmina S.A.; e
3. Hospital Cristo Redentor S.A.

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

2.7.1.2 HOSPITAIS VINCULADOS AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

O Ministério ainda tem em sua estrutura organizacional instituições prestadoras de assistência médica hospitalar, como órgãos específicos vinculados à Secretaria de Atenção à Saúde: o Instituto Nacional do Câncer (Inca); e entidades vinculadas, como as de Sociedade de Economia Mista: Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.; Hospital Fêmina S.A.; e Hospital Cristo Redentor S.A.

Além desses, por meio de um contrato de gestão, a União mantém a Rede Sarah de Hospitais do Aparelho Locomotor.

2.7.1.2.1 Instituto Nacional do Câncer (Inca)⁵

O Instituto Nacional do Câncer (Inca), criado em 1957, é o órgão do Ministério da Saúde, responsável por desenvolver e coordenar ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil. Tais ações são de caráter multidisciplinar e compreendem a assistência médico-hospitalar, prestada direta e gratuitamente aos pacientes com câncer, no âmbito do SUS, e a atuação em áreas estratégicas como a prevenção e a detecção precoce, a formação de profissionais especializados, o desenvolvimento da pesquisa e a informação epidemiológica. Todas as atividades do Inca têm como objetivo reduzir a incidência e a mortalidade causada pelo câncer no Brasil.

⁵ Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/>>.

O Inca desenvolve o Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer, que utiliza as três instâncias governamentais – federal, estadual e municipal – para treinar e apoiar os 5.564 municípios brasileiros no gerenciamento e no desenvolvimento de ações do Programa nas áreas da educação, legislação e economia.

Os serviços vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) que realizam tratamento oncológico no Brasil são cadastrados pelo Ministério da Saúde como Centros de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), Serviços Isolados de Quimioterapia ou de Radioterapia, compondo uma Rede de Atendimento em Oncologia. Esta rede de serviços é coordenada pelo Inca por meio do Projeto Expande.

Os Cacon são unidades hospitalares públicas ou filantrópicas que dispõem de todos os recursos humanos e tecnológicos necessários à assistência integral do paciente de câncer. São responsáveis pela confirmação diagnóstica dos pacientes, pelo estadiamento, pela assistência ambulatorial e hospitalar, pelo atendimento das emergências oncológicas e pelos cuidados paliativos.

2.7.1.2.2 Grupo Hospitalar Conceição (GHC)⁶

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC), localizado em Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul, constituiu-se em uma Sociedade Anônima em 1975, quando a União interveio e desapropriou os hospitais privados Nossa Senhora da Conceição, Hospital Criança Conceição, Hospital Cristo Redentor e Hospital Fêmina.

O GHC está vinculado ao Ministério da Saúde, que é seu acionista majoritário, e conta com quatro unidades hospitalares, totalizando 1.800 leitos, incluindo UTIs e emergência, que apresentam internação média de 5.300 pessoas por mês, realizam 5 mil consultas/dia, 900 partos por mês e mais de 3 mil cirurgias por mês.

Dos serviços prestados pelo Grupo Hospitalar Conceição, 100% estão voltados para atendimentos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), possuindo uma força de trabalho de 5.700 funcionários. O GHC forma um terço dos especialistas

⁶ Grupo Hospitalar Conceição. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/ghc/>>.

em medicina no Rio Grande do Sul, propicia campo de estágio para alunos de 24 faculdades da área de saúde, atende a 125 mil pessoas nas 12 unidades do Serviço de Saúde Comunitária, correspondendo a 10% da população do município.

2.7.1.2.3 Rede Sarah⁷

A Associação das Pioneiras Sociais (APS) – entidade de serviço social autônomo, de direito privado e sem fins lucrativos – é a Instituição gestora da Rede SARAH de Hospitais do Aparelho Locomotor.

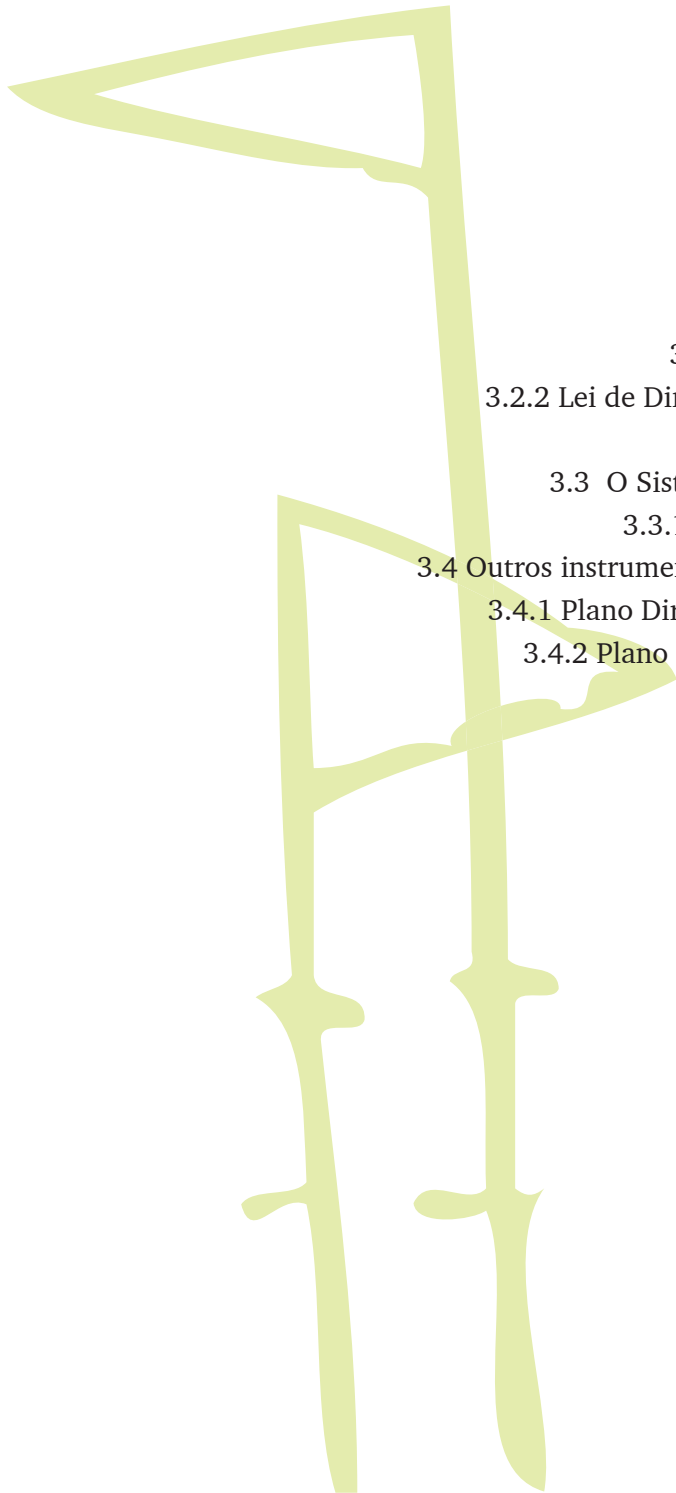
A Associação, criada pela Lei n. 8.246, de 22 de outubro de 1991, tem como objetivo retornar o imposto pago por qualquer cidadão, prestando-lhe assistência médica qualificada e gratuita, formando e qualificando profissionais de saúde, desenvolvendo pesquisa científica e gerando tecnologia (BRASIL, 1991).

A Associação administra a Rede Sarah por meio de um Contrato de Gestão, firmado em 1991 com a União Federal, que explicita os objetivos, as metas e os prazos a serem cumpridos. Os princípios administrativos para alcançar esses propósitos estão regulamentados em manuais internos.

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

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

⁷ Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação: Disponível em: <<http://www.sarah.br/>>.



- 3.1 Introdução
- 3.2 O Planejamento do SUS
 - 3.2.1 Planos Plurianuais (PPA)
 - 3.2.2 Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)
 - 3.2.3 Lei Orçamentária Anual
- 3.3 O Sistema de Planejamento do SUS
 - 3.3.1 O Relatório Anual de Gestão
- 3.4 Outros instrumentos de Planejamento do SUS
 - 3.4.1 Plano Diretor de Regionalização (PDR)
 - 3.4.2 Plano Diretor de Investimento (PDI)

3.1 Introdução

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

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

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

O enfrentamento desse problema exige do gestor e de sua equipe um esforço de apropriação de informações relevantes para a melhoria do desempenho institucional de sua organização, seja o Ministério da Saúde, uma Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde, um órgão ou setor de qualquer uma dessas instituições ou

até um programa ou serviço necessário à efetivação dos princípios e dos valores que norteiam a atual política de saúde. O aperfeiçoamento do processo de planejamento e gestão do sistema em todos os níveis demanda, portanto, o acesso a informações de natureza técnico-científica e político-institucional que contribuam para a incorporação de conhecimentos e tecnologias de formulação, a implementação e a avaliação de políticas, planos, programas, projetos, destinados a intervir sobre o estado de saúde da população e sobre o próprio sistema de serviços de saúde (TEIXEIRA, 2002).

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

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

3.2 O Planejamento do SUS

No âmbito do Ministério da Saúde, o planejamento responde às exigências constitucionais e legais, entre as quais figuram a elaboração:

3.2.1 Planos Plurianuais (PPA)

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

3.2.2 Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)

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

3.2.3 Lei Orçamentária Anual

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

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

Faz parte da Lei Orçamentária Anual quadro demonstrativo do programa anual de trabalho do governo, em termos de realização de obras e de prestação de serviços.

A LOA deverá evidenciar a política econômica financeira e o programa de trabalho do governo, os quais devem ser executados por órgãos das Administrações Direta e Indireta.

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

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

3.3 O sistema de Planejamento do SUS

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

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

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

Os objetivos do Sistema de Planejamento do SUS são:

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

A referida portaria institui Incentivo Financeiro para a implementação do Sistema de Planejamento do SUS, a ser transferido de forma automática aos Fundos de Saúde, em parcela única. O total de recursos financeiros federais previsto para esse Incentivo no ano de 2007 é de R\$ 18.205.013,00.

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

O repasse desse Incentivo será efetuado após elaboração do Programa de Trabalho a ser pactuado na Comissão Intergestores Bipartite. Caberá às Secretarias Estaduais de Saúde organizar, estruturar e/ou adequar o planejamento no seu âmbito e prestar o apoio necessário aos municípios, a fim de evitar a pulverização dos

recursos e de promover o funcionamento harmônico do Sistema de Planejamento do SUS no âmbito estadual.

São definidos como instrumentos básicos de planejamento nas três esferas de gestão do SUS: o Plano de Saúde e a respectiva Programação Anual em Saúde e o Relatório de Gestão.

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

A portaria em questão define:

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

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

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

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

O Plano deve contemplar todas as áreas da Atenção à Saúde, a fim de garantir a integralidade prevista no SUS. Isso significa que o Plano de Saúde deve ser valorizado como o instrumento central no planejamento do SUS, e o planejamento setorial deve estar contido neste Plano a partir dos seus diversos componentes (exemplo: Assistência Farmacêutica).

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

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

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

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

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

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

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

3.3.1 O Relatório Anual de Gestão

O Relatório Anual de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde e orienta eventuais

redirecionamentos que se fizerem necessários. Os resultados alcançados são apurados com base no conjunto de indicadores, definidos na Programação para acompanhar o cumprimento de metas nela fixadas.

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

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

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

Com essa portaria fica revogada a Portaria GM/MS n. 548, de 12 de abril de 2001. Convém ressaltar que o Pacto pela Saúde passa a ser a Agenda estabelecida entre as três esferas de gestão a cada ano na qual serão definidas as prioridades nacionais.

3.4 Outros instrumentos de Planejamento do SUS

Considerando a necessidade de um planejamento que seja feito com vistas ao território compreendido em uma região de saúde, e tendo em vista a ênfase dada à regionalização na NOAS 01/01 e 01/02 e atualmente no Pacto pela Saúde, faz-se necessária a utilização de instrumentos de planejamento de caráter regional e estadual que possam contemplar demandas do estado e do conjunto de municípios. O Plano Diretor de Regionalização e o Plano Diretor de Investimento foram instituídos pela NOAS 01/01 em 2001.

3.4.1 Plano Diretor de Regionalização (PDR)

O Pacto de Gestão, parte integrante do Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS n. 399/2006), reafirma a Regionalização como uma diretriz do Sistema Único de Saúde. Atualmente, existem inúmeras regiões de saúde constituídas no País, portanto, há de se considerar os esforços já realizados na elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR) nos estados, a partir da implantação da NOAS/SUS 01/2002.

Dessa forma, as Secretarias Estaduais de Saúde, considerando as premissas propostas no Pacto de Gestão, devem avaliar a constituição das regiões de saúde, dos seus Planos Diretores de Regionalização, com vistas à conformação de um modelo de atenção integrado.

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

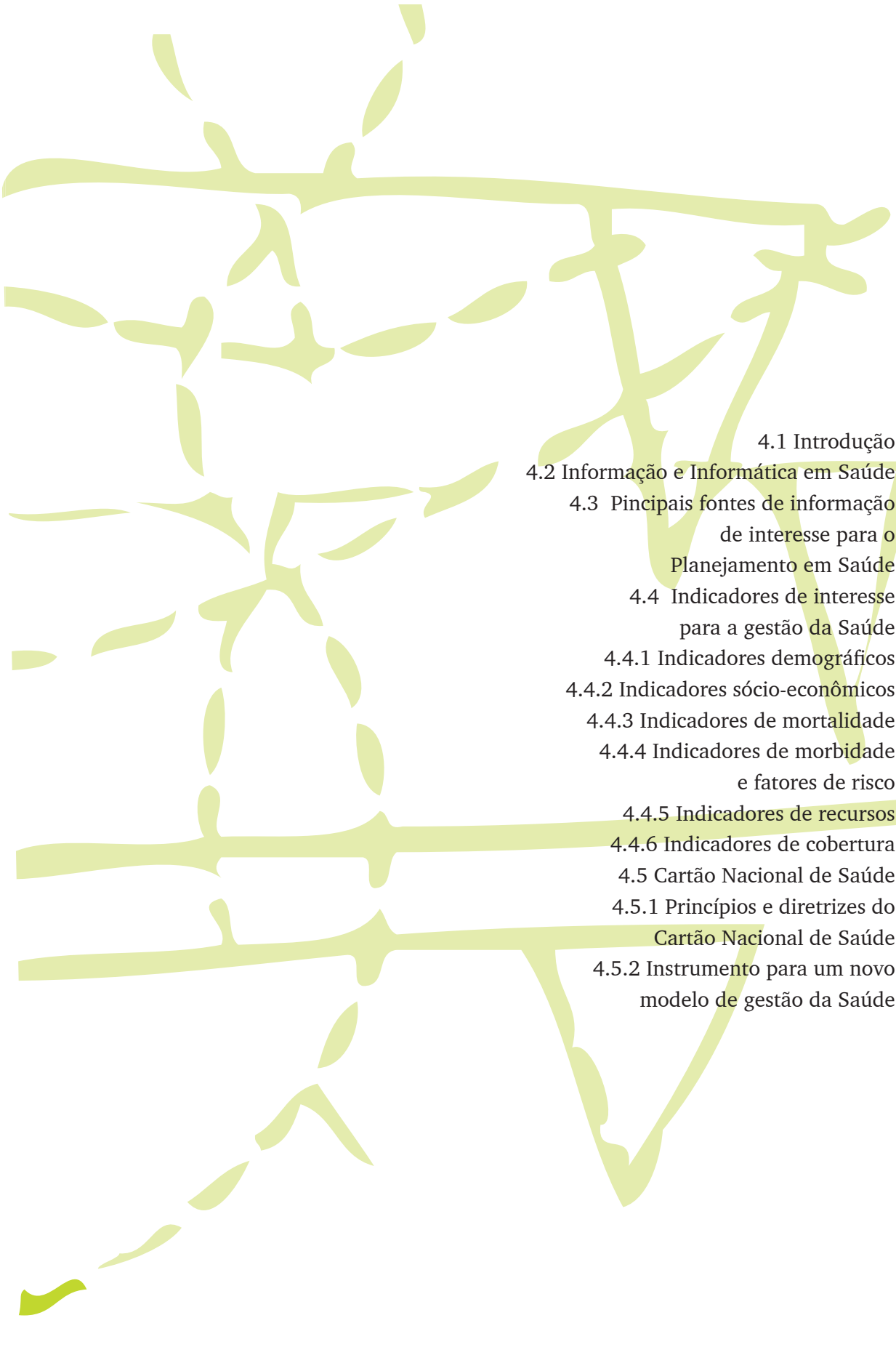
O Plano Diretor de Regionalização (PDR) tem como objetivo definir as diretrizes para a organização regionalizada da assistência, visando à conformação de sistemas de atenção funcionais e resolutivos nos diversos níveis. Esse Plano deve ser coordenado pelo gestor estadual, com a participação do conjunto de municípios.

3.4.2 Plano Diretor de Investimento (PDI)

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

O processo de regionalização inscreve-se em uma perspectiva de mudança cultural: da regionalização espacial para uma regionalização da Atenção à Saúde. Nesse sentido, o processo de regionalização será utilizado como uma base espacial para a construção de redes de Atenção à Saúde. Isso é uma exigência da situação epidemiológica brasileira, marcada pela convivência de doenças transmissíveis e doenças crônicas, com predominância relativa dessas últimas.

O Plano Diretor de Investimento (PDI) deve ser elaborado para atender às prioridades identificadas e conformar um sistema resolutivo e funcional de Atenção à Saúde, preferencialmente identificando cronograma e fontes de recursos.

- 
- A large, stylized green tree graphic with many branches and leaves, rendered in a light green color, occupies the left and top portions of the page. The tree's branches extend across the top and down the left side, with some leaves scattered throughout. The main content area is on the right, with a solid green vertical bar at the far right edge.
- 4.1 Introdução
 - 4.2 Informação e Informática em Saúde
 - 4.3 Principais fontes de informação de interesse para o Planejamento em Saúde
 - 4.4 Indicadores de interesse para a gestão da Saúde
 - 4.4.1 Indicadores demográficos
 - 4.4.2 Indicadores sócio-econômicos
 - 4.4.3 Indicadores de mortalidade
 - 4.4.4 Indicadores de morbidade e fatores de risco
 - 4.4.5 Indicadores de recursos
 - 4.4.6 Indicadores de cobertura
 - 4.5 Cartão Nacional de Saúde
 - 4.5.1 Princípios e diretrizes do Cartão Nacional de Saúde
 - 4.5.2 Instrumento para um novo modelo de gestão da Saúde

4.1 Introdução

Existe no Brasil um número incalculável de diferentes Sistemas de Informações em Saúde (SIS) voltados à operação de estabelecimentos assistenciais, à gerência de redes de serviços e à investigação e ao controle de diversas doenças que podem e devem ser usados para o planejamento, por parte do gestor, de intervenções sobre sua realidade sanitária.

A falta de padronização dos procedimentos de obtenção e tratamento dos dados por eles aportados, a heterogeneidade de sua periodicidade⁸ (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996) e mesmo sua inexistência em muitos municípios brasileiros vêm, há aproximadamente duas décadas, levando o Executivo Federal a priorizar e a exigir um conjunto de informações de estados e municípios, definindo ainda seus atributos e sua forma de apresentação, de tal forma que, na prática, as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) acabam por “optar” pela adoção dos aplicativos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. Por terem uma abrangência nacional, esses Sistemas de Informação são utilizados em todas as esferas de gestão do SUS e alguns deles foram destacados como de alimentação obrigatória, conforme abordado adiante.

⁸ Ministério da Saúde. Relatório do GT de Sistema de Informações de Saúde, Portaria GM n. 3, de 4 de janeiro de 1996.

Embora as bases de dados por eles conformadas cubram a maior parte das informações necessárias ao planejamento e à avaliação de ações e serviços de saúde, a lógica em que foram desenvolvidas fez que, até os dias de hoje, continuem a ser usadas predominantemente de forma “compartimentalizada”. Segundo Moraes (1994),⁹

enquanto o MPAS/ Inamps organizou suas informações de forma centralizada, por tipos de prestador (classificação de fato definida em função do contrato/convênio estabelecido com quem oferece a assistência médica) e por dados financeiros (conforme as tabelas de pagamento e índices que variam em função do tipo de prestador, ou seja, das pressões desse ou daquele setor envolvido no complexo médico-previdenciário); o Ministério da Saúde as organizou movido por uma racionalidade campanhista, criadora de “programas” verticalizados, voltados para determinados agravos ou grupos de risco.

Apesar de todos esses Sistemas encontrarem-se hoje subordinados a uma única instituição – o Ministério da Saúde –, as várias áreas técnicas mantêm, de maneira geral, as mesmas diferenças de culturas institucionais verificadas à época de sua concepção.

A possibilidade de integrá-los ou as informações que aportam é um sonho antigo dos profissionais do setor, na medida em que isso possibilitaria análises mais integradas e fidedignas da situação de saúde das populações. Assim é que a compatibilidade entre os diversos sistemas vem sendo um dos aspectos mais discutidos e buscados no que se refere às grandes bases de dados nacionais, tendo, ainda na segunda metade da década de 1990, se transformado em tema de uma Oficina de Trabalho no V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Abrasco) e de um dos comitês especiais da Rede Integrada de Informações para a Saúde (Ripsa). Segundo Carvalho (1998)¹⁰,

⁹ MORAES IHS. Informações em Saúde: da Prática Fragmentada ao Exercício da Cidadania, São Paulo - Rio de Janeiro: Editora Hucitec / ABRASCO. 1994.

¹⁰ Carvalho DMT. Sistemas de Informação e Alocação de Recursos: Um estudo sobre as possibilidades de utilização das grandes bases de dados nacionais como subsídio a uma alocação orientada de recursos. Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva. 1998.

as discussões levadas a efeito nos dois fóruns tinham como premissa a de que a compatibilização dos sistemas e bases de dados depende, essencialmente, da padronização dos atributos/variáveis utilizados para caracterização dos diversos eixos capazes de promover a sua integração. Como possíveis “eixos” foram reconhecidos o indivíduo, a unidade de saúde (responsável pela notificação da ocorrência) e o evento (que gerou o registro), também referido como “encontro” (entre o indivíduo e o sistema de saúde), admitindo-se, ainda, como um eventual quarto eixo, o profissional (que prestou atendimento).

Essas avaliações orientaram em grande medida o desenvolvimento inicial do projeto do Cartão Nacional de Saúde, que envolvia originalmente três categorias de cartões, atrelados a cadastros nacionais de estabelecimentos, de profissionais e de usuários. Esses sistemas cadastrais eram tidos como “estruturantes” da informação em saúde, uma vez que os dados provenientes dos demais, responsáveis pelo registro dos “eventos” – nascimentos, óbitos, adoecimentos, consultas, internações –, estariam a eles ancorados. Os dois primeiros foram implementados, compondo hoje o denominado Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). No que se refere ao cadastro de usuários, embora as SMS e SES tenham feito a sua parte e a base nacional conte hoje com mais de 60 milhões de registros validados, sua efetivação, com abrangência nacional, vem sendo obstaculizada por problemas operacionais de naturezas diversas. Por sua importância para o setor, este sistema plenamente implantado em poucos municípios será abordado de forma destacada neste capítulo.

Finalmente, serão apontados alguns dos indicadores mais utilizados para o planejamento e o monitoramento de resultados das ações de saúde.

4.2 Informação e informática em Saúde

Utilizar intensivamente a informação na gestão da saúde é, cada vez mais, o que confere o diferencial na qualificação do processo decisório. Essa constatação impõe a necessidade de implementação de estratégias políticas e técnicas que superem os

limites ainda existentes na gestão da informação em saúde no Brasil. A principal estratégia política consiste na afirmação de que as informações em saúde são do SUS e, portanto, a Política Nacional de Informação em saúde deve ser definida em fórum tripartite. Nesse sentido, cabe ressaltar a instituição do Comitê de Informação e Informática em Saúde no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), por meio da Portaria do Ministério da Saúde/SE n. 408, de 17 de outubro de 2002.

Esse Comitê, composto por representantes do Ministério da Saúde e suas instituições vinculadas, do CONASS e do Conasems, possui as seguintes funções:

- a) Apreciar, avaliar e sugerir propostas de ações relacionadas à informação e à informática em saúde, visando à formulação de uma Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) que contemple a gestão, a capacitação, o desenvolvimento tecnológico e a qualidade da informação em todos os níveis do SUS.
- b) Encaminhar à CIT proposições de ações estratégicas e diretrizes políticas voltadas para a condução da PNIIS do SUS.
- c) Apreciar, avaliar e sugerir alterações nos atuais sistemas de informações em saúde e/ou em futuros sistemas a serem propostos de base nacional.

Conseguir pôr em prática os princípios da regionalização e da hierarquização dos serviços e da integralidade das ações de saúde pressupõe a utilização de instrumentos de gestão que incorporem a perspectiva da integração, da articulação e da intersetorialidade. É nesse sentido que passa a ser pré-condição os SIS adotarem, em sua política de gestão e concepção, essa racionalidade integradora, sem a qual os gestores de saúde não irão dispor de mecanismos para implementarem processos integrados de trabalho. O Comitê de Informação e Informática em Saúde da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) deve ser o espaço privilegiado para a estruturação de propostas de padronização da informação no âmbito do SUS, a serem submetidas à CIT.

Outra estratégia fundamental para a melhoria das informações em saúde é consolidar o entendimento do sentido público dessas informações e o compromisso radical com a sua democratização e transparência. A sociedade brasileira tem o direito de acessar as informações em saúde e participar das definições sobre o seu direcionamento. Esse sentido público precisa conviver com a necessidade de os dados individuais recolhidos serem estritamente confidenciais e estarem submetidos aos princípios da política de privacidade, do controle de acesso e da segurança. Como parte da Política de Segurança adotada no Brasil, destaca-se a instalação da Infra-Estrutura de Chaves Públicas (ICP-Brasil). A Medida Provisória n. 2.200, de 28 de junho de 2001, e o Decreto da Presidência da República n. 3.996, de 31 de outubro de 2001, regulamentam os meios, as regras técnicas e a prestação de serviços de certificação digital de documentos eletrônicos, cuja gestão está subordinada à Casa Civil da Presidência da República. Destina-se a garantir a autenticação, a integridade e a validade jurídica de documentos em forma eletrônica, das aplicações que utilizam certificados digitais, bem como a realização de transações eletrônicas seguras. O ICP-Brasil impacta em ações estratégicas para a saúde, tornando-se mesmo pré-requisito para avanços na implantação das Centrais de Regulação, na expansão do Projeto do Cartão Nacional de Saúde e na implementação do Prontuário Eletrônico do Paciente, para citar apenas alguns exemplos.

4.3 Principais fontes de informação de interesse para o Planejamento em Saúde

De um lado, ao adotar-se uma Política de Saúde com ações de promoção, prevenção e Atenção à Saúde, ou seja, para além dos cuidados com a doença, as informações de interesse para este gestor possuem um escopo bem maior que os dados de morbi-mortalidade. Por outro lado, a produção e a disseminação de informações em saúde vêm se processando em um contexto fragmentado e fragmentador, com vários setores/órgãos/instituições gerindo a informação de modo desarticulado. O

desafio é, pois, avançar no sentido da intersectorialidade superando a fragmentação das informações (MORAES, 1994).

Além da criação do Comitê de Informação e Informática em Saúde no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), já citado, algumas iniciativas visando contribuir para minimizar essa desarticulação merecem destaque. Como, por exemplo, a criação da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa) – formalizada pela Portaria n. 2.390/GM, de 11 de dezembro de 1996, e por acordo de cooperação com a Organização Pan-americana da Saúde (Opas) – Oitavo Termo Aditivo ao Acordo Básico n. 4, de 25/7/1997. A Portaria n. 1.919/GM, de 22 de outubro de 2002, define que a coordenação-geral da Ripsa passa à responsabilidade do Secretário-Executivo do Ministério da Saúde (MORAES, 1994). Está composta por cerca de 40 entidades representativas dos segmentos técnicos e científicos nacionais envolvidos na produção e na análise de dados. As SES e as SMS estão representadas pela participação do CONASS e do Conasems. A Opas compõe a Secretaria Técnica da Ripsa.

Cabe destacar, também, os avanços significativos que vêm sendo observados nos mecanismos de disponibilização eletrônica dos dados. No plano intersectorial, o IBGE vem aperfeiçoando suas pesquisas e estudos e as formas de acessá-los. O mesmo ocorre com o Ministério da Saúde, com destaque para o Departamento de Informática do SUS (Datasus), ligado à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Outras instituições, pertinentes a outros setores, nas três esferas de governo, também vêm oferecendo subsídios importantes para a análise da situação sanitária, para a tomada de decisões baseadas em evidências e para o planejamento e a programação das ações de saúde, descritos a seguir. Entre estes, deve ser destacado o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), responsável pela realização de pesquisas extremamente importantes, como o Censo Demográfico, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) e a Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), descritos a seguir.

- Censo Demográfico – Consiste no levantamento estatístico que visa à enumeração da população e dos domicílios do País (MS/DATASUS, 1997)¹¹. Nos censos, os domicílios são agrupados em setores censitários, unidade territorial estabelecida

¹¹ Ministério da Saúde /DATASUS (1997) Diretório de Bases de Dados de Interesse da Saúde, Brasília: MS/FNS/DATASUS

para fins de controle cadastral de coleta, constituído por área territorial contínua (IBGE, 1996),¹² espacialmente localizados em mapas que abrangem municípios (Mapa Municipais Estatísticos – MME) ou localidades (Mapas Estatísticos de Localidades – MEL), dependendo da extensão, da distância entre sedes e do tamanho da população do município. A definição dos setores censitários respeita, sempre, os limites político-administrativos de fronteiras dos Entes Federativos – municípios, estados e Distrito Federal – e suas subdivisões como distritos, subdistritos, regiões administrativas e zonas, para os primeiros, e microrregiões e regiões metropolitanas, no caso dos últimos. Dessa forma, todo domicílio integra um setor censitário, e seus dados podem ser analisados quanto a essa menor unidade de agregação ou juntados a outros setores censitários para produzir análises de qualquer abrangência útil à formulação e à avaliação de políticas ou projetos (CARVALHO, 1998).

- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) – A Pnad é uma pesquisa amostral de base domiciliar, realizada em princípio anualmente, que objetiva atualizar e aprofundar as informações dos censos sobre o desenvolvimento socioeconômico do País. Abrange, permanentemente, além dos aspectos demográficos, as questões relativas à habitação, ao trabalho, ao rendimento e à educação. Em anos selecionados, são incorporados ao questionário básico outros temas como migração, fecundidade e nupcialidade, sendo, em outros anos, realizadas pesquisas suplementares sobre assuntos de interesse específico de determinadas áreas governamentais ou da comunidade científica, na forma de questionários anexos, como foi o caso da saúde em 1981, 1998 e 2003. Segundo o IBGE (1995),¹³

Essa avaliação sobre a abrangência das informações decorre de limitações intrínsecas à metodologia de pesquisa: o tamanho da amostra só permite a agregação dos dados em Grandes Regiões, estados e regiões metropolitanas (idem), não sendo compatíveis para análises de espaços territoriais e unidades político-administrativas menores (municípios).

- Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) – A AMS é definida pelo IBGE (1993)¹⁴ como “um levantamento de todos os estabelecimentos existentes no País

¹² IBGE. Censo Demográfico 1991. Características Gerais da População e Instrução, 1996. Rio de Janeiro: IBGE.

¹³ IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1995, Rio de Janeiro: IBGE.

¹⁴ IBGE (1993), Estatísticas de Saúde. Assistência Médico-Sanitária 1990, Rio de Janeiro: IBGE.

que prestam serviço de saúde, com ou sem fins lucrativos, particulares ou públicos, em regime de internação ou não”. Sua importância reside na cobertura universal de unidades assistenciais, independentemente da natureza jurídica, da complexidade, da especialidade e da fonte de financiamento, permitindo a completa delimitação do perfil de oferta de serviços disponibilizado para a população. Diferentemente das demais pesquisas, a AMS não se utiliza, de forma exclusiva, da rede de coleta do IBGE, a não ser no que se refere à identificação de unidades, sendo que a responsabilidade pela veracidade dos dados informados recai sobre o órgão informante e sobre o signatário do formulário preenchido. A última destas pesquisas foi realizada em 2002.

Os dados aportados pelos diversos sistemas de informação do Ministério da Saúde podem ser trabalhados em interação com os das pesquisas citadas em níveis variados de agregação. Embora seja possível fazer uma equivalência entre os setores censitários – utilizados pelo IBGE – com os Códigos de Endereçamento Postal (CEP) – utilizados pelos demais SIS, usualmente o menor nível de agregação com que são trabalhados em conjunto é o de município.

No âmbito do Ministério da Saúde, os diversos Sistemas de Informação existentes foram desenvolvidos sem qualquer preocupação com padronização, embora nos últimos três anos venham sendo feitos alguns movimentos nesse sentido, envolvendo principalmente aqueles considerados essenciais para o planejamento e o monitoramento de ações e serviços no âmbito do SUS. Estes Sistemas, de base nacional, passaram a ser de alimentação obrigatória, para estados e municípios, por decisão da Comissão Intergestores Tripartite em distintas ocasiões, decisão esta operacionalizada por meio de portarias ministeriais. O não-cumprimento dessa determinação implica usualmente a suspensão das transferências de recursos financeiros, como detalhado no quadro 1.

Quadro 1

BASES DE DADOS DE ALIMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA E PENALIDADE PREVISTA PELO DESCUMPRIMENTO.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	PENALIDADE
SIA-SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS	Suspensão da transferência do PAB, nos casos da não-alimentação por três meses consecutivos.
Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação	Suspensão da transferência do PAB e MAC nos casos da não-alimentação por três meses consecutivos; ausência de ressarcimento por procedimentos Faec.
SI-PNI – Sistemas de Informação do Programa Nacional de Imunização	Suspensão da transferência do PAB e do teto da vigilância em Saúde, nos casos da não-alimentação por três meses consecutivos.
Sinasc – Sistema de Informação de Nascidos Vivos	Suspensão da transferência do PAB e do teto da vigilância em Saúde, nos casos da não-alimentação por três meses consecutivos.
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade	Suspensão da transferência do PAB e do teto da vigilância em Saúde, nos casos da não-alimentação por três meses consecutivos.
SIH-SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS	Suspensão da transferência do MAC nos casos da não-alimentação por três meses consecutivos; ausência de ressarcimento por procedimentos Faec.
Siscolo (relacionado ao controle do câncer de colo do útero)	Suspensão do pagamento dos procedimentos referentes à citopatologia, à histopatologia, e ao controle de qualidade (ambulatoriais, informados no SIA-SUS)
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	Suspensão da transferência do PAB e MAC nos casos da não-alimentação por três meses consecutivos.
CNS/CadSUS – Cadastro do Cartão Nacional de Saúde	Suspensão do pagamento dos procedimentos vinculados pela Portaria SAS n. 174 de 2004.
Siops – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde	Não há penalidade prevista

É importante destacar que a compulsoriedade do envio dessas informações é plenamente justificada por sua relevância para o aferimento de indicadores, essenciais para análise de situação de saúde, bem como para o monitoramento e a avaliação dos resultados de ações e serviços implementados. Apesar do questionamento freqüente sobre sua qualidade – e é inquestionável que ainda há muito a ser feito no que se refere a este quesito –, o expressivo volume de registros disponíveis em cada uma dessas bases constitui-se como um recurso de valor incalculável para planejamento e gestão, valor reconhecido por profissionais atuantes em outros países e pelos organismos internacionais de cooperação (Unesco, OPS, BID e Bird).

4.4 Indicadores de interesse para a gestão da Saúde

Desde o fim da década de 1990, indicadores vêm sendo utilizados para mensurar resultados desejáveis em saúde, a serem alcançados por meio de ações convergentes nas três esferas de governo. Nesse sentido, configuram-se como a expressão de “pactos”, em que os gestores têm plena liberdade para atuar da forma que considerarem mais adequada à sua realidade, desde que não percam de vista o fim a ser alcançado. A primeira área técnica a trabalhar nessa linha foi a Atenção Básica, logo seguida pela Vigilância à Saúde. Na forma como trabalhavam, os indicadores incluídos no conjunto a ser pactuado eram selecionados a cada ano, levando em consideração as prioridades definidas e a avaliação da “utilidade” dos escolhidos para o ano anterior. Após a celebração do Pacto pela Saúde foi determinada a unificação de todos esses subconjuntos, de maneira a propiciar o monitoramento da gestão, nas três esferas de governo, com base nas novas diretrizes acordadas. Todos esses conjuntos, suas especificações e séries históricas podem ser encontrados nas portarias anuais em que foram estabelecidos (citadas nos volumes dedicados às áreas técnicas envolvidas) e no site do Datasus – www.datasus.gov.br – no link “Indicadores de Saúde”, a partir de “Informações de Saúde”.

O que todas as iniciativas anteriormente citadas tiveram em comum foi a oficialização do uso de indicadores que muito antes delas já eram utilizados na maioria das Secretarias Estaduais e Municipais e no próprio Ministério, para o planejamento e o acompanhamento das ações e dos serviços desenvolvidos. A seguir, serão enumerados alguns dos mais tradicionais, classificados em grupos voltados às diferentes finalidades, na forma como vêm sendo trabalhados na publicação dos Indicadores e Dados Básicos da Ripsa,¹⁶ sem esgotar todas as possibilidades contempladas nesta e em outras iniciativas.

4.4.1 Indicadores demográficos

As fontes primárias dessas informações são instituições que atuam na área de demografia, como o IBGE em nível nacional e outras, geralmente estaduais, como a Fundação Seade, por exemplo, restrita ao estado de São Paulo. O conhecimento das características da população do território sobre o qual se pretende atuar é o primeiro passo em qualquer processo de planejamento.

- **População total** – Número total de pessoas residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado – contagem censitária ou estimativa.
- **Razão de sexos** – Número de homens para cada grupo de 100 mulheres, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

$$\frac{\text{Número de residentes do sexo masculino} \times 100}{\text{Número de residentes do sexo feminino}}$$

- **Grau de urbanização** – Percentual da população residente em áreas urbanas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

$$\frac{\text{População urbana residente} \times 100}{\text{População total residente}}$$

- **Taxa de bruta natalidade** – Número de nascidos vivos, por mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

$$\frac{\text{Número total de nascidos vivos residentes} \times 1.000}{\text{População total residente}}$$

Este indicador pode ser calculado com dados do Sinasc ou de estimativas no numerador. Algumas variações em sua formulação – p. ex. a utilização do número de mulheres em idade fértil no denominador e multiplicação por 100 – facilitam sua utilização para cálculo de consultas de pré-natal e de partos a serem programados. (Obs.: Nesses casos, o indicador deixa de expressar a taxa bruta de natalidade.)

• **Mortalidade proporcional por idade** – Distribuição percentual dos óbitos por faixa etária, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte para número de óbitos: SIM.

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes, por faixa etária X 100}}{\text{Número total de óbitos de residentes, excluídos os de idade ignorada}}$$

• **Esperança de vida ao nascer** – Número médio de anos de vida esperados para um recém-nascido, mantido o padrão de mortalidade existente, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. O cálculo deste indicador é feito por demógrafos com base em “tábuas de vida”.

• **Proporção de menores de cinco anos, adolescentes, idosos (e outras faixas etárias) na população** – Percentual de pessoas em determinada faixa etária, na população total residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

$$\frac{\text{Número de residentes de determinada faixa etária X 100}}{\text{População total residente, excluída a de idade ignorada}}$$

4.4.2 Indicadores socioeconômicos

Também nessa categoria as fontes primárias são externas ao setor. Esses indicadores podem ser usados para estimar a proporção de possíveis usuários do SUS na população, mas sua maior utilidade reside na sua associação com algumas doenças e agravos e para o planejamento de ações de promoção à saúde. A grande maioria destes indicadores não é calculada para municípios.

• **Taxa de analfabetismo** – Percentual de pessoas de 15 anos e mais de idade que não sabem ler e escrever pelo menos um bilhete simples, no idioma que conhecem, na população total residente da mesma faixa etária, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fontes: Pnad/IBGE.

$$\frac{\text{Número de pessoas residentes de 15 anos e mais de idade que não sabem ler e escrever um bilhete simples, no idioma que conhecem} \times 100}{\text{População total residente desta faixa etária}}$$

- **Níveis de escolaridade** – Distribuição percentual da população residente de 15 anos e mais de idade, por grupos de anos de estudo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fontes: Pnad/IBGE.

$$\frac{\text{Número de pessoas residentes de 15 anos e mais, por grupo de anos de estudo} \times 100}{\text{População total residente desta faixa etária}}$$

- **Produto Interno Bruto (PIB) per capita** – Valor médio agregado por indivíduo, em moeda corrente e a preços de mercado, dos bens e dos serviços finais produzidos em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fontes: Sistema de Contas Nacionais/IBGE. (Não é calculado para municípios.)

$$\frac{\text{Valor do PIB em moeda corrente, a preços de mercado}}{\text{População total residente}}$$

- **Proporção de pobres** – Percentual da população residente com renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fontes: Censo e Pnad/IBGE.

$$\frac{\text{População residente com renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo} \times 100}{\text{População total residente}}$$

- **Taxa de desemprego** – Percentual da população residente economicamente ativa que se encontra sem trabalho na semana de referência, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Define-se como População Economicamente Ativa (PEA) o contingente de pessoas de 10 anos e mais de idade que está trabalhando ou procurando trabalho. Fontes: Censo, Pnad e Pesquisa Mensal de Empregos (PME).

$$\frac{\text{Número de residentes de 10 anos e mais de idade que se encontram desocupados e procurando trabalho, na semana de referência} \times 100}{\text{Número de residentes economicamente ativos (PEA) desta faixa etária}}$$

• **Taxa de trabalho infantil** – Percentual da população residente de 10-14 anos de idade que se encontra trabalhando ou procurando trabalho na semana de referência, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. A forma de cálculo é similar à anterior, substituindo a PEA pela faixa etária considerada. Fontes: Censo, Pnad e Pesquisa Mensal de Empregos (PME).

4.4.3 Indicadores de mortalidade

Os indicadores de mortalidade foram durante anos os únicos utilizados para a identificação de problemas prioritários de saúde da população. Embora outros indicadores venham sendo a eles associados, sua importância continua inquestionável.

• **Taxa de mortalidade infantil** – Número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fontes: SIM e Sinasc ou estimativas, dependendo da cobertura dos sistemas de informação.

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes com menos de um ano de idade} \times 1000}{\text{Número total de nascidos vivos de mães residentes}}$$

São componentes da mortalidade infantil, a mortalidade neonatal precoce (0-6 dias de vida), a neonatal tardia (7-27 dias de vida) e a pós-neonatal (28 dias e mais de vida). O cálculo desagregado dessas taxas e seu acompanhamento podem ser úteis para uma intervenção mais orientada dos gestores.

• **Razão de mortalidade materna** – Número de óbitos femininos por causas maternas, por 100 mil nascidos vivos, na população residente em determinado

espaço geográfico, no ano considerado. Morte materna, segundo a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), é a

morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

Outros conceitos relacionados e códigos a serem considerados no cálculo podem ser encontrados no CID-10. As fontes para o cálculo deste indicador são as mesmas da mortalidade infantil, com as mesmas ressalvas. Embora este seja um excelente indicador de desempenho do sistema de saúde, a imprecisão observada na declaração da causa de óbitos maternos e a subenumeração de óbitos de mulheres em idade fértil têm comprometido a sua consistência para a maior parte do território nacional.

$$\frac{\text{Número de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de óbito materno} \times 100.000}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}}$$

• **Mortalidade proporcional por causa ou grupo de causas** – Distribuição percentual de óbitos por causa ou grupo de causas definidas, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: SIM. Estes indicadores podem ainda ser calculados para a população em geral ou por faixa etária.

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes, por causa ou grupo de causas definidas} \times 100}{\text{Número total de óbitos de residentes, excluídas as causas mal definidas}}$$

• **Mortalidade proporcional por causas mal definidas** – Percentual de óbitos por causas mal definidas, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. A frequência de causas mal definidas é condicionada pela disponibilidade de recursos médico-assistenciais, inclusive para diagnóstico.

Fonte: SIM.

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes, por causas mal definidas} \times 100}{\text{Número total de óbitos de residentes}}$$

• **Taxa de mortalidade específica por causa ou grupo de causas** – Número de óbitos por causa ou grupo de causas, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: SIM. Também neste caso, estes indicadores podem ser calculados para a população em geral ou por faixa etária.

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes por causa ou grupo de causas} \times 100.000}{\text{População total residente, ajustada ao meio do ano}}$$

4.4.4 Indicadores de morbidade e fatores de risco

Associados aos indicadores de mortalidade, estes são extremamente importantes para as análises de situação de saúde. Apesar disso, somente para as doenças transmissíveis existem fontes regulares de informação, agregadas e disponibilizadas por meio do Sinan. No caso das doenças não-transmissíveis, são poucas as monitoradas por alguma forma de sistema, geralmente de base amostral. Nesses casos, informações relacionadas à prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares têm sido utilizadas de maneira complementar.

• **Incidência de doenças transmissíveis** – Número absoluto de casos novos confirmados da doença transmissível selecionada, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: Sinan. Forma de cálculo: Somatório anual do número de casos novos confirmados em residentes. Utilizado para aqueles agravos de baixa ocorrência, como as doenças imunopreveníveis.

• **Taxa de incidência de doenças** – Número de casos novos confirmados da doença, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: Sinan para doenças transmissíveis. Utilizado para agravos de alta ocorrência, como Aids, tuberculose, dengue, leishmaniose tegumentar americana e visceral. O mesmo indicador pode ser utilizado para doenças não-

transmissíveis, desde que identificada uma fonte confiável, como o Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) do Inca no caso das neoplasias malignas.

$$\frac{\text{Número de casos novos da doença, confirmados em residentes}}{\text{População total residente}} \times 100.000$$

• **Taxa de prevalência de doenças** – Número de casos confirmados da doença, novos e antigos, por 10 mil habitantes (100 mil, quando forem poucos casos), existentes na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Utilizado para condições crônicas, transmissíveis ou não. No caso das primeiras, o Sinan é a fonte de dados, e das segundas, geralmente pesquisas ou sistemas amostrais.

$$\frac{\text{Número de casos confirmados existentes na população residente}}{\text{População total residente na mesma data}} \times 10.000$$

• **Proporção de internações hospitalares (SUS) por causa ou grupo de causas** – Distribuição percentual das internações hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por causa ou grupo de causas selecionadas, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: SIH/SUS. Ao utilizá-lo é importante atentar para o fato de que este indicador é extremamente influenciado pela oferta de serviços no território.

$$\frac{\text{Número de internações de residentes, por causa ou grupo de causas}}{\text{Número total de internações de residentes, pagas pelo SUS}} \times 100$$

• **Proporção de nascidos vivos por idade materna** – Distribuição percentual de nascidos vivos por idade da mãe, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: Sinasc. Utilizado para avaliação de risco e subsídio a ações de promoção à saúde.

$$\frac{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes, por grupo etário}}{\text{Número total de nascidos vivos de mães residentes}} \times 100$$

• **Proporção de nascidos vivos de baixo peso ao nascer** – Percentual de nascidos vivos com peso ao nascer inferior a 2.500 gramas, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Mesmas observações do item anterior.

$$\frac{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes, com peso ao nascer inferior a 2.500 g} \times 100}{\text{Número total de nascidos vivos de mães residentes}}$$

• **Prevalência de pacientes em diálise (SUS)** – Número de pacientes submetidos a tratamento de diálise renal no SUS, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fontes: SIA – SUS/Apac.

$$\frac{\text{Número de residentes submetidos a diálise renal paga pelo SUS} \times 100.000}{\text{População total residente}}$$

4.4.5 Indicadores de recursos

Nesta categoria, são incluídos os indicadores utilizados para monitoramento e avaliação dos recursos disponíveis para a saúde, quais sejam: recursos humanos, financeiros e de infra-estrutura.

• **Número de profissionais de saúde por habitante** – Número de profissionais de saúde por mil habitantes, segundo categorias, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: Sistema de Informações de Recursos Humanos para o SUS (SIRH) do Ministério da Saúde (a partir dos registros administrativos dos conselhos profissionais).

$$\frac{\text{Número de profissionais, da categoria de saúde específica} \times 1000}{\text{População total residente}}$$

- **Número de leitos hospitalares por habitante** – Número de leitos hospitalares públicos e privados, por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: AMS/IBGE.

$$\frac{\text{Número de leitos hospitalares públicos e privados} \times 1000}{\text{População total residente}}$$

- **Número de leitos hospitalares (SUS) por habitante** – Número de leitos hospitalares conveniados ou contratados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por mil habitantes residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: CNES.

$$\frac{\text{Número médio anual de leitos hospitalares conveniados ou contratados pelo SUS} \times 1000}{\text{População total residente}}$$

- **Gasto público com saúde como proporção do PIB** – Percentual do Produto Interno Bruto (PIB) que corresponde ao gasto público com saúde, desagregado por esfera de governo – federal, estadual e municipal – em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fontes: Siops e IBGE: Contas Nacionais (valor do PIB).

$$\frac{\text{Total das despesas com ações e serviços públicos de saúde} \times 100}{\text{Valor do PIB}}$$

- **Gasto público com saúde per capita** – Gasto público com saúde por habitante, por UF, desagregado por esfera de governo – federal, estadual e municipal – em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: Siops.

$$\frac{\text{Despesas com ações e serviços públicos de saúde}}{\text{População total residente}}$$

• **Valor médio pago por internação hospitalar no SUS (AIH)** – Gasto médio com internação hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS), por especialidade, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: SIH – SUS.

$$\frac{\text{Valor da despesa* com internações hospitalares no SUS, na especialidade}}{\text{Número total de internações na especialidade}}$$

• **Número de enfermeiros por leito hospitalar** – Número de postos de trabalho de enfermeiro por 100 leitos em estabelecimentos com internação, segundo esfera administrativa, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: AMS/IBGE.

$$\frac{\text{Número de postos de trabalho de enfermeiro} \times 100}{\text{Número de leitos hospitalares}}$$

4.4.6 Indicadores de cobertura

Além de se prestarem ao monitoramento e à avaliação do desempenho quantitativo de serviços em relação à população, os indicadores de cobertura são com frequência utilizados na elaboração de parâmetros para programação.

• **Número de consultas médicas (SUS) por habitante** – Número médio de consultas médicas apresentadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por habitante, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: SIA – SUS.

$$\frac{\text{Número total de consultas médicas apresentadas ao SUS}}{\text{População total residente}}$$

• **Número de procedimentos diagnósticos por consulta médica (SUS)** – Número médio de procedimentos complementares de patologia clínica e imagenologia, por 100 consultas médicas, apresentados no Sistema Único de Saúde (SUS), em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: SIA – SUS.

$$\frac{\text{Número total de procedimentos complementares de patologia clínica ou de imagenologia, apresentados ao SUS}}{\text{Total de consultas médicas apresentadas ao SUS}}$$

- **Número de internações hospitalares (SUS) por habitante** – Número médio de internações hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por 100 habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: SIH – SUS.

$$\frac{\text{Número total de internações hospitalares de residentes} \times 100}{\text{População total residente}}$$

- **Cobertura de consultas de pré-natal** – Percentual de gestantes com seis ou mais consultas de acompanhamento pré-natal, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: Sinasc.

$$\frac{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes, com seis e mais consultas de pré-natal} \times 100}{\text{Número total de nascidos vivos de mães residentes}}$$

- **Proporção de partos hospitalares** – Percentual de partos hospitalares em relação ao total de partos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: Sinasc.

$$\frac{\text{Número de nascidos vivos de parto hospitalar de mães residentes} \times 100}{\text{Número total de nascidos vivos de mães residentes, com local de parto informado}}$$

- **Proporção de partos cesáreos** – Percentual de partos cesáreos em relação ao total de partos hospitalares, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: Sinasc. Para calcular este indicador em relação aos partos realizados pelo SUS, a fonte mais indicada é o SIH – SUS.

$$\frac{\text{Número de nascidos vivos de partos cesáreos de mães residentes} \times 100}{\text{Número total de nascidos vivos de partos hospitalares de mães residentes, com tipo de parto informado}}$$

• **Razão entre nascidos vivos/óbitos informados e estimados** – Número de nascidos vivos/óbitos notificados ao Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc)/de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, em relação a 100 nascimentos/óbitos estimados pelo IBGE, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: Sinasc/SIM e IBGE (estimativas). Quer sejam utilizados nascidos vivos ou óbitos, tal indicador pode ser visto como um parâmetro para estimar a subenumeração de dados dessas bases e reconhecer áreas com cobertura reconhecidamente insuficiente para esses e outros SIS.

$$\frac{\text{Número informado de nascimentos/óbitos de residentes} \times 100}{\text{Número estimado de nascimentos/óbitos de residentes}}$$

• **Cobertura vacinal** – Percentual de crianças menores de um ano de idade imunizadas com vacinas específicas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: SI-PNI.

$$\frac{\text{Número de crianças menores de um ano de idade com esquema básico completo para determinado tipo de vacina} \times 100}{\text{População da faixa etária de menores de um ano de idade}}$$

• **Cobertura de planos de saúde** – Percentual da população brasileira coberta por planos e seguros de assistência suplementar à saúde, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: Pnad ou ANS.

$$\frac{\text{Número de beneficiários (titulares, dependentes e agregados) de sistemas suplementares de saúde} \times 100}{\text{População total residente}}$$

Esses indicadores e suas séries históricas estão disponíveis no site do Datasus, bem como outros conjuntos de indicadores, como os do Pacto da Atenção Básica e o Caderno de Informações de Saúde. O Caderno disponibiliza indicadores predefinidos por especialistas e apresenta gráficos para auxiliar a análise. Os indicadores estão agrupados em 14 categorias: identificação, demografia, saneamento, rede ambulatorial, rede hospitalar, assistência ambulatorial, assistência hospitalar,

morbidade hospitalar, nascimentos, mortalidade, imunizações, atenção básica, pagamento e transferências e orçamentos públicos. Tal como o Pacto de Atenção Básica, os indicadores podem ser obtidos por estado e município. O Caderno é gerenciado pelo Datasus e o cálculo dos indicadores é feito automaticamente a partir dos dados mais recentes nos bancos de dados.

Para acessá-los, após entrar no site do Datasus, clicar no link “Informações de Saúde”. Isso levará à apresentação de um menu com as seguintes opções: Indicadores de Saúde; Assistência à Saúde; Rede Assistencial; Epidemiológicas e Morbidade; Estatísticas Vitais – Mortalidade e Nascidos Vivos; Demográficas e Socioeconômicas, Saúde Suplementar. Clicar no link “Indicadores de Saúde”, para acessar um novo menu como o copiado a seguir.



INFORMAÇÕES DE SAÚDE

Indicadores de Saúde

Selecione a opção:

- Indicadores e Dados Básicos – IDB-2005
- Indicadores do Pacto de Atenção Básica 2006
- Anuário Estatístico de Saúde do Brasil – 2001
- Indicadores Municipais de Saúde – Portal da Saúde
- Caderno de Informações de Saúde – Versão de setembro/2006

A partir daí, selecionar o desejado e clicar no botão “ok”. Cursos específicos para utilização dos instrumentos de tabulação TABWIN e TABNET são oferecidos pelo Datasus. Esses instrumentos possibilitam que sejam calculados outros indicadores a partir de dados disponíveis nas bases derivadas dos vários sistemas de informação. A possibilidade de trabalhá-los por microáreas é ainda bastante restrita, mas no que se refere a estados e municípios, é possível agrupar as informações aportadas pelos diferentes SIS em uma mesma planilha.

4.5 Cartão Nacional de Saúde

A implantação do Cartão Nacional de Saúde é uma demanda histórica do setor saúde no Brasil. Previsto em instrumentos normativos do sistema de saúde brasileiro desde o ano de 1996, o objetivo do Cartão é a identificação e o acompanhamento do conjunto de atendimentos realizados pelo sistema de saúde, independentemente dos locais de realização destes. Apesar de previsto desde 1996, a complexidade e o ineditismo do projeto fizeram que somente em 1999 ele fosse iniciado, ainda sob a forma de Projeto Piloto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

4.5.1 Princípios e diretrizes do Cartão Nacional de Saúde

O Projeto Cartão Nacional de Saúde, cuja concepção, desenvolvimento e implantação foram orientados pelo arcabouço que conforma o SUS, tem sido entendido como um instrumento fundamental para articular a execução descentralizada dos serviços e o caráter nacional e único do Sistema de Saúde. Não é por outro motivo que a primeira menção ao Cartão se deu na Norma Operacional Básica do SUS de 1996, instrumento que redesenhou as atribuições dos gestores, aprofundou o processo de descentralização e indicou a necessidade de mecanismos

de integração entre esferas de governo. A contribuição do Cartão na integração entre o local e o nacional é dada pela captura de informações no ato do atendimento prestado ao usuário e o acompanhamento do seu fluxo subsequente, em cada contato deste usuário com o SUS, em qualquer localidade do País (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

Os princípios de universalidade de acesso, integralidade de atendimento, equidade, democratização e descentralização do SUS, bem como o direito do cidadão à preservação de sua autonomia, integridade moral e privacidade quanto às informações relacionadas à sua saúde, são as bases que norteiam a construção do Cartão Nacional de Saúde. Desses princípios derivam diretrizes do Sistema Cartão, que são traduzidas em opções tecnológicas e mecanismos de gestão e implantação específicos.

A primeira diretriz considerada, pautada pelo princípio da universalidade do direito à saúde, é que o porte do Cartão não pode ser entendido como condição para acesso dos usuários aos serviços. A segunda diretriz é que o acesso às informações do sistema deve respeitar os aspectos de ética profissional e o direito à privacidade, à confidencialidade e à intimidade dos cidadãos. Uma terceira diretriz diz respeito ao uso de padrões abertos, a fim de permitir a integração do Cartão com iniciativas e sistemas já existentes e em desenvolvimento.

Na perspectiva do governo federal, o Cartão Nacional de Saúde foi concebido como um sistema de informação que utiliza a informática e as telecomunicações com o propósito de identificar o usuário do SUS, integrar informações e construir a base de dados de atendimentos em saúde. Na perspectiva dos gestores estaduais e municipais, o Cartão pode apoiar a organização dos serviços em sua esfera de competência e facilitar a negociação e a gestão intergovernamental. O sistema pode possibilitar aos gestores do SUS, em qualquer espaço de inserção, o acesso e a geração de informações individualizadas, referenciadas a diferentes bases territoriais e acompanhadas e controladas ao longo do tempo.

4.5.2 Instrumento para um novo modelo de gestão da Saúde ¹⁶

A criação do Cartão Nacional de Saúde teve como objetivo essencial a implementação de um padrão de informações nacionalmente definido. O Cartão Nacional de Saúde estrutura a coleta de dados e informações em saúde por meio do número único de identificação do usuário do SUS e de uma rede de telecomunicações e equipamentos de informática que, segundo protocolos nacionais, possibilita o trânsito, o armazenamento e o acesso às informações geradas nas unidades assistenciais. Essa rede hierarquiza-se em uma forma que espelha as estruturas de gestão definidas na NOB/96, respeitando as atribuições de cada instância decisória na Atenção à Saúde.

Essa configuração do sistema coloca o Cartão Nacional de Saúde como um poderoso instrumento para que os gestores da saúde, da unidade básica à esfera federal, fortaleçam suas condições para garantir a construção de um novo modelo de gestão, descentralizado em sua execução, mas nacionalmente integrado.

O cartão tem uma numeração nacional (baseada no número do PIS/Pasep), a fim de identificar o cidadão com o sistema local e, ao mesmo tempo, possibilitar a agregação de informações no âmbito federal e o acompanhamento do fluxo deste usuário no interior do sistema de saúde. Além dessas finalidades, espera-se que o cartão instrumentalize outros processos relacionados à informação e à gestão em saúde, de maneira a:

- a) possibilitar o acompanhamento das referências intermunicipais e interestaduais, subsidiando a elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI) e os processos relativos às compensações financeiras e ao ressarcimento ao SUS dos valores dos procedimentos realizados naqueles pacientes associados a modalidades de saúde supletiva;
- b) possibilitar o acompanhamento do fluxo dos usuários no sistema de saúde, viabilizando a avaliação da qualidade da atenção e melhores controles e auditorias municipais;

¹⁶ Texto disponível no link <<http://dtr2001.saude.gov.br/cartao/>>.

- c) subsidiar o planejamento e a priorização das ações de saúde e o acompanhamento das políticas implementadas, por meio da mensuração da cobertura real das atividades desenvolvidas e da detecção de pontos de estrangulamento do Sistema de saúde, entre outras;
- d) facilitar a integração dos dados dos Sistemas de Informações de Base Nacional gerenciados pelo Ministério da Saúde, por estados e municípios e permitir o aporte de outros dados importantes para sua análise;
- e) subsidiar processos de regulação do sistema de saúde e de racionalização da utilização de recursos humanos, físicos e financeiros, particularmente ao facilitar ou viabilizar controle prévio da execução daqueles procedimentos de média e alta complexidade/custo, conforme protocolos clínicos padronizados pelos gestores nas três esferas de governo;
- f) qualificar a atuação dos profissionais de saúde, por meio da vinculação dos usuários a uma unidade ou equipe de saúde, da disponibilização de informações clínicas dos atendimentos prestados aos pacientes a eles vinculados e de relatórios gerenciais que subsidiem reuniões clínicas e possibilitem a avaliação qualitativa dos procedimentos e das prescrições realizados pela equipe de saúde, entre outros.

O Sistema Cartão Nacional de Saúde é composto, portanto, de duas vertentes. De um lado, pela implementação de três cadastros específicos: um cadastro dos usuários do SUS, com a geração de um número único de identificação no âmbito nacional; um cadastro de unidades de saúde; e um cadastro de profissionais que executam procedimentos no sistema. Em outra vertente, prevê a implantação de um sistema de informação, com o desenvolvimento de aplicativos a ele vinculado e com o uso de equipamentos para leitura do cartão magnético.

A partir do cadastramento e da emissão do Cartão, será possível identificar o usuário em todos os seus contatos com o SUS e acompanhar a sua evolução dentro do sistema, com efeitos na atenção individual e no planejamento das ações de saúde, oferecendo, assim, novos recursos para a organização de serviços, o controle e avaliação e a auditoria.

A integração entre as bases cadastrais e o sistema de informação permitirá a vinculação entre cada usuário atendido no sistema de saúde, o procedimento realizado, o profissional responsável pelo atendimento e a unidade de saúde em

que tal atendimento foi realizado. Outras informações foram ainda incorporadas ao software utilizado no atendimento, como o diagnóstico (dois campos), medicamentos prescritos (também com dois campos para informação), encaminhamento, deficiência funcional, entre outros.

O sistema permite a coleta de uma série de informações vinculadas ao atendimento realizado, contribuindo para a organização de serviços de saúde e para ampliação e qualificação do acesso dos usuários a estes. Entre os objetivos do projeto, destacam-se: i) construção de uma base de dados de histórico clínico; ii) imediata identificação do usuário, com agilização no atendimento; iii) ampliação e melhoria de acesso da população a medicamentos; iv) possibilidade de revisão do processo de compra de medicamentos; v) integração de sistemas de informação; vi) acompanhamento dos fluxos assistenciais, ou seja, acompanhamento do processo de referência e contra-referência dos pacientes; vii) revisão dos critérios de financiamento e racionalização dos custos; viii) acompanhamento, controle, avaliação e auditoria do sistema e dos serviços de saúde; e ix) gestão e avaliação de recursos humanos.

5.1 As Normas Operacionais do SUS

5.1.1 A Norma Operacional Básica do SUS de 1991

5.1.2 A Norma Operacional Básica do SUS de 1992

5.1.3 A Norma Operacional Básica do SUS de 1993

5.1.4 A Norma Operacional Básica do SUS de 1996

5.1.5 A Norma Operacional da Assistência
à Saúde – NOAS – de 2001

5.1.6 A Norma Operacional da Assistência
à Saúde – NOAS – de 2002

5.2 O Pacto pela Saúde 2006

5.2.1 Pacto em Defesa do SUS

5.2.2 Pacto pela Vida

5.2.3 Pacto de Gestão

5.2.4 Implantação e monitoramento
dos Pactos da Vida e de Gestão

5.1 As Normas Operacionais do SUS

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

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

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

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

SUS 01/93 e NOB/SUS 01/96.

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

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

Embora o instrumento que formaliza a norma seja uma portaria do Ministério da Saúde, o seu conteúdo é definido de forma pactuada entre o Ministério da Saúde e representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

Entre os objetivos das Normas Operacionais temos:

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

5.1.1 A Norma Operacional Básica do SUS de 1991

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

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

- Equiparou prestadores públicos e privados, no que se refere à modalidade de financiamento, que passou a ser, em ambos os casos, por pagamento pela produção de serviços.
- Centralizou a gestão do SUS em nível federal (Inamps).
- Estabeleceu o instrumento convenial como a forma de transferência de recursos do Inamps para os estados, Distrito Federal e municípios.
- Considerou como “municipalizados” dentro do SUS os municípios que atendessem os seguintes requisitos básicos:
 - a) criação dos Conselhos Municipais de Saúde;
 - b) criação do Fundo Municipal de Saúde;
 - c) Plano Municipal de Saúde aprovado pelos respectivos Conselhos;
 - d) Programação e Orçamento da Saúde (PROS) como detalhamento do Plano de Saúde;
 - e) contrapartida de recursos para a saúde do seu orçamento; e
 - f) constituição de Comissão de Elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) com o prazo de dois anos para a sua implantação.
- Instituiu a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) destinada a reajustar os valores a serem repassados aos estados, Distrito Federal e municípios. A cobertura ambulatorial anual era obtida da multiplicação do valor da UCA pela população de cada unidade da federação.
- Modificou o sistema de pagamento aos prestadores de serviços (entidades filantrópicas, hospitais universitários, entidades contratadas e conveniadas) com a implantação do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

5.1.2 A Norma Operacional Básica do SUS de 1992

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

A NOB 01/92 tinha como objetivos: normatizar a assistência à saúde no SUS,

estimular a implantação, o desenvolvimento o funcionamento do sistema; e dar forma concreta e instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da saúde.

A NOB 01/92 trata dos seguintes assuntos: i) Planejamento; ii) Financiamento da assistência à saúde no SUS; iii) Estímulo a “municipalização” do SUS e às ações de saúde coletiva; iv) Investimentos na Rede; v) Sistemas de Informação; vi) Controle e Avaliação; vii) Processo de municipalização para repasse de recursos; e viii) Produtividade e qualidade.

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

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

É criado o Pró-Saúde, que se caracteriza como um programa que tem como principal objetivo a reorganização dos serviços de saúde com a participação das três esferas de governo.

A NOB 01/92 mantém o Inamps como órgão responsável pelo repasse de recursos financeiros aos municípios e estados, dando continuidade em linhas gerais ao que estava previsto na NOB 01/91.

5.1.3 A Norma Operacional Básica do SUS de 1993

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

As principais contribuições da Norma Operacional Básica foram:

- Criou a transferência regular e automática (fundo a fundo) do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena.
- Habilitou municípios como gestores.
- Definiu o papel dos estados de forma frágil, mas esses, ainda assim, passaram a assumir o papel de gestor do sistema estadual de saúde.
- Possibilitou a constituição das Comissões Intergestores Bipartite (de âmbito estadual) e Tripartite (nacional), como importantes espaços de negociação, pactuação, articulação, integração entre gestores (União, estados e municípios).

5.1.4 A Norma Operacional Básica do SUS de 1996

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

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

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

- Promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde de seus habitantes com a respectiva redefinição das responsabilidades dos estados, Distrito Federal e União.
- Caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor, diretamente ou garantindo a referência, explicitando um novo pacto federativo para a saúde.
- Reorganizar o modelo assistencial, descentralizando aos municípios a

responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica de saúde.

- Aumentar a participação percentual da transferência regular e automática (fundo a fundo) dos recursos federais a estados e municípios, reduzindo a transferência por remuneração de serviços produzidos.
- Fortalecer a gestão do SUS, compartilhada e pactuada entre os governos municipais, estaduais e federais, por meio das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite como espaços permanentes de negociação e pactuação entre gestores.

Entre as principais características observadas na NOB/SUS 01/96 temos:

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

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

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

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

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

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

- O conceito original do PAB foi modificado. Deixou de ser Piso Assistencial Básico e passou a ser chamado de Piso da Atenção Básica, ampliando sua abrangência.
- A Portaria n. 1.882/97 definiu uma parte fixa e uma parte variável do novo PAB.
- O valor nacional da Parte Fixa do PAB foi definido em R\$ 10,00 per capita/ano a ser transferido fundo a fundo de forma regular e automática aos municípios habilitados na NOB/SUS 01/96.
- Foi criado o “valor máximo da Parte Fixa do PAB”, estipulado em R\$18,00 por habitante/ano na reunião da CIT de 27 de janeiro de 1998.
- Foi criada a Parte Variável do PAB que correspondia a incentivos destinados às seguintes ações e programas:

- a) Programa de Agentes Comunitários de Saúde;
 - b) Programa de Saúde da Família;
 - c) Programa de Combate às Carências Nutricionais;
 - d) Ações Básicas de Vigilância Sanitária;
 - e) Assistência Farmacêutica Básica; e
 - f) Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental;
- Como Incentivo às Ações de Vigilância Sanitária foi definido um valor R\$ 0,25 por habitante/ano para complementar o custeio das ações já incluídas na parte fixa do PAB.
 - Foi definida uma nova tabela do SIA/SUS.

5.1.5 A Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS/SUS 01/2001

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

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

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

O conjunto de estratégias apresentadas na NOAS/SUS 01/2001 articulou-se em torno do pressuposto de que, no atual momento da implantação do SUS, a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços da atenção básica, a regionalização e a organização funcional do sistema são elementos centrais para o avanço do processo.

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

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

- a) assistência pré-natal, parto e puerpério;
- b) acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
- c) cobertura universal do esquema preconizado pelo PNI para todas as faixas etárias;
- d) ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- e) tratamento de intercorrências mais comuns na infância;
- f) atendimento de afecções agudas de maior incidência;
- g) acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência;
- h) tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais;
- i) tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes;
- j) controle de doenças bucais mais comuns; e
- k) suprimento e dispensação dos medicamentos da farmácia básica.

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

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

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

A NOAS/SUS 01/2001 definiu um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal, com acesso garantido a toda a população no âmbito microrregional, ofertados em um ou mais módulos assistenciais. Esse conjunto mínimo de serviços de média complexidade compreende as atividades ambulatoriais, de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar. O financiamento federal das ações ambulatoriais seria feito com base em um valor per capita nacional (R\$ 6,00 habitante/ano). Ao longo do processo de qualificação das microrregiões, o Ministério da Saúde adicionaria recursos ao Teto Financeiro das UFs para cobrir a diferença entre os gastos atuais com esses procedimentos e o montante correspondente ao per capita nacional multiplicado pela população. Cabe ressaltar que nenhuma microrregião foi qualificada e, portanto, essa forma de repasse nunca foi implementada.

No Capítulo da NOAS 01/2001 que trata do Fortalecimento da Capacidade de Gestão no SUS, é definido que as UFs devem encaminhar ao Ministério da Saúde uma versão consolidada da Programação Pactuada e Integrada (PPI). Cabe às SES a coordenação da programação pactuada e integrada no âmbito do estado. A PPI aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite, deve nortear a alocação de recursos federais da assistência entre municípios pelo gestor estadual, resultando na definição de limites financeiros claros para todos os municípios do estado, sendo que o limite financeiro de cada município será composto por duas parcelas separadas: recursos destinados ao atendimento da população própria e recursos destinados ao atendimento da população referenciada de acordo com as negociações expressas na PPI.

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

A NOAS/SUS 01/2001 estabeleceu as responsabilidades, requisitos e prerrogativas dos gestores.

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

5.1.6 A Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS/SUS 01/2002

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

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

As principais modificações na NOAS/SUS 01/2001 introduzidas pela NOAS/SUS 01/02 foram:

- O município-sede de módulo assistencial pode estar habilitado em Gestão Plena de

Sistema Municipal quando em situação de comando único municipal ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA) quando em situação de comando único estadual.

- Estabeleceu que cabe aos estados a gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica e gestão sobre o sistema de hemonúcleos/hemocentros (públicos e privados) e laboratórios de saúde pública.
- Foi estabelecida como prerrogativa dos estados habilitados na NOAS/SUS 01/02 a transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao financiamento per capita do conjunto mínimo de serviços de média complexidade M1 em regiões ou microrregiões qualificadas, nos casos em que o município-sede do módulo assistencial estiver habilitado em GPABA.

5.2 O Pacto pela Saúde 2006

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

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

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

O processo se iniciou em agosto de 2004, quando foi organizada pelo Ministério da Saúde uma oficina denominada “Agenda do Pacto de Gestão”, com objetivo de dar início ao processo de discussão para a revisão do processo normativo do SUS; e estabelecer as diretrizes, conteúdos e metodologia de trabalho para a elaboração de propostas para pactuação de questões fundamentais para o processo de Gestão do SUS. Os participantes dessa oficina foram representantes do CONASS, Conasems e do Ministério da Saúde.

O trabalho conjunto exigiu o exercício da construção de consensos entre CONASS, Conasems e Ministério da Saúde. Há pontos de operacionalização que ainda estão sendo discutidos, pois esse processo é dinâmico e necessita de avaliação constante para sua efetiva operacionalização, assim como para aperfeiçoar os mecanismos de planejamento e programação para a gestão do SUS. Os primeiros resultados obtidos constam da Portaria GM/MS n. 399, publicada em 22 de fevereiro de 2006, com a definição das diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde.

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

As diretrizes operacionais do Pacto pela Vida reafirmam princípios; consolidam processos como a importância da regionalização e dos instrumentos de planejamento e programação como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada Integrada (PPI); e possibilitam a reorganização dos processos de gestão e de regulação do sistema de saúde no âmbito dos estados com vistas a melhorar e qualificar o acesso do cidadão às ações e serviços de saúde.

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

Nesse sentido foram definidas três dimensões no Pacto pela Saúde 2006: Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto de Gestão.

5.2.1 Pacto em Defesa do SUS

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

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

As prioridades do Pacto em Defesa do SUS são:

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

- mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos;
- alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional n. 29, pelo Congresso Nacional;
- garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde; e

- aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas.

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

5.2.2 Pacto pela Vida

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

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

O Pacto pela Vida – como instrumento do Pacto pela Saúde 2006 – representa uma mudança radical na forma de pactuação do SUS vigente até agora. Isso ocorre porque rompe com os pactos realizados em variáveis discretas de tempo, por meio de normas operacionais. A observação da trajetória do SUS mostra que esse sistema público de saúde vem sendo mudado, de tempos em tempos, por meio de reformas incrementais que se materializaram em normas operacionais (NOBs e NOAS), como descrito anteriormente.

Essas normas fixavam-se, prioritariamente, em processos operacionais, distanciando-se de compromissos com resultados sanitários.

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

O Pacto pela Vida será permanente. Ao fim do primeiro trimestre de um novo ano serão avaliados os resultados do ano anterior e pactuadas novas metas e

objetivos a ser atingidos no ano em curso.

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

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

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

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

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

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

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

O Pacto pela Vida 2006 definiu seis prioridades: saúde do idoso; Controle do câncer de colo de útero e de mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde; e Fortalecimento da Atenção Básica.

5.2.2.1 SAÚDE DO IDOSO

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

1. O trabalho nesta área deve seguir as seguintes diretrizes:

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

2. Ações estratégicas:

- Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa – Instrumento de cidadania com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde.
- Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa – Para indução de

ações de saúde, tendo por referência as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

- Programa de Educação Permanente a Distância – Implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais que trabalham na rede de atenção básica em saúde, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde.
- Acolhimento – Reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso.
- Assistência Farmacêutica – Desenvolver ações que visem qualificar a dispensação e o acesso da população idosa.
- Atenção Diferenciada na Internação – Instituir avaliação geriátrica global realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar.
- Atenção domiciliar – Instituir esta modalidade de prestação de serviços ao idoso, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde.

5.2.2.2 CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA

1. Objetivos e metas para o Controle do Câncer de Colo de Útero:

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

2. Metas para o Controle do Câncer de mama:

- Ampliar para 60% a cobertura de mamografia, conforme protocolo.
- Realizar a punção em 100% dos casos necessários, conforme protocolo.

5.2.2.3 REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL

1. Objetivos e metas para a redução da mortalidade infantil:

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

2. Objetivos e metas para a redução da mortalidade materna:

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

5.2.2.4 FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS ÀS DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENIASE, TUBERCULOSE, MALÁRIA E INFLUENZA

Objetivos e metas para o Controle da Dengue

- Plano de Contingência para atenção aos pacientes, elaborado e implantado nos municípios prioritários, em 2006.
- Reduzir a menos de 1% a infestação predial por *Aedes aegypti* em 30% dos municípios prioritários até 2006.

Meta para a Eliminação da Hanseníase

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

Metas para o Controle da Tuberculose

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

Meta para o Controle da Malária

- Reduzir em 15% a Incidência Parasitária Anual, na região da Amazônia Legal, em 2006.

Objetivo para o controle da Influenza

- Implantar plano de contingência, unidades sentinelas e o sistema de informação – Sivep-GRIPE, em 2006.

5.2.2.5 PROMOÇÃO DA SAÚDE

1. Objetivos:

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

5.2.2.6 FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

1. Objetivos:

- Assumir a estratégia de saúde da família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção primária, devendo seu desenvolvimento considerar

as diferenças loco-regionais.

- Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção primária por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família.
- Consolidar e qualificar a estratégia de saúde da família nos pequenos e médios municípios.
- Ampliar e qualificar a estratégia de saúde da família nos grandes centros urbanos.
- Garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços.
- Garantir o financiamento da Atenção Primária como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS.
- Aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Primária nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais.
- Implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Primária nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada.
- Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Primária que considere os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais.
- Implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral.

5.2.3 Pacto de Gestão

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

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

singularidades regionais.

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

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

5.2.3.1 OS OBJETIVOS DO PACTO DE GESTÃO SÃO:

- Definir a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação.
- Estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

5.2.3.2 DIRETRIZES PARA A GESTÃO DO SUS – O QUE MUDA COM O PACTO

Na descentralização

Com a aprovação das diretrizes do pacto de gestão inicia-se um processo de descentralização dos processos administrativos relativos à gestão para as Comissões Intergestores Bipartite (CIB).

Dessa forma, a proposta é de que gradativamente, respeitadas as diretrizes e normas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite, os estados em parceria com os municípios, na CIB, definam os modelos organizacionais a ser implantados de acordo com a realidade de cada estado e região do país. Não será mais necessário o envio de processos de credenciamento de serviços e/ou projetos para implantação de novos serviços ao Ministério da Saúde.

Neste sentido as Secretarias Estaduais em parceria com a representação dos municípios nos estados devem fortalecer esse espaço de negociação e pactuação,

por meio de câmaras técnicas e/ou grupos de apoio para dar suporte às decisões da CIB.

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

Na regionalização

O Pacto de Gestão reafirma a Regionalização como uma diretriz do Sistema Único de Saúde. Atualmente existem inúmeras regiões de saúde constituídas no país, portanto, devem ser considerados os esforços já realizados na elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR) nos estados, a partir da implantação da NOAS/SUS 01/2002. Assim, as Secretarias Estaduais, considerando as premissas propostas no Pacto de Gestão, devem avaliar a constituição das regiões de saúde, dos seus Planos Diretores de Regionalização, com vistas à conformação de um modelo de atenção integrado.

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

O Pacto não propõe nenhum desenho ou modelo padrão de Região de saúde. Cada CIB deverá estabelecer qual o desenho mais apropriado para garantir o acesso com qualidade às ações e serviços de saúde e, portanto, a definição do conjunto de ações e serviços a serem desempenhadas em cada região deverá estar de acordo com as necessidades de saúde e da capacidade de oferta da região. No entanto, para que isso ocorra, será necessário que o processo de regionalização se faça sobre territórios sanitários mais que sobre territórios político-administrativos, o que implicará o uso de metodologias que incorporem operacionalmente os conceitos de economia de escala, os fluxos viários e os fluxos assistenciais.

O processo de regionalização envolverá diferentes territórios sanitários: a micro-área de abrangência de um agente comunitário de saúde; a área de abrangência de uma equipe de saúde da família ou de uma Unidade Básica de

saúde; a região de saúde (na prática o mesmo que a microrregião da NOAS) que será o território de auto-suficiência nos procedimentos de média complexidade; e a macrorregião que será o território de auto-suficiência em procedimentos de média complexidade de mais alta densidade tecnológica e dos procedimentos de alta complexidade. Em consequência, a escala das regiões será bem menor que a escala das macrorregiões.

O processo de regionalização, obedecidos os princípios mencionados, deverá ser flexível, especialmente em regiões de baixa densidade demográfica, onde, sempre, o princípio do acesso deverá preponderar frente ao princípio da escala.

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

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

O processo de regionalização inscreve-se numa perspectiva de mudança cultural: da regionalização espacial para uma regionalização da atenção à saúde. Nesse sentido, o processo de regionalização será utilizado como uma base espacial para a construção de redes de atenção à saúde. Isso é uma exigência da situação epidemiológica brasileira, marcada pela convivência de doenças transmissíveis e doenças crônicas, com predominância relativa destas últimas. Quando existe uma situação de dupla carga das doenças impõe-se uma resposta social organizada dos sistemas de saúde, expressa nas redes integradas de atenção à saúde.

Nos mecanismos de gestão regional

Uma das mudanças na gestão propostas no pacto é a constituição de um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa por meio de um Colegiado de Gestão Regional (a proposta de Colegiado Regional aproxima-

se das Comissões Intergestores Bipartites Microrregionais, existentes em alguns estados brasileiros). A denominação e o funcionamento do Colegiado devem ser acordados na CIB.

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

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

No financiamento do Sistema Único de Saúde

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

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

Os blocos de financiamento federal são:

- Atenção básica.
- Atenção de média e alta complexidade.
- Vigilância em Saúde.
- Assistência Farmacêutica.

- Gestão do SUS.

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

No Bloco de financiamento da assistência farmacêutica, os recursos devem ser aplicados exclusivamente nas ações definidas em cada componente.

O livro Financiamento da Saúde, da coleção “Para Entender a Gestão do SUS” apresenta o detalhamento dos Blocos de Financiamento previsto no Pacto pela Saúde.

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

O Ministério da Saúde está propondo diretrizes para a elaboração da PPI para saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. A nova proposta de PPI permite maior autonomia dos gestores na definição de suas prioridades e nos parâmetros a ser adotados de acordo com a necessidade, demanda, e disponibilidade de recursos para programação de ações e serviços de saúde no âmbito dos estados.

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

Na regulação da atenção à saúde e regulação assistencial

Como princípios orientadores do processo de regulação, estabeleceram-se:

- Cada prestador responde apenas a um gestor.
- A regulação dos prestadores de serviços deve ser preferencialmente do município conforme desenho da rede da assistência pactuada na CIB, observado o Termo de Compromisso de Gestão do Pacto e os seguintes princípios:
 - da descentralização, municipalização e comando único;
 - da busca da escala adequada e da qualidade;
 - considerar a complexidade da rede de serviços locais;

- considerar a efetiva capacidade de regulação;
 - considerar o desenho da rede estadual da assistência;
 - a primazia do interesse e da satisfação do usuário do SUS.
- A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes.
 - A operação dos complexos reguladores no que se diz respeito referência intermunicipal deve ser pactuada na CIB, podendo ser operada nos seguintes modos:
 - pelo gestor estadual que se relacionará com a central municipal que faz a gestão do prestador;
 - pelo gestor estadual que se relacionará diretamente com o prestador quando este estiver sob gestão estadual; e
 - pelo gestor municipal com co-gestão do estado e representação dos municípios da região.

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

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

Considerando a necessidade de se avançar no processo de regulação dos prestadores foram estabelecidas metas para este Pacto, que devem ser alcançadas no prazo de um ano:

1. contratualização de todos os prestadores de serviços;
2. colocação de todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados sob regulação; e
3. extinção do pagamento dos serviços dos profissionais médicos por meio do código 7.

5.2.3.3 RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS – O QUE MUDA COM O PACTO

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

Com relação à gestão dos prestadores de serviço fica mantida a normatização estabelecida na NOAS SUS 01/2002. As referências na NOAS SUS 01/2002 às condições de gestão de estados e municípios ficam substituídas pelas situações pactuadas no respectivo Termo de Compromisso de Gestão.

Ou seja, estados e municípios são considerados gestores de saúde, o que diferencia o gestor, a partir da publicação do pacto, é a pactuação de responsabilidades definidas na respectiva CIB. A gestão dos prestadores deixa de ser uma prerrogativa do gestor municipal ou estadual, como era no processo anterior, conforme a condição de habilitação. Assim, pode-se ter situação que o estado fica com a gestão dos prestadores de alta complexidade e de parte da média complexidade, se assim for a compreensão dos gestores para determinado estado.

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

a) Nas responsabilidades gerais da gestão do SUS

Foram definidas responsabilidades gerais da gestão para os três entes federados (municípios, estados e União). Essas responsabilidades dizem respeito a questões como a garantia da integralidade da atenção à saúde; participação no financiamento do Sistema Único de Saúde; reconhecimento das necessidades da população; desenvolver a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação; definição do processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade a partir da atenção básica, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde; promover

a estruturação da assistência farmacêutica e garantir o acesso da população aos medicamentos, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas; coordenar e executar e as ações de vigilância em saúde, elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional.

a.1) Municípios

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

Todo município deve:

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

diferentes instâncias de pactuação;

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

a.2) Estados

– Cabe aos estados:

- responder, solidariamente com municípios, Distrito Federal e União, pela

integralidade da atenção à saúde da população;

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

em saúde no município, comprometendo-se em cooperar para que o município assumira, no menor prazo possível, sua responsabilidade;

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

a.3) Distrito Federal

– Cabe ao Distrito Federal:

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

pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso de Gestão;

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

e integrada da atenção à saúde;

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

a.4) União

– Cabe à União:

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

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

b) Nas responsabilidades na regionalização

b.1) Municípios

Todo município deve:

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

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

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

b.2) Estados

Cabe aos estados:

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

b.3) Distrito Federal

Cabe ao Distrito Federal:

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

as normas vigentes, participando da sua constituição, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida.

b.4) União

Cabe à União:

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

c) Nas responsabilidades no Planejamento e na Programação

c.1) Municípios

Todo município deve:

- formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano de saúde

e submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;

- formular, no plano municipal de saúde, a política municipal de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;
- elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;
- operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação: Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (Sinan), Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde (CNES); e, quando couber, os sistemas: Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos;
- assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito local; e
- elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano municipal de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde.

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

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

c.2) Estados

Cabe aos estados:

- formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento

participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano estadual de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;

- formular, no plano estadual de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;
- elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;
- coordenar, acompanhar e apoiar os municípios na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção à saúde, no âmbito estadual, regional e interestadual;
- apoiar, acompanhar, consolidar e operar quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos sistemas de informação, conforme normas do Ministério da Saúde; e
- operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises e apoiar os municípios naqueles de responsabilidade municipal.

c.3) Distrito Federal

Cabe ao Distrito Federal:

- formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano estadual de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde do Distrito Federal;
- formular, no plano estadual de saúde, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;
- elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;
- operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises;

- operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação: Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (Sinan), Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde (CNES); Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos;
- assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito do seu território; e
- elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano estadual de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde.

c.4) União

Cabe à União:

- formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano nacional de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;
- formular, no plano nacional de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a política nacional de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;
- elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do

Conselho Nacional de Saúde;

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

d) Nas responsabilidades na regulação, no controle,
na avaliação e na auditoria

d.1) Municípios

Todo município deve:

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

- controlar a referência a ser realizada em outros municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo à solicitação e/ou autorização prévia, quando couber.

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

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

municipal de saúde e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial;

- realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão; e
- elaborar normas técnicas, complementares às das esferas estadual e federal, para o seu território.

d.2) Estados

Cabe aos estados:

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

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

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

d.3) Distrito Federal

Cabe ao Distrito Federal:

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

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

d.4) União

Cabe à União:

- Cooperar tecnicamente com os estados, o Distrito Federal e os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, regulação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços vinculados ao SUS;
 - monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo e por convênio aos fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios;
 - monitorar o cumprimento pelos estados, Distrito Federal e municípios dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, dos pactos de indicadores e metas, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da realização da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
 - coordenar, no âmbito nacional, a estratégia de identificação dos usuários do SUS;
 - coordenar e cooperar com os estados, o Distrito Federal e os municípios no processo de cadastramento de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde;
 - definir e pactuar a política nacional de contratação de serviços de saúde;
 - propor e pactuar os critérios de credenciamento dos serviços de saúde;
 - propor e pactuar as normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados, de acordo com as Políticas de Atenção Especializada;
 - elaborar, pactuar e manter as tabelas de procedimentos enquanto padrão nacional de utilização dos mesmos e de seus preços;
 - estruturar a política nacional de regulação da atenção à saúde, conforme pactuação na CIT, contemplando apoio financeiro, tecnológico e de educação permanente;
 - estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores;
 - cooperar na implantação e implementação dos complexos reguladores;
 - coordenar e monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação interestaduais, garantindo o acesso às referências pactuadas;

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

e) Nas responsabilidades na gestão do trabalho

e.1) Municípios

Todo município deve:

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

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

- estabelecer, sempre que possível, espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores;
- desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à

adoção de política referente aos recursos humanos descentralizados;

- considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS (PCCS/SUS), quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão local; e
- implementar e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito municipal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

e.2) Estados

Cabe aos estados:

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

e3.) Distrito Federal

Cabe ao Distrito Federal:

- desenvolver estudos quanto às estratégias e financiamento tripartite de política de

reposição da força de trabalho descentralizada;

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

e.4) União

Cabe à União:

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

notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

f) Nas responsabilidades na educação na saúde

f.1) Municípios

Todo município deve:

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

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

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

f.2) Estados

Cabe aos estados:

- formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito estadual;
- promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS;
- apoiar e fortalecer a articulação com os municípios e entre os mesmos, para os processos de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS;
- articular o processo de vinculação dos municípios às referências para o seu processo de formação e desenvolvimento;
- articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;
- articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção; e
- desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito estadual.

f.3) Distrito Federal

Cabe ao Distrito Federal:

- formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando, quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento;
- promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente;
- articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;
- articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e

práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS;

- articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;
- desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito do Distrito Federal;
- promover e articular junto às Escolas Técnicas de Saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem;
- apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde da formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde; e
- incentivar, junto à rede de ensino, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS.

f.4) União

Cabe à União:

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

g) Nas responsabilidades na participação e no controle social

g.1) Municípios

Todo município deve:

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

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

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

g.2) Estados

Cabe aos estados:

- apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;
- prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;
- organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;

- estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;
- apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;
- promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;
- apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS; e
- implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.

g.3) Distrito Federal

Cabe ao Distrito Federal:

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

g.4) União

Cabe à União:

- apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;
- prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao

funcionamento do Conselho Nacional de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;

- organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Nacionais de Saúde;
- apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;
- promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;
- apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;
- apoiar o fortalecimento dos movimentos sociais, aproximando-os da organização das práticas da saúde e com as instâncias de controle social da saúde; e
- formular e pactuar a política nacional de ouvidoria e implementar o componente nacional, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS.

5.2.4 Implantação e Monitoramento dos Pactos pela Vida e de Gestão

5.2.4.1 PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO

Para a implantação destes Pactos ficam acordados os seguintes pontos:

- A implantação dos Pactos pela Vida e de Gestão enseja uma revisão normativa em várias áreas que serão regulamentadas em portarias específicas, pactuadas na CIT.
- O Termo de Compromisso de Gestão, Federal, Estadual, do DF e Municipal, é o documento de formalização do Pacto. Estes termos devem ser aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde.
- As Secretarias Estaduais podem definir metas regionais e estaduais, conforme pactuação nas CIBs.
- Existe a perspectiva de que anualmente, no mês de março, devem ser revistas as

metas, os objetivos e os indicadores do Termo de Compromisso de Gestão.

- Fica extinto o processo de habilitação para estados e municípios, conforme estabelecido na NOB SUS 01/96 e na NOAS SUS 2002.
- Ficam mantidas, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados que estão habilitados em Gestão Plena do Sistema, conforme estabelecido na Norma Operacional Básica – NOB SUS 01/96 e na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS SUS 2002.

5.2.4.2 PROCESSO DE MONITORAMENTO

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

5.2.4.3 REGULAMENTAÇÃO DO PACTO PELA SAÚDE

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

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

A referida portaria estabelece:

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

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

São anexos da portaria de regulamentação:

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

5.2.4.4 UNIFICAÇÃO DO PROCESSO DE PACTUAÇÃO DOS INDICADORES

Há alguns anos, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde são compelidas a formalizar pactos de indicadores para garantir os repasses financeiros relativos à Atenção Básica e à Vigilância à Saúde.

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

Por deliberação da Comissão Intergestores Tripartite, foi decidida a sua

unificação em um único pacto, decisão esta oficializada na Portaria n. 699/2006. Em seu artigo 2º § 1º foi disposto que “a unificação total dos processos de pactuação de indicadores existentes dar-se-á no ano de 2007”.

Dessa forma, a partir de 2007, fica instituído um único processo de pactuação, unificando os Pactos da Atenção Básica, de indicadores da Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde (PPIVS) e os indicadores propostos no Pacto pela Saúde. Ainda permanecem separadas as Programações da Assistência e da Vigilância à Saúde, porém, há compromisso entre as três esferas de governo de unificar essas programações em 2007.

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

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

- a) Foram retirados da planilha todos os indicadores para os quais não foram localizadas fontes regulares.
- b) Foi acordado que os indicadores que envolvem os Sistemas de Informação de Mortalidade (SIM), de Nascidos Vivos (Sinasc) e outros sistemas que não permitirem a elaboração de linha de base¹⁷ relativa ao ano imediatamente anterior ao de referência do pacto a ser celebrado serão considerados, por sua relevância, como de “monitoramento de condições de saúde”, não podendo ser utilizados para avaliação do processo de gestão.

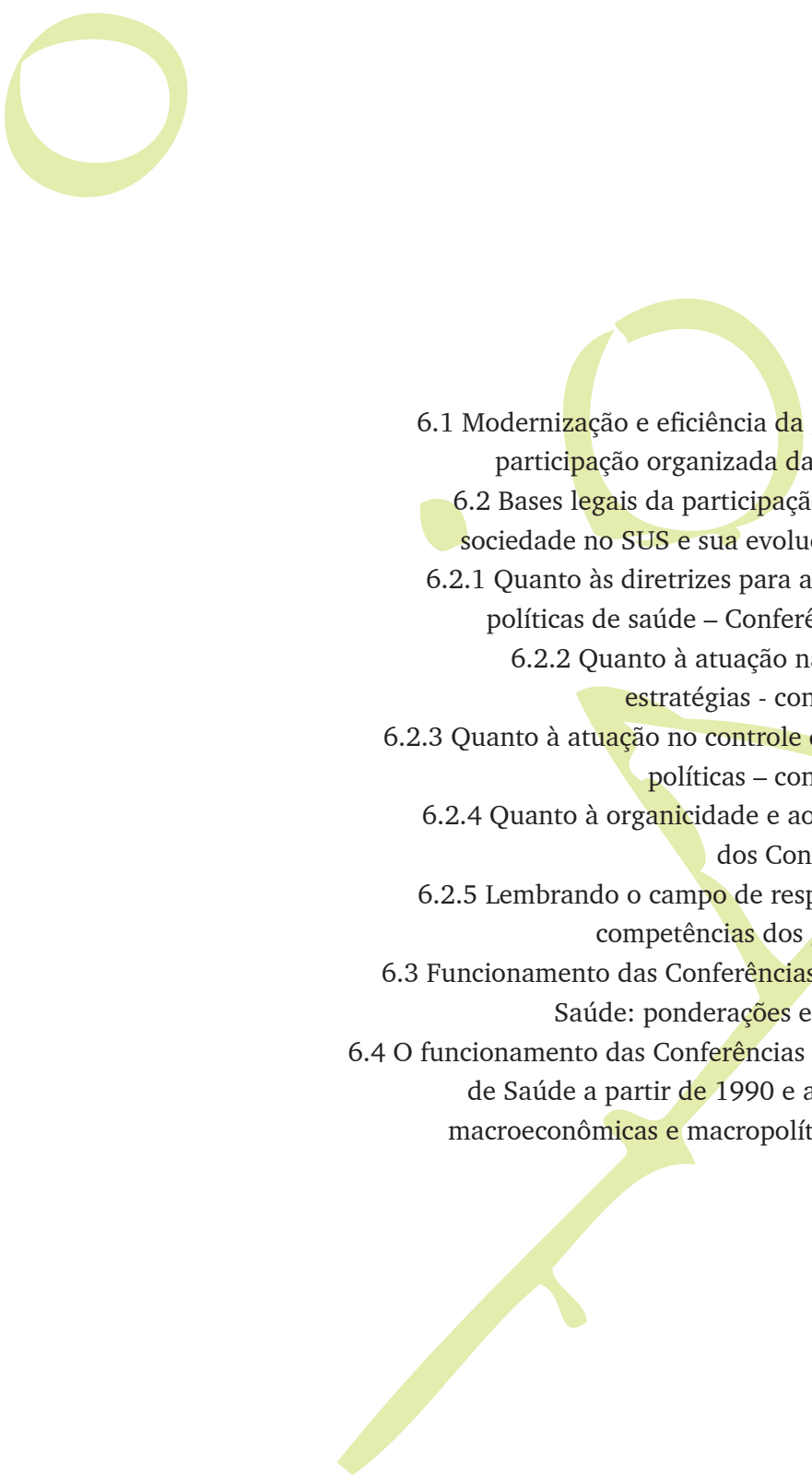
Foi também acordado que os indicadores que conformam esse conjunto serão anualmente revistos, podendo ser propostas e implementadas inclusões, alterações e

¹⁷ Linha de base – dados de referência para comparação com os verificados nos anos posteriores.

exclusões, sempre por consenso entre representantes das três esferas de governo.

O Relatório de Indicadores de Monitoramento do Pacto pela Saúde para pactuação unificada deve ser pactuado anualmente entre municípios, estados, Distrito Federal e Ministério da Saúde. As metas/parâmetros nacionais dos indicadores do Pacto pela Saúde servem de referência para a definição das metas municipais, estaduais e do Distrito Federal, observada as metas/parâmetro estabelecidas para cada Unidade da Federação.

Fica facultado ao município, ao estado e ao Distrito Federal a possibilidade de eleger outros indicadores de importância sanitária loco-regional, devendo estes ser colocados nos espaços opcionais da planilha de metas do aplicativo Sispecto.

- 
- 6.1 Modernização e eficiência da gestão pública e participação organizada da sociedade civil.
 - 6.2 Bases legais da participação organizada da sociedade no SUS e sua evolução desde 1990.
 - 6.2.1 Quanto às diretrizes para a formulação das políticas de saúde – Conferências de Saúde.
 - 6.2.2 Quanto à atuação na formulação de estratégias - conselhos de saúde
 - 6.2.3 Quanto à atuação no controle da execução das políticas – conselhos de saúde
 - 6.2.4 Quanto à organicidade e ao funcionamento dos Conselhos de Saúde
 - 6.2.5 Lembrando o campo de responsabilidades e competências dos gestores do SUS
 - 6.3 Funcionamento das Conferências e Conselhos de Saúde: ponderações e recomendações
 - 6.4 O funcionamento das Conferências e dos Conselhos de Saúde a partir de 1990 e as características macroeconômicas e macropolíticas do período.

6.1 Modernização e eficiência da gestão pública e participação organizada da sociedade civil

Embora não seja propósito deste texto estender-se em análises técnico-conceituais, não há como iniciá-lo sem reafirmar que o grau da participação organizada da sociedade civil nas questões que dizem respeito diretamente ao seu bem-estar e qualidade de vida, como direito humano, mede em última instância, além da própria concretização dessa inalienável aspiração, também o nível da consciência social dos direitos, e do processo civilizatório, que por sua vez, abrange os valores que se desenvolvem simultaneamente na Sociedade e Estado. Trata-se de utopia/imagem-objetivo que contempla, na prática, muitos países em dianteira mais ou menos consolidada, em graus mais avançados de práticas da democracia participativa, incorporadas na cultura política e na relação Sociedade-Estado, ao lado das práticas da democracia representativa. Os exemplos concentram-se na Europa e mais na Escandinávia e estendem-se ao Canadá e vários no oriente asiático. Há evidentes diferenças socioculturais e históricas entre eles, mas em todos os gestores públicos, em diferentes graus, prestam contas não somente do cumprimento da contabilidade financeira, obrigada em lei, dos gastos públicos com os itens e metas constantes nos planos de saúde dos governos, como também prestam contas de

outra contabilidade, a do cumprimento de resultados para a saúde da população, no mesmo nível de responsabilidade pública.

Essa responsabilidade é objetivada por meio de indicadores de desempenho e de resultados, com critérios discutidos e aprovados conjuntamente com representações da população, e formulados pelo nível técnico da gestão pública, com a imprescindível transparência e facilitação da compreensão e acompanhamento. É o significado genérico do termo *accountability*, utilizado na maior parte desses países.

A referida cultura de direitos sociais, cujos valores estão arraigados na consciência política da sociedade e nas responsabilidades do Estado, explica os montantes de recursos públicos destinados à saúde nesses países, em média, dez vezes maiores, per capita, que em nosso país, constituindo no mínimo 70% do financiamento total dos serviços de saúde nessas sociedades, assim como a intransigente defesa dos serviços públicos, também pelos estratos médios e altos da sociedade, que, mesmo consumindo bens e serviços de saúde no mercado, não abrem mão dos serviços públicos e da exigência de seu aprimoramento e qualificação. Essa cultura de direitos sociais, em patamar mais alto de consciência política e da relação Sociedade-Estado, preside o pacto social que encara e define a relação entre o público e o privado, em que termina um e começa o outro, entre a política pública de saúde e o mercado na saúde.

A maior parte das demais sociedades e países distribue-se em amplo espectro de graus de participação organizada da sociedade civil, de consciência social dos direitos humanos, e da sua relação com o Estado, e como pano de fundo, uma complexa relação com o processo civilizatório. No caso brasileiro, os valores, a consciência de direitos e a participação organizada, foram amplamente debatidos no seio da sociedade, incluindo o movimento da reforma sanitária brasileira, nos anos de 1986 a 1989, passando pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, pela Assembléia Nacional Constituinte e pelo Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara dos Deputados Federais de 1989. Assim nasceu o SUS, não só como avançada política pública, como também com bases adequadas para o seu financiamento e participação organizada da sociedade. A evolução desta grande conquista social e constitucional nos últimos dezesseis anos, a partir de 1990, será abordada em outros pontos deste texto.

6.2 Bases legais da participação organizada da sociedade no SUS e sua evolução desde 1990

Ao refletir os graus de mobilização, organização e da consciência dos direitos, alcançados pela Sociedade nos anos 1980, a Constituição Federal consagrou a Participação da Comunidade, ao lado da Descentralização e da Integralidade, como diretriz da rede regionalizada e hierarquizada que constitui o SUS (Art. 198). Ao regulamentar os dispositivos Constitucionais sobre o SUS, a Lei n. 8.080/90, no seu Art. 7º refere a Participação da Comunidade entre os princípios do SUS obrigados em lei, e a Lei n. 8.142/90, cria as Conferências de Saúde a serem realizadas a cada quatro anos, de caráter propositivo, de diretrizes para a formulação de políticas de saúde na esfera de governo correspondente, e os Conselhos de Saúde, de caráter deliberativo, com as atribuições de atuar: na formulação de estratégias, e no controle da execução da política de saúde, também em cada esfera de governo. Dispõe também, que metade dos delegados nas conferências e dos conselheiros nos conselhos, devem provir das entidades que representam os usuários, e a outra metade, das que representam os profissionais de saúde, os prestadores de serviços e o governo (Gestores).

6.2.1 Quanto às diretrizes para a formulação das políticas de saúde (Conferências de Saúde)

PROPOR QUE DIRETRIZES? PROPOR PARA QUEM?

Sem dúvida, os dispositivos Constitucionais da saúde, da Lei Orgânica e demais leis nacionais infra-Constitucionais, constituem o maior referencial da Política Nacional de Saúde, secundado por decretos presidenciais e medidas provisórias, inclusive os gerados nas áreas econômica, previdenciária, industrial, saúde suplementar e outras, ligadas diretamente aos determinantes sociais das doenças. Parcialmente, têm contribuído na proposição dessas diretrizes os relatórios

das Conferências Nacionais, as pactuações na Comissão Intergestores Tripartite e as deliberações do Conselho Nacional de Saúde.

No nível do Distrito Federal, dos estados e dos municípios, o maior referencial encontra-se nas Constituições Estaduais, Leis Orgânicas Municipais e legislação decorrente e, parcialmente, as pactuações nas Comissões Intergestores Bipartites e deliberações dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

Mesmo que óbvio, deve ser lembrada a imprescindibilidade do reconhecimento e interação com as responsabilidades da Sociedade Civil e de outras instâncias do Executivo no sentido de propor diretrizes para formulação de políticas, e do Legislativo para propor, formular e legislar.

Quanto ao campo de proposição de diretrizes, a vivência dos dezesseis anos de esforços na construção do SUS enfatiza que vários pilares requerem reforços especiais para retomarem seu nível de indução inicial, como por exemplo:

- a) a implementação simultânea e articulada dos princípios e diretrizes da Universalidade, Integralidade, Equidade, Descentralização, Regionalização e Participação Social, com vistas à construção do modelo de atenção com base nas necessidades e direitos da população local, municipal, regional, estadual e nacional;
- b) o reconhecimento dos limites setoriais na construção do SUS e da saúde da população, e a imperiosidade das articulações com os setores Educação, Previdência Social, Habitação, Trabalho, Segurança Pública, Saneamento, Cultura e outros;
- c) implementação da rede de ações e serviços de atenção básica, acolhedora, resolutiva, com vinculação entre equipes de saúde e grupos familiares e outros, porta de entrada preferencial, e estruturante do sistema;
- d) efetiva regulação do mercado na saúde (saúde suplementar), congruente com o postulado constitucional da relevância pública, com reversão de todas as desonerações das operadoras privadas de planos e seguros às custas dos recursos públicos de saúde;
- e) a retomada das políticas de financiamento e do desenvolvimento dos recursos humanos de saúde, congruentes com os pilares anteriores, e
- f) desconstrução articulada do modelo de atenção centrado nos interesses da oferta: fabricantes dos insumos e parte dos prestadores e profissionais.

6.2.2 Quanto à atuação na formulação de estratégias (Conselhos de Saúde)

FORMULAR QUE ESTRATÉGIAS?

Qual o âmbito das deliberações?

A implementação das políticas formuladas conforme o disposto no item anterior requer a realização de análises periódicas das conjunturas sócio-político-econômicas e das políticas governamentais e institucionais, pelo simples fato da política pública de saúde, consagrada na Constituição e na Lei Orgânica de Saúde, ser uma política de Estado, cuja vulnerabilidade às oscilações conjunturais e subconjunturais deve ser a menor possível. A clara compreensão da correlação dos interesses e forças em jogo, em cada conjuntura, as tensões e conflitos, mais para os valores de cidadania, a democratização do Estado e a efetiva construção do SUS, ou mais para os interesses da oferta, sob hegemonia do mercado, facilita ou proporciona a visão e as iniciativas quanto à formulação de objetivos e métodos para avanços e acumulações mais consistentes, as alianças e parcerias de intervenção no processo, e os momentos oportunos. As alianças, em regra, devem envolver representações dos segmentos participantes dos conselhos de saúde. Quando não avanços, pelo menos, resistência à desconstrução do SUS.

Este é o âmbito da formulação das estratégias, objetivando o esclarecimento dos rumos, sua realização, pactuação de prioridades e etapas, por exemplo:

- a) conhecimento das necessidades e direitos da população sob os ângulos demográfico, socioeconômico, epidemiológico, da atual produção e utilização dos serviços, e das postulações das representações dos usuários nos conselhos de saúde, ao nível local/unidade de saúde, municipal, regional, estadual e nacional;
- b) planejamento da oferta das ações e serviços universais, integrais e equitativos nesses mesmos níveis, com definição de metas quantitativas e qualitativas, respectivos custos, prioridades, etapas e as respectivas responsabilidades sanitárias;
- c) adequação da PPI e demais instrumentos de planejamento, assim como a gestão da capacidade ociosa e os critérios de alocação dos recursos ao disposto nos itens anteriores;

- d) entre as várias modalidades de remuneração dos serviços, conferir prioridade para a remuneração da realização de metas quantitativas e qualitativas, com valores não inferiores ao custo, por meio de contratos de gestão, inclusive com as unidades de saúde estatais e distritos de saúde;
- e) gestão dos investimentos, considerando os parâmetros da Avaliação Tecnológica e o acesso a todos os níveis de complexidade do sistema;
- f) orçamentação e execução orçamentária, considerando o disposto nos itens anteriores;
- g) implementação da Regionalização Cooperativa e Solidária, compatibilizando e pactuando as metas municipais, regionais e estaduais, de atenção integral e equitativa, com autonomia das Comissões Intergestores Bipartites para condução do processo nos territórios estaduais e interestaduais;
- h) repasses federais globais e automáticos ao DF, estados e municípios, mediante a implementação dos itens anteriores, com reflexo direto nos relatórios de gestão, nos instrumentos de avaliação, controle e auditoria, e nos meios de acompanhamento e controle pelos conselhos de saúde;
- i) estes exemplos e demais procedimentos no âmbito da formulação de estratégias devem constar claramente de formulações e pactuações globais, nacional, estaduais e regionais, em torno dos grandes rumos da construção dos novos modelos de gestão, sem os quais, não avança o novo modelo de atenção, rumos estes com as necessárias prioridades e etapas também pactuadas, e as responsabilidades sanitárias dos atores institucionais e sociais, claramente definidas. O Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, realizado pela Comissão Intergestores Tripartite, discutido e aprovado no Conselho Nacional de Saúde no início de 2006, é referência imprescindível ao processo aqui descrito, assim como o Projeto de Lei n. 01/2003, substitutivo Guilherme Menezes, que regulamenta a EC n. 29.

Cabe ainda referir-se aos artigos 26, 33 e 37 da Lei n. 8.080/90, que dizem respeito ao campo da formulação de estratégias, ao dispor sobre remuneração de serviços, cobertura assistencial, movimentação dos recursos financeiros e diretrizes para os planos de saúde, no âmbito das atribuições do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Por fim, vale mencionar que o campo da atuação dos conselhos na formulação de estratégias não implica, obviamente, que cabe aos conselheiros representantes das entidades a responsabilidade técnica e de conhecimentos típicos e exigíveis dos gestores, mas sim, a responsabilidade sanitária de apropriar-se e dispor de informações e conhecimentos básicos e estratégicos, necessários para as análises e formulações.

6.2.3 Quanto à atuação no controle da execução das políticas (Conselhos de Saúde)

EXECUÇÃO DE QUE POLÍTICAS?

Os amplos e consistentes debates no seio da sociedade civil, do Legislativo e do Executivo, que resultaram na conquista democrática do SUS e, posteriormente, as Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90, criaram nessa conquista a expectativa convicta de que as políticas a serem executadas e controladas seriam aquelas conseqüentes ao peso das propostas de diretrizes pelas Conferências de Saúde, e das estratégias formuladas pelos Conselhos de Saúde. Como foi ficando claro nos últimos dezesseis anos, o referido peso desenvolveu-se aquém do inicialmente previsto e/ou desejado, de tal sorte que as políticas formuladas cingem-se praticamente às expressas na Constituição, na Lei Orgânica da Saúde, nas Constituições Estaduais e nas Leis Orgânicas Municipais; e as estratégias formuladas não conseguiram ainda orientar e induzir forças e decisões políticas suficientes para reestruturar o modelo de gestão herdado, pré-SUS, com permanência da predominância dos interesses da oferta na política alocativa de recursos, na quase ausência dos procedimentos da avaliação tecnológica e de protocolos de condutas profissionais, na grande predominância da tabela de pagamentos por produção, com relação custo-valor anacrônica, da fragmentação dos repasses federais, da desoneração das operadoras privadas de planos e seguros às custas do SUS, impotência da atenção básica assumir os níveis de acolhimento, resolutividade e estruturação do sistema, a precarização das relações de trabalho e o sub-financiamento.

Tem predominado, na prática dessa atribuição dos Conselhos de Saúde, o controle da execução das ações e dos serviços, a posteriori, após a execução, que se tornou um imenso emaranhado de alta produção e produtividade, ao lado dos órgãos internos e externos da avaliação, controle e auditorias, do SUS, dos tribunais de contas, do Ministério Público e do Legislativo.

6.2.4 Quanto à organicidade e ao funcionamento dos Conselheiros de Saúde

Como parte do processo de acumulação de experiências e resoluções anteriores, no âmbito dos Conselhos e Plenárias de Conselhos de saúde, o Conselho Nacional de Saúde deliberou a Resolução n. 333/2003, importante eixo de diretrizes que dispõe sobre a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. É de se destacar a ampliação do controle social ao nível dos sistemas regional, local e distrital de saúde; os critérios da composição entre os segmentos de usuários, trabalhadores da saúde, governo e prestadores de serviços; a eleição do presidente do conselho; a estrutura, funcionamento e competências; e o conceito de que os segmentos que compõem o conselho de saúde são escolhidos para representar a sociedade como um todo. Especificamente com referência ao Conselho Nacional de Saúde, o Decreto n. 5.839/2006 atualiza e dispõe sobre a acumulação e os avanços quanto a organização, atribuições e processo eleitoral dos conselheiros titulares e suplentes, e a resolução CNS n. 361/2006 regulamenta a composição e o processo eleitoral.

6.2.5 Lembrando o campo de responsabilidades e competências dos gestores do SUS

A Direção Única do SUS em cada esfera de governo, entre seus titulares e escalão dirigente e técnico, estão os gestores do SUS. São responsáveis indeclináveis

pela proposição de diretrizes para a formulação de políticas de saúde, e pela atuação na formulação de estratégias, tal como disposto também às Conferências e Conselhos de saúde, e especificamente, no seu território, pelo diagnóstico da situação de saúde da população, o planejamento, a normatização, a programação, a coordenação/execução das ações e serviços, assim como a montagem e proposição da peça orçamentária, sua execução e as atividades de avaliação, controle e auditoria. Respondem legalmente pela realização de política pública de saúde, perante os Conselhos de saúde, o Judiciário, o Legislativo e o Ministério Público; e, politicamente, perante a população.

6.3 Funcionamento das Conferências e Conselhos de Saúde: ponderações e recomendações

No âmbito da formação de atores sociais coletivos, as Conferências e Conselhos de Saúde são coletivos heterogêneos pelas diferenças essenciais da origem e aspirações dos segmentos sociais que os compõem, comportando tensões correspondentes, mas encontram-se desafiados permanentemente para construir o coletivo homogêneo a partir da precedência e concordância do cumprimento dos princípios e diretrizes constitucionais do SUS, a que todos estão obrigados. Cada um dos quatro segmentos componentes comporta uma homogeneidade interna (coletivo homogêneo), que por sua vez exige permanentes articulações de sua manutenção, frente à heterogeneidade das entidades e categorias que os compõem. Assim, impõe-se a permanente e intensiva construção de consensos: não aqueles superficiais, ou forçados ou oportunistas, sempre fugazes, mas os capazes de cumprir caminhos e etapas na implementação dos princípios e diretrizes do SUS, reconhecendo os dissensos, criando alternativas e escutando o outro como legítimo.

O desenvolvimento na sociedade civil dos graus de consciência dos direitos sociais e das políticas que os contemplem, processo que se inicia com a tomada da consciência das necessidades e chega às mobilizações em direção a governos

e/ou estado, visa influir na formulação e implementação das políticas públicas correspondentes. Na área da saúde, o grande exemplo foi a conquista da criação da Seguridade Social e do SUS, cujo ápice da mobilização e organização da sociedade civil deu-se de 1986 a 1989. Este exemplo traz um ensinamento: a precedência histórica das características da sociedade civil, para a efetivação da reforma do Estado e de políticas públicas que lhe diz respeito. Não havia naquele período os Conselhos de Saúde nas três esferas, e a conquista se deu; por essa razão, procede a reflexão de que o grande e reconhecido avanço da criação e funcionamento das Conferências e Conselhos não lhes confere precedência nem exclusividade no controle do Estado pela Sociedade, na área de saúde. Ao contrário, é o grau de consciência, organização e mobilização da sociedade que confere às Conferências e Conselhos as condições e a legitimidade para o cumprimento das suas atribuições legais. Por isso, justifica-se a relevância política de os conselheiros dedicarem-se com persistência, a articular nas suas entidades, relatos e debates freqüentes, sobre os conteúdos, e resultados das reuniões mensais dos conselhos de saúde.

A representatividade e a legitimidade dos conselheiros em relação aos segmentos e às entidades da sociedade civil vêm nesses dezesseis anos passando por inúmeras acumulações de experiências ricas, aprimorando-se e deixando vários ensinamentos, como por exemplo:

a) a clareza necessária à distinção de quais entidades representam usuários, trabalhadores de saúde, prestadores de serviços e gestores, assim como na freqüente situação de uma mesma pessoa usuária (todos o são, pela Constituição), que exerce atividades de trabalho na saúde, de participação societária em empresa prestadora de serviços e/ou de direção em órgão governamental de saúde. Se ela pretende ser conselheira, poderá ser representante do segmento onde exerce atividades preponderadamente, com participação na entidade onde está filiada e que a indica. O simples fato de um trabalhador de saúde ser usuário (todos o são), leva-o a militar em entidades dos trabalhadores de saúde, pelas quais poderá ser indicado, sendo menos representativo e legítimo, e conseguir uma indicação por entidade representativa dos usuários – esta observação cabe

a várias situações similares entre os quatro segmentos.

b) a participação dupla de uma pessoa em mais de um conselho (CMS/CES, ou CMS/CNS ou CES/CNS), assim como seguidas reindicações ou reeleições de conselheiros para seguidos mandatos, são indicadores de fragilidade das próprias entidades e segmentos, que poderão estar com falta de filiados capacitados para exercitar a alternância, ou inibindo a emergência de filiados capazes, por meio de condutas personalistas de algumas lideranças e representações, e

c) a preocupação e a responsabilidade das entidades e segmentos, de desestimular e reverter a conduta de conselheiros que se limitam ao papel de meros porta-vozes ou mensageiros dos interesses, direitos e pleitos da entidade e segmento, pouco se dedicando às articulações com as demais entidades e segmentos, em busca da construção de direitos e pleitos comuns, e das forças necessárias para avanços estruturais, que contemplem o conjunto das entidades e segmentos, ainda que com pesos diferentes, que se equilibrem no conjunto dos avanços e que freqüentemente dedicam-se menos ainda a estimular e realizar dentro da sua entidade e segmento, a reprodução dos debates, avanços e ensinamentos gerados nas reuniões mensais dos conselhos.

As mesmas ponderações e recomendações aqui expressas em relação aos conselhos podem e devem ser adequadas e estendidas às Conferências de Saúde.

Os Conselhos de Saúde e os gestores devem definir conjuntamente, qual o perfil das informações e conhecimentos estratégicos, de posse do gestor, que devem ser passados rotineira e automaticamente aos conselhos, ou quando solicitados, visando subsidiar análises de conjuntura, e a atuação na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde. Os gestores devem facilitar aos conselhos a apropriação dos referidos conhecimentos e informações. Além disso, os conselhos de saúde devem desenvolver articulações permanentes com instituições de pesquisa aplicada na área social-econômica-demográfica-epidemiológica, com universidades, com estudiosos no campo da seguridade social e saúde, parlamentares, Ministérios Público, Direito Sanitário e outros, com vistas a atividades de capacitação, que devem ser estendidas a dirigentes e lideranças das entidades e segmentos da sociedade, fonte geradora de futuros conselheiros.

As Conferências de Saúde a cada quatro anos requerem análise, avaliação

e revisão da sua formatação, no sentido de orientá-las para o cumprimento da sua atribuição legal de propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde, a partir da análise da situação de saúde. Dificuldades interpostas pelas políticas governamentais a partir de 1990, ao cumprimento adequado dos princípios e diretrizes do SUS, não previstas inicialmente, levaram, ano a ano, ao represamento de demandas não atendidas, especialmente quanto à implementação da Integralidade e Equidade, e aos esforços de mudanças nos modelos de gestão e atenção à saúde. Este represamento compeliu os coletivos da 9^a, 10^a, 11^a e 12^a Conferências Nacionais, a fragmentar as temáticas, crescentemente, pulverizando o que deveriam ser diretrizes, em um varejo extenso de pleitos vinculados às demandas referidas, e perdendo a visão e concentração dos esforços, no atacado, cuja estruturação devia e deve ser revista. A consequência mais evidente foi a repetição de centenas de pleitos não atendidos, os mesmos de 1992 a 2003. Como enxugar a temática da próxima, concentrando-a nas informações, conhecimentos, análises e avaliações para as diretrizes a ser propostas? Como articular forças da sociedade, do Legislativo, do Executivo e outras, suficientes, para considerarem as diretrizes propostas, e influir a favor da política pública do SUS e da Reforma Sanitária Brasileira? É o desafio para a próxima Conferência Nacional, e para as estaduais e as municipais.

Por outro lado, talvez os atores sociais e institucionais vinculados às conferências temáticas específicas devam também repensá-las quanto à sua formatação, no sentido de agregar as questões estratégicas maiores, de cada tema específico, à temática da conferência geral, cujas diretrizes constantes no relatório final contemplem as referidas questões. Assim, os temas específicos poderiam vir a ser objeto de encontros nacionais com perfil de participantes mais adequado e orientado pelas diretrizes emanadas na conferência geral.

As recentes iniciativas da retomada do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), com a articulação do Fórum da RSB (Cebes, Abrasco, Abres, Rede Unida e Ampasa) e a refundação da Cebes, estão ensejando, seguramente, o estreitamento e a sistematização da aliança e parceria do Fórum da RSB com a rede dos conselhos de saúde, a começar com o Conselho Nacional de Saúde. Seria algo como retomar o vínculo histórico: consciência das necessidades dos direitos sociais, mobilização e participação da sociedade civil na formulação das políticas públicas, sua efetivação e controle pela sociedade.

As ponderações e as recomendações aqui expostas serão válidas e aprimoradas, especialmente no tocante à contribuição para as conferências proporem diretrizes à formulação de políticas, e os conselhos atuarem na formulação de estratégias.

No MRSB e no SUS, o Controle Social tem o significado de controle do Estado pelo conjunto da sociedade, que se confunde com a democratização do Estado. É um processo complexo, ligado ao grau de consciência política, organização e mobilização da sociedade.

6.4 O funcionamento das Conferências e dos Conselhos de Saúde a partir de 1990 e as características macroeconômicas e macropolíticas no período

Não sendo propósito deste texto estender-se na análise da política de Estado desenvolvida no país a partir de 1990, serão relacionados a seguir cinco características sinteticamente apresentadas, possivelmente imprescindíveis para a análise do funcionamento das Conferências e Conselhos de Saúde:

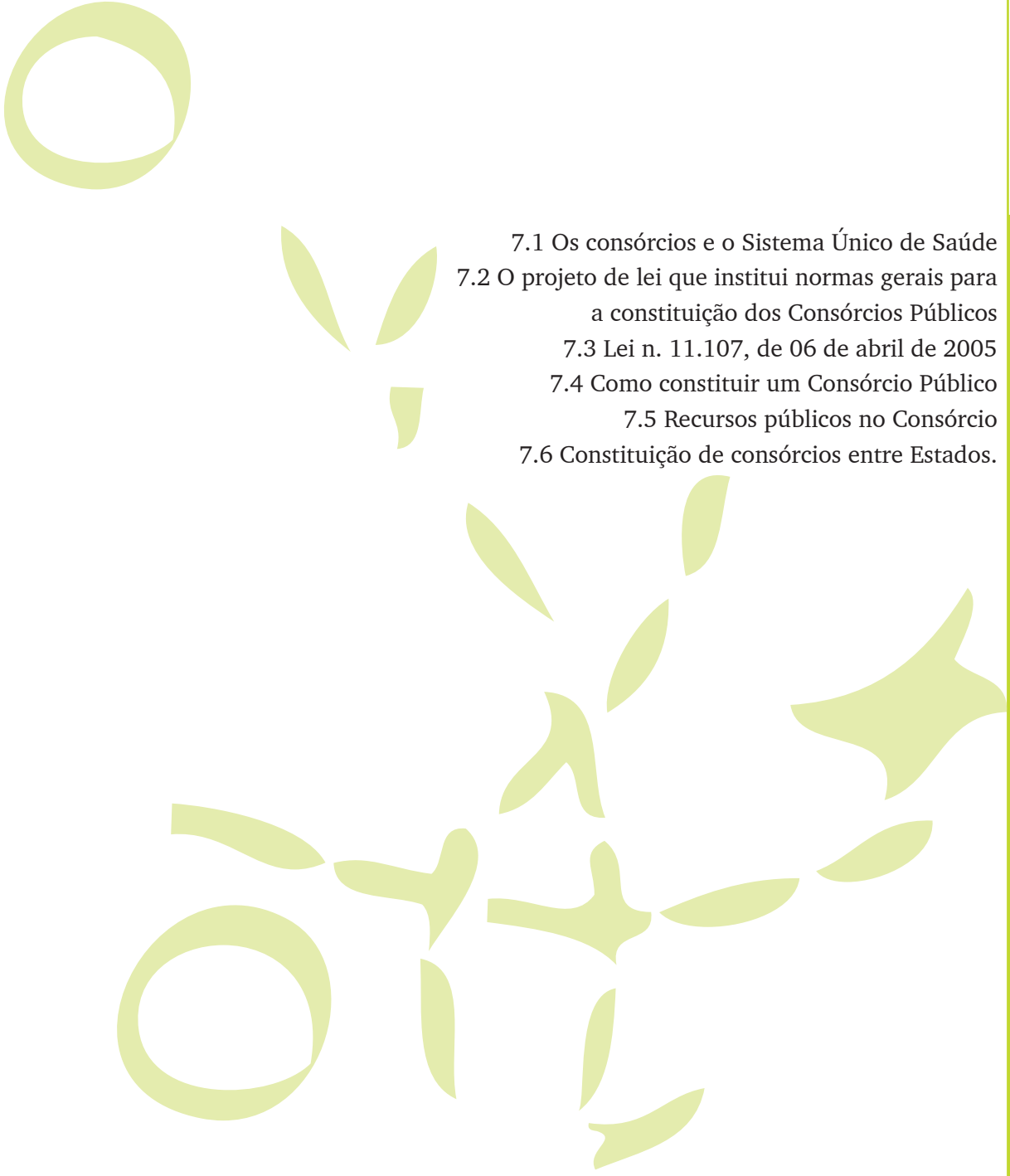
- a) Ruptura precoce com o projeto nacional de desenvolvimento e bem-estar social, formulado e pactuado na Assembléia Nacional Constituinte.
- b) Drástica contenção de gastos na área social (Saúde, Educação, Previdência Social, Segurança Pública, Saneamento e outras), e com os servidores públicos.
- c) Desaceleração na estruturação de políticas públicas universalistas e eqüitativas, com modernização da gestão pública. Estímulos governamentais à aceleração do consumo no mercado, de bens e serviços de saúde, de maneira estratificada.
- d) Prosseguimento do processo de democratização do Estado no âmbito da Democracia Política e Eleitoral, e quase estagnação no âmbito da Democracia Econômica e Social.
- e) Reformas na estruturação e funcionamento do Estado, sob os eixos de:
 - Estado mínimo para alavancar o desenvolvimento, com investimentos em

infra-estrutura, e para garantir o desenvolvimento de políticas públicas de direitos de cidadania.

- Estado máximo para arrecadar impostos e contribuições sociais regressivamente, remunerar juros crescentes da dívida pública crescente e terceirizar funções essenciais do estado.
- Praticar o dobro da média dos juros praticado nos países desenvolvidos e em todos os países do terceiro mundo em desenvolvimento, que também controlam a inflação.
- Crescer o PIB em média anual, correspondente a metade da média do crescimento dos países desenvolvidos e em todos os países do terceiro mundo em desenvolvimento.
- Desaceleração, a partir de 1995, da reforma do Estado na saúde (SUS), cuja continuidade foi substituída pelas reformas propostas pelo Banco Mundial, expressas no Relatório BIRD de 1995 para o Brasil.

As dificuldades apresentadas a partir de 1990, para os Conselhos de Saúde desenvolverem sua atribuição de atuar na formulação de estratégias, talvez estejam em grande parte ligadas ao desenvolvimento, nesse período, de uma hegemonia construída pela área econômica do Estado, que perpassa todos os governos, com base em valores individuais e corporativos de mercado, que minimiza e marginaliza as políticas públicas universalistas/equitativas, e o dever do Estado Democrático.

Diante de tamanhos desafios e ásperos caminhos que se tem pela frente, todos os que comungam com o ideário dos valores e direitos sociais na saúde, expressos na Constituição federal e na Lei Orgânica da Saúde, sejam gestores municipais, estaduais e federais, sejam seus técnicos e demais dirigentes, sejam as lideranças, dirigentes e a militância das entidades representadas nos conselhos de saúde, têm hoje motivos para acumpliciarem-se na solidariedade e nas estratégias comprometidas com as necessidades e direitos da população, na construção da política pública do SUS, e com a Reforma Sanitária Brasileira.

- 
- 7.1 Os consórcios e o Sistema Único de Saúde
 - 7.2 O projeto de lei que institui normas gerais para a constituição dos Consórcios Públicos
 - 7.3 Lei n. 11.107, de 06 de abril de 2005
 - 7.4 Como constituir um Consórcio Público
 - 7.5 Recursos públicos no Consórcio
 - 7.6 Constituição de consórcios entre Estados.

7.1 Os consórcios e o Sistema Único de Saúde

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 241, com redação alterada pela Emenda Constitucional n. 19 cita que

a União, os estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos.

A Lei n. 8.080/90 – conhecida como Lei Orgânica da Saúde – dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Essa Lei regula em todo o território nacional as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

As ações e serviços de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as

diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo aos seguintes princípios: i) universalidade de acesso aos serviços de saúde; ii) integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; iii) preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; iv) igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos e privilégios de qualquer espécie; v) direito à informação, às pessoas assistidas, sobre a sua saúde; vi) divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelos usuários; vii) utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; viii) participação da comunidade; ix) descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: ênfase na descentralização dos serviços para os municípios/regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; x) integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; xi) conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; xii) capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e xiii) organização dos serviços públicos a fim de evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

O artigo 10 de Lei n. 8.080/90 prevê que os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam. A organização dos consórcios administrativos intermunicipais está também citada no artigo 18, inciso VII, como competência da direção municipal do SUS.

O Consórcio constitui-se em um instrumento para a resolução de problemas ou para alcançar objetivos comuns. Na área da saúde têm sido utilizados para o enfrentamento de problemas de diferentes naturezas, seja para gerenciar unidades de saúde especializadas, aquisição de medicamentos e insumos básicos médico-hospitalares, entre outros. O Consórcio é sem dúvida um importante instrumento para a consolidação do SUS, principalmente quando pensamos na hierarquização e regionalização da assistência à saúde.

A idéia de consórcios intermunicipais é antiga: o primeiro foi implantado na região de Bauru, estado de São Paulo, em 1960, e estava voltado para a promoção

social. Na área da saúde, os consórcios intermunicipais são mais recentes. Passou a fazer parte dos esforços dos municípios para resolver problemas que superavam a sua capacidade de respostas individual. O primeiro surgiu em 1986, também no estado de São Paulo, na região de Penápolis. Esse consórcio foi criado na micro-região paulista polarizada por essa cidade, situada no Noroeste do estado e composta por sete municípios.

Eugênio Vilaça Mendes, em seu livro *Os Grandes Dilemas do SUS*,

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde foram estimulados pela municipalização da saúde. Não é por outra razão que os primeiros são contemporâneos das Ações Integradas de Saúde e que, com a evolução do processo de descentralização pela via da devolução municipalizada, essas experiências foram multiplicando-se. A municipalização da saúde, ao colocar a solução dos problemas sanitários sob a responsabilidade municipal, fez com que os municípios buscassem formas de associação que permitissem superar as deficiências organizativas, de escala ou disponibilidade de recursos. Portanto, os Consórcios Intermunicipais de Saúde não resultaram de nenhuma política nacional deliberada. Ao contrário, surgiram como respostas demandadas pragmaticamente por Prefeituras Municipais que queriam resolver problemas relativos aos serviços de saúde. (MENDES, 2001)

7.2 O Projeto de Lei que institui normas gerais para a constituição de consórcios públicos

Em 25 de junho de 2004 os Ministros da Casa Civil da Presidência da República, da Secretaria de Coordenação Política e Assuntos Institucionais, da Saúde, da Integração Regional, das Cidades e da Fazenda apresentaram ao Senhor Presidente da República o Projeto de Lei que institui normas gerais de contratos para constituição de consórcios públicos e de contratos de programa para a prestação de serviços públicos por meio de gestão associada.

Na exposição de motivos do referido projeto de lei a criação e funcionamento

de consórcios públicos têm a capacidade de alavancar, por meio da maior racionalidade da execução cooperada, o impacto de diferentes políticas públicas – saúde, saneamento, geração de renda, infra-estrutura, entre outras políticas de responsabilidade partilhada entre os entes federados.

Uma preocupação apresentada na exposição de motivos é de que é preciso disciplinar a possibilidade de constituição de instrumentos de cooperação intermunicipal, que lhes permita segurança jurídica e possibilidade de planejamento e atuação de médio e longo prazo.

A principal inovação desse projeto era o entendimento dos consórcios públicos como instrumento para gestão cooperada entre entes federados, e não só entre municípios, como é a visão tradicional.

O Projeto de Lei em questão foi enviado pelo Poder Executivo ao Congresso Nacional em 01/07/2004, tomando o número 3.884/2004 em Regime de Urgência.

O Projeto encaminhado pelo Poder Executivo trazia avanços na formação dos consórcios, pois ampliava a possibilidade de participação dos diversos entes da Federação (União, estados e municípios), no entanto, restringia a configuração dos consórcios públicos em pessoa jurídica de direito público, não reconhecendo a situação atual, em que a grande maioria dos consórcios hoje existentes são pessoas jurídicas de direito privado.

Tal polêmica, e ainda a preocupação sobre como se daria a participação da União nesses consórcios públicos, levou a um acordo para tramitação de projeto de lei regulamentando a formação dos consórcios públicos. Como resultado desse acordo o Governo Federal retirou o Regime de Urgência do PL n. 3.884/2004 e aceitou a retomada da tramitação do PL 1071/99, que já estava no Senado e que havia sido modificado para Projeto de Lei da Câmara (PLC) n. 148/2001, aproveitando também, aparentemente, aspectos do PL 3.884/2004.

O referido substitutivo do Senado foi encaminhado à Câmara dos Deputados em 1º de março de 2005. O Substitutivo referia-se a modificações do PL n. 1.071/99 de autoria do Deputado Rafael Guerra, e foi aprovado em turno único na Câmara dos Deputados no dia 10 de março de 2005, seguindo para a sanção presidencial.

Com alguns vetos, foi publicada no Diário Oficial da União a Lei n. 11.107,

de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos.

7.3 Lei n. 11.107, de 6 de abril de 2005

A Lei n. 11.107 de 6 de abril de 2005 dispõe sobre as normas gerais para a União, estados, o Distrito Federal e os municípios contratarem consórcios públicos para a realização de objetivos de interesse comum.

O Consórcio Público constituirá associação pública ou pessoa jurídica de direito privado. A União somente participará de consórcios públicos em que também façam parte todos os estados em cujos territórios estejam os municípios consorciados.

Os Consórcios Públicos na área da saúde deverão obedecer aos princípios, diretrizes e normas que regulam o Sistema Único de Saúde.

Os objetivos dos consórcios públicos serão determinados pelos entes da Federação que se consorciarem, observados os limites constitucionais.

Para o cumprimento de seus objetivos o consórcio público poderá firmar convênios, contratos, acordos de qualquer natureza, receber auxílios, contribuições e subvenções sociais ou econômicas de outras entidades e órgãos de governo; ser contratado pela administração direta ou indireta dos entes da Federação consorciados dispensada a licitação.

O Consórcio Público será constituído por contrato cuja celebração dependerá de prévia subscrição de protocolo de intenções cujas cláusulas devem estabelecer:

- a denominação, a finalidade, o prazo de duração e a sede do consórcio;
- a identificação dos entes da Federação consorciados;
- a indicação da área de atuação do consórcio;
- a previsão de que o consórcio público é associação pública ou pessoa jurídica de

direito privado sem fins econômicos;

- os critérios para em assuntos de interesse comum autorizar o consórcio público a representar os entes da Federação consorciados perante outras esferas de governo;
- as normas de convocação e funcionamento da Assembléia Geral, inclusive para a elaboração, aprovação e modificação dos estatutos do Consórcio Público;
- a previsão de que a Assembléia Geral é a instância máxima do consórcio Público e o número de votos para as suas deliberações;
- a forma de eleição e a duração do mandato do representante legal do Consórcio Público que, obrigatoriamente, deverá ser o Chefe do Poder Executivo do ente da Federação consorciado (no caso de consórcio entre estados, subte-se que se refere ao Governador do Estado);
- o número, as formas de provimento e a remuneração dos empregados públicos, bem como os casos de contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público;
- as condições para que o consórcio público celebre contrato de gestão ou termo de parceria;
- a autorização para a gestão associada de serviços públicos explicitando, entre outras, as competências cujo exercício se transferiu ao consórcio público; e
- o direito de qualquer dos contratantes.

Considera-se como área de atuação do consórcio público, independentemente de figurar a União como consorciada, a que corresponde à soma dos territórios:

1. dos municípios, quando o Consórcio Público for constituído somente por municípios ou por um estado e municípios, com território nele contidos;
2. dos estados ou dos estados e do Distrito Federal, quando o Consórcio Público for respectivamente, constituído por mais de um ou por um ou mais estados e Distrito Federal; e
3. dos municípios e do Distrito Federal, quando o consórcio for constituído pelo Distrito Federal e os municípios.

O Protocolo de Intenções deve definir o número de votos que cada ente da

Federação consorciado possui na Assembléia Geral, sendo assegurado um voto a cada ente consorciado.

Os entes da Federação consorciados poderão ceder-lhe servidores na forma e condições da legislação de cada um. O protocolo de intenções deverá ser publicado na imprensa oficial.

O Contrato de Consórcio Público será celebrado com a ratificação, mediante Lei, do Protocolo de Intenções. O protocolo de intenções, após a ratificação, converte-se no contrato de constituição do consórcio público.

O Consórcio Público adquirirá personalidade jurídica de direito público, no caso de constituir associação pública, mediante a vigência das leis de ratificação do protocolo de intenções ou de direito privado, mediante o atendimento dos requisitos da legislação civil.

O Consórcio Público com personalidade jurídica de direito público integra a administração indireta de todos os entes da Federação consorciados. O Consórcio público com personalidade jurídica de direito privado observará as normas de direito público no que concerne à realização de licitação, celebração de contratos, prestação de contas e admissão de pessoal, que será regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Os estatutos disporão sobre a organização e o funcionamento de cada um dos órgãos constitutivos do consórcio público.

Os entes consorciados somente entregarão recursos ao consórcio público mediante contrato de rateio. O Contrato de Rateio será formalizado em cada exercício financeiro e seu prazo de vigência não será superior ao das dotações que o suportam.

Com o objetivo de permitir o atendimento dos dispositivos da Lei Complementar n. 101 (LRF), o consórcio público deve fornecer as informações necessárias para que sejam consolidadas nas contas dos entes consorciados todas as despesas realizadas com os recursos entregues em virtude de contrato de rateio, de forma que possam ser contabilizadas nas contas de cada ente da Federação na conformidade dos elementos econômicos e das atividades ou projetos atendidos.

Poderá ser excluído do consórcio público, após prévia suspensão, o ente consorciado que não consignar em sua lei orçamentária ou em créditos adicionais, as dotações suficientes para suportar as despesas assumidas por meio do contrato de rateio.

A execução das receitas e despesas do consórcio público deverá obedecer às normas de direito financeiro aplicáveis às entidades públicas.

O Consórcio público está sujeito à fiscalização contábil, operacional e patrimonial pelo Tribunal de Contas competente.

A União poderá celebrar convênios com os consórcios públicos com o objetivo de viabilizar a descentralização e a prestação de políticas públicas em escalas adequadas.

O Poder Executivo da União regulamentará o disposto nessa lei, inclusive as normas gerais de contabilidade pública que serão observadas pelos consórcios públicos para que sua gestão financeira e orçamentária se realize na conformidade dos pressupostos da responsabilidade fiscal.

A Lei n. 11.107 foi regulamentada pelo Decreto n. 6.017 de 17 de janeiro de 2007.

7.4 Como constituir um consórcio público

O protocolo de intenções é o documento inicial do consórcio público e seu conteúdo mínimo deve obedecer ao previsto na Lei de Consórcios Públicos.

Ele é subscrito pelos Chefes do Poder Executivo de cada um dos consorciados, ou seja, pelos Prefeitos, caso o consórcio envolva somente municípios, pelo Governador, caso haja o consorciamento de estado ou do Distrito Federal, pelo Presidente da República, caso a União figure também como consorciada.

O protocolo de intenções deverá ser publicado, para conhecimento público, especialmente da sociedade civil de cada um dos entes federativos que o subscreve.

A ratificação do protocolo de intenções se efetua por meio de Lei, na qual cada Legislativo aprova o Protocolo de Intenções. Caso previsto, o consórcio público pode ser constituído sem que seja necessária a ratificação de todos os que assinaram o protocolo.

A ratificação pode ser efetuada com reservas. Caso haja sido publicada lei antes da celebração do protocolo de intenções, poderá ser dispensada a ratificação posterior.

O protocolo de intenções, após a ratificação, converte-se no contrato de constituição do consórcio público.

Após essas etapas será convocada a Assembléia Geral do consórcio público, que decidirá sobre os seus estatutos que deverão obedecer ao estatuído no contrato de constituição do consórcio público.

No caso de consórcios públicos de direito privado, a personalidade jurídica do consórcio será adquirida mediante o registro dos estatutos no registro civil.

Os estatutos poderão dispor sobre a organização do consórcio, esclarecendo quais são seus órgãos internos, a lotação e demais regras para o pessoal, regras essenciais para as compras etc.

7.5 Recursos públicos no consórcio

Os consórcios públicos poderão receber recursos públicos por quatro meios: i) ser contratado pelos consorciados; ii) arrecadar receitas advindas da gestão associada de serviços públicos; iii) receitas de contrato de rateio; e iv) receitas de convênios com entes não consorciados.

O Consórcio Público constitui um instrumento para a resolução de problemas ou para alcançar objetivos comuns. Portanto, para que seja possível a formação de um consórcio, é necessária a percepção de que essa alternativa, ou seja, a sua formação é uma resposta efetiva a um problema que seja comum aos seus associados.

7.6 Constituição de consórcios entre estados

No caso dos estados chama a atenção que, apesar de entender-se que consórcio entre estados é possível, na medida em que seja formado por entes semelhantes, até o momento essa alternativa só foi utilizada pelos municípios.

Uma explicação para isso pode ser o fato de que não é tão comum identificar-se a figura do chamado objetivo comum entre um grande número de estados.

Os medicamentos de dispensação em caráter excepcional representam um exemplo concreto de objetivo comum capaz de aglutinar os estados em torno de um consórcio, e que venha a representar uma alternativa para ajudar a solucionar, em parte, o grave problema hoje enfrentado pelas Secretarias Estaduais de Saúde nessa área.


O Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional se tornou uma questão-chave dentro do processo de governabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde, e tem se configurado como um dos temas prioritários na agenda do CONASS.

A compra conjunta por parte das Secretarias Estaduais de Saúde por meio de um Consórcio formado pelos estados representaria uma solução para um problema que é comum a todos os 27 estados brasileiros, ou seja, a aquisição dos medicamentos “excepcionais”, o que configura o chamado “objetivo comum”, que justifica nesse caso a união de esforços.

A compra em conjunto possibilitaria uma otimização dos recursos, além de evitar a situação atual, em que as SES fazem suas aquisições por preços diferentes, muitas vezes provocados por aquisição via distribuidoras, compras em escalas diferentes, entre outras questões.

Objetivando atender aos desafios colocados para os gestores estaduais, a configuração de um consórcio entre os estados deve contemplar a aquisição conjunta dos chamados medicamentos “excepcionais” e também ações na organização da assistência farmacêutica no âmbito dos estados.

Com base nessa premissa, em reunião realizada no dia 19 de outubro de 2005, representantes de 11 estados aprovaram protocolo de intenção para a criação de um Consórcio que tem como objetivo a aquisição conjunta de medicamentos.

- 
- 8.1 O que é o CONASS
 - 8.2 As macrofunções do CONASS
 - 8.3 A organização interna do CONASS
 - 8.3.1 Assembléia
 - 8.3.2 Diretoria
 - 8.3.3 Diretorias Extraordinárias
 - 8.3.4 Comissão Fiscal
 - 8.3.5 Conselho Consultivo
 - 8.3.6 Secretaria Executiva
 - 8.3.7 Câmaras Técnicas
 - 8.3.8 Comitês Técnico-assessores
 - 8.3.9 Outras representações
 - 8.4 Instrumentos utilizados pelo CONASS para a Comunicação
 - 8.4.1 Jornal CONSENSUS
 - 8.4.2 CONASS Documenta
 - 8.4.3 CONASS Informa
 - 8.4.4 Página do CONASS na internet – www.conass.org.br
 - 8.4.5 Boletim de Atos Normativos do SUS
 - 8.4.6 CONSENSUS eletrônico
 - 8.4.7 Fale com o CONASS
 - 8.5 Ações desenvolvidas pelo CONASS para desenvolvimento de suas macrofunções:
 - 8.5.1 O CONASS para fora do SUS
 - 8.5.2 Ações prioritárias do CONASS voltadas para as Secretarias Estaduais de Saúde e o SUS
 - 8.5.3 O Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS – Progestores – para 2007
 - 8.6 Fortalecimento das SES no exercício de seus papéis

8.1 O que é o CONASS

O Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) é uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, que se pauta pelos princípios que regem o direito público, e que congrega os Secretários e seus substitutos legais – gestores oficiais – das Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal. Foi fundado em 3 de fevereiro de 1982, em meio à redemocratização política do país e sob a influência de movimentos importantes para a saúde no mundo (Conferência de Alma Ata) e no Brasil (Piaç, VII Conferência Nacional de Saúde, Prevsáude). Para maiores informações sobre a História do CONASS consulte o livro “CONASS 25 anos”, publicado junto com esta Coleção.

O CONASS se constitui em um organismo da direção do Sistema Único de Saúde (SUS), com mandato de representar técnica e politicamente os interesses comuns das Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal, perante as demais esferas de governo e outros parceiros, em torno de estratégias comuns de ação entre os gestores estaduais de saúde.

Tem sede e foro em Brasília e é regido por um estatuto, registrado em cartório, que define as suas macrofunções, finalidades e organização interna, e é mantido

com recursos de contribuição das Secretarias Estaduais de Saúde e de convênios celebrados com órgãos ou instituições públicas nacionais e internacionais. A última versão do estatuto da entidade foi aprovada na Assembléia realizada no dia 7 de abril de 2005.

8.2 As macrofunções do CONASS

Ao longo desses 25 anos de atividades foram delineadas duas macrofunções para o CONASS que englobam todas as suas finalidades, conforme definido no estatuto:

- a função de representação dos interesses das Secretarias nas diversas instâncias do SUS e;
- a função de informação e apoio técnico às Secretarias Estaduais de Saúde voltada para dirigentes e técnicos ligados ao SUS e para fora do âmbito do SUS.

Na função de representação dos interesses das Secretarias Estaduais de Saúde nas diversas instâncias do SUS, podemos destacar:

- a implementação dos princípios e diretrizes constitucionais e da legislação complementar no desenvolvimento das ações e serviços de saúde;
- representar os interesses comuns dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) dos estados e do Distrito Federal;
- definir estratégias comuns de ação entre os gestores dos estados e do Distrito Federal;
- promover o pleno exercício das responsabilidades das Secretarias de Saúde, na política de saúde, junto aos órgãos dos Governos Federal e Municipal, ao Poder

Legislativo e às entidades da sociedade;

- assegurar às Secretarias Municipais de Saúde ou órgãos municipais equivalentes, por meio da direção do Conselho ou da Associação de Secretários Municipais de Saúde de cada unidade federada, a participação em todas as decisões que digam respeito ao desenvolvimento dos sistemas municipais ou intermunicipais de saúde; e
- encaminhar aos órgãos competentes propostas para equacionar os problemas da área de saúde em todo o território nacional.

Na função de informação e apoio técnico às Secretarias Estaduais de Saúde, voltada para dirigentes e técnicos ligados ao SUS e para a fora do âmbito do SUS, são previstas:

- a atuação como órgão permanente de intercâmbio de experiências e informações entre seus membros;
- o assessoramento das Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal na formulação e na tomada de decisões que digam respeito ao desenvolvimento dos Sistemas de Saúde nas unidades federadas, em conjunto com os órgãos federais correspondentes;
- a promoção de estudos e pesquisas e propor soluções aos problemas relativos ao desenvolvimento da área da saúde;
- o estímulo ao intercâmbio de experiências quanto ao funcionamento dos conselhos de saúde;
- orientar e promover a realização de congressos, conferências, seminários e outros encontros tendentes ao aperfeiçoamento das atividades do setor saúde; e
- manter intercâmbio com órgãos e entidades nacionais e estrangeiras de interesse para o setor saúde;
- atualizar e divulgar para as SES informações estratégicas para a gestão do SUS no âmbito dos estados;
- elaborar e desenvolver projetos integrantes do Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS - Progestores.

8.3 Organização interna do CONASS

O estatuto do CONASS estabelece como seus órgãos diretivos: Assembléia, Diretoria e Diretorias Extraordinárias.

Como órgãos assessores e consultivos, a Comissão Fiscal, o Comitê Consultivo, a Secretaria Executiva, as Câmaras Técnicas e os Comitês Técnico-Assessores.

8.3.1 Assembléia

A Assembléia é o órgão máximo do CONASS, com plenos poderes deliberativos e normativos. Propicia a discussão, o aprofundamento de temas, a elaboração de propostas e normas, a construção de consensos e a tomada de decisões.

As Assembléias Ordinárias ocorrem mensalmente, geralmente um dia antes da reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). As deliberações são devidamente registradas em atas.

8.3.2 Diretoria

A Diretoria é o órgão executivo, subordinado à Assembléia, e constituída por seis membros efetivos, eleitos pela Assembléia, sendo um presidente e cinco vice-presidentes (um de cada macrorregião do país: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul).

Não há hierarquia entre os vice-presidentes. Entretanto, o presidente poderá designar, dentre eles, um primeiro vice-presidente, como seu substituto formal nas questões administrativas e legais.

A Diretoria tem como competência a representação política, a supervisão dos

demais órgãos e a administração do CONASS.

Como suplentes, há ainda cinco vice-presidentes adjuntos (um de cada macrorregião do país), que substituem automaticamente o respectivo vice-presidente em seus impedimentos.

8.3.3 Diretorias Extraordinárias

O presidente poderá propor à Assembléia a criação ou extinção de diretorias extraordinárias, para apoiá-lo na condução do CONASS, em temas considerados estratégicos ou relevantes.

Na gestão que se encerra em abril de 2007, as diretorias extraordinárias eram as seguintes:

- Processo Normativo do SUS;
- Relações Interinstitucionais;
- Assuntos Parlamentares;
- Saneamento e Meio Ambiente;
- Atenção Primária; e
- Relações Internacionais.

8.3.4 Comissão Fiscal

A Comissão Fiscal é composta por três membros titulares e três suplentes, eleitos dentre os Secretários de Saúde, excluindo-se os cinco que integram a Diretoria.

Essa Comissão tem o dever de acompanhar e propor, à Presidência e à Assembléia, normas de programação e execução orçamentária e financeira dos recursos do CONASS, bem como apreciar e emitir parecer quanto à prestação de contas da Diretoria. Pode ainda solicitar a contratação de uma auditoria externa, se e quando julgar necessário.

8.3.5 Conselho Consultivo

É constituído pelos ex-presidentes do CONASS, tem carácter honorífico. Tem a função de aconselhamento na condução política do Conselho.

A função é vitalícia e representa o reconhecimento da entidade aos que se dedicaram à trabalhosa presidência do CONASS.

8.3.6 Secretaria Executiva (SE)

Órgão assessor e de administração do Conselho, constituído por uma equipe técnico-administrativa designada pelo presidente. Sua constituição, coordenação e programa de trabalho são definidos pelo presidente e informados à Assembléia.

A Secretaria Executiva é composta atualmente por um Secretário Executivo, e quatro coordenações que em conjunto com o Secretário Executivo formam o Colegiado de Coordenação da SE:

- Coordenação Técnica;
- Coordenação dos Núcleos Técnicos;
- Coordenação de Projetos e Progestores;
- Coordenação Administrativa e Financeira.

Seu corpo de assessores técnicos se organiza em Núcleos Técnicos de Referência (temáticos) abaixo listados e pela Assessoria de Comunicação Social.

- Planejamento e Gestão do SUS;
- Financiamento e Investimento no SUS;
- Vigilância Sanitária;
- Atenção Primária;
- Promoção da Saúde e Programas Estratégicos;
- Ações e Programas Estratégicos;

- Epidemiologia;
- Assistência Farmacêutica;
- Assistência de Média e Alta Complexidade;
- Regulação no SUS;
- Ciência e Tecnologia;
- Recursos Humanos;
- Informação e Informática;
- Saúde Suplementar;
- Cooperação Internacional;
- Economia da Saúde.

Conta ainda com duas gerências (Administrativa e Financeira), diretamente subordinadas à Coordenação Administrativa e Financeira, e com um gabinete de apoio ao Secretário Executivo e à Diretoria.

Além de viabilizar o cumprimento das macrofunções do CONASS, a Secretaria Executiva também atua na formulação do processo normativo do SUS, participando da concepção, analisando as propostas apresentadas pelos demais parceiros gestores e interpretando e informando os Secretários e as equipes técnicas estaduais.

8.3.7 Câmaras Técnicas

As Câmaras Técnicas temáticas do CONASS foram constituídas com a finalidade de assessorar tecnicamente a Secretaria Executiva, a Diretoria e a Assembléia Geral na formulação de políticas e estratégias específicas relativas à gestão dos serviços e às ações inerentes ao setor saúde.

São integradas por um técnico de cada Secretaria Estadual de Saúde indicado pelo Secretário, que o representa na respectiva área temática.

Atualmente, existem nove Câmaras Técnicas temáticas vinculadas à Secretaria Executiva do CONASS:

- Assistência Farmacêutica (CT/AF);
- Atenção à Saúde (CT/ATS);
- Atenção Primária à Saúde (CT/AP);
- Comunicação Social (CT/COM);
- Epidemiologia (CT/EPI);
- Gestão e Financiamento (CT/Gesf);
- Informação e Informática (CT/Info);
- Recursos Humanos (CT/RH) e;
- Vigilância Sanitária (CT/Visa);

8.3.8 Comitês Técnico-Assessores

Os Comitês Técnicos-Assessores (CTA) são instituídos pela Assembléia Geral e também se vinculam à Secretaria Executiva do CONASS. Têm por objetivos aprofundar determinados assuntos considerados relevantes ou prioritários pela Assembléia e assessorar a Secretaria Executiva e a Diretoria, sem prejuízo da discussão desses temas, no âmbito de atuação das respectivas Câmaras Técnicas.

Estão em funcionamento os seguintes Comitês Técnico-Assessores:

- o CTA de Saneamento e Meio Ambiente e;
- o CTA de Laboratórios de Saúde Pública.

8.3.9 Outras Representações

O CONASS conta ainda com representantes nos seguintes órgãos colegiados oficiais:

- Conselho Nacional de Saúde (CNS);
- Conselho Consultivo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- Câmara de Saúde Suplementar da Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- Conselho de Administração da Organização Nacional de Acreditação (ONA);
- Mercosul e;
- Hemobrás.

O CONASS poderá contar com consultores externos para trabalhar em projetos de curto prazo (pontuais) ou de médio e longo prazo (temporários).

8.4 Instrumentos utilizados pelo CONASS para a comunicação

Entendendo que a responsabilidade do CONASS não se restringe às discussões internas, nem às pactuações realizadas na Comissão Intergestores Tripartite, houve a preocupação de abrir espaços de interlocução e discussão sobre o SUS com todos os segmentos da sociedade organizada, e, principalmente, em vencer as barreiras para levar as discussões para a população.

Diante dessa grande responsabilidade, os veículos de comunicação do CONASS foram implementados e passaram por reformulações para acompanhar as inovações tecnológicas disponíveis, entre eles:

8.4.1 Jornal Consensus

Esse é um veículo de comunicação impresso publicado pelo CONASS com caráter informativo/noticioso, com textos jornalísticos sobre fatos da política de saúde, análises, entrevistas e reportagens sobre temas de caráter mais técnico.

A periodicidade é mensal, seguindo o movimento da agenda política do CONASS, que é a Assembléia e a reunião da Comissão Intergestores Tripartite.

8.4.2 CONASS Documenta

É uma coleção de publicações técnicas que tem como função primordial ser o veículo de comunicação do Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS (Progestores).

Publica, sem periodicidade fixa, textos técnicos, relatórios de pesquisas e estudos, notas técnicas revisadas.

8.4.3 CONASS Informa

Informativo eletrônico que possibilita a rápida comunicação da Secretaria Executiva do CONASS com os Secretários Estaduais de Saúde e suas equipes.

É utilizado para avisos e informações de interesse imediato ou urgente, e não possui periodicidade pré-definida. Podem ser expedidos vários no mesmo dia ou conforme a necessidade. Numerados, permitem o resgate das informações transmitidas.

8.4.4 Página do CONASS na Internet: www.conass.org.br

Moderna e interativa, a página fortalece a interlocução entre o CONASS e as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), o que possibilita a construção de uma rede de informações sobre a área da saúde.

O site também mantém atualizada a área de notícias com objetivo de se tornar referência eletrônica para os usuários que buscam mais informações sobre Saúde

Pública e, também, ser mais atrativa para aqueles que já conhecem a entidade, bem como para aqueles navegadores que não são da área de Saúde, mas que interessam em atualizar seus conhecimentos.

Com rico conteúdo técnico e político sobre temas relevantes de Saúde, a página também se consolida como uma excelente fonte de estudo e pesquisa além de acumular um extenso banco de dados.

Este arquivo é alimentado pelas publicações do CONASS, como as Notas Técnicas, os livros da coleção Progestores, os cadernos do CONASS Documenta, as edições do jornal Consensus e os conteúdos do CONASS Informa e notícias.

A nova versão da página do CONASS oferece várias ferramentas, entre elas uma área restrita que permite aos Secretários Estaduais o acesso on-line a documentos, como pautas, atas das Assembléias e ofícios circulares. Oferece ainda acesso a um chat – sistema de bate-papo –, que poderá ser utilizado, por exemplo, para reuniões entre os usuários cadastrados.

As Assessorias de Comunicação Social das Secretarias Estaduais de saúde também têm acesso à área restrita e podem sugerir matérias e releases para publicação na página.

Foi elaborado um manual em CD para orientar os Secretários Estaduais de Saúde e suas equipes na navegação e na utilização das ferramentas da nova página do CONASS.



8.4.5 Consensus Eletrônico

É o mais novo veículo de comunicação do CONASS, que começou a vigorar em setembro de 2006. Reúne informações enviadas pelas Secretarias Estaduais e do CONASS. É enviado quinzenalmente, por e-mail, para todo o mailing do CONASS, que contém mais de 2 mil endereços

8.4.6 Fale com o CONASS

Para esclarecer dúvidas, requisitar publicações e se comunicar com o CONASS use o endereço eletrônico da instituição: conass@conass.org.br.

8.5 As ações desenvolvidas pelo CONASS para o cumprimento de suas macrofunções

8.5.1 O CONASS para fora do SUS

8.5.1.1 PARCERIAS INTERNACIONAIS

A participação do CONASS em parcerias internacionais tem como um de seus objetivos socializar e debater com outros países os êxitos alcançados pelo Sistema Único de Saúde, bem como aprender com experiências exitosas e inovadoras alcançadas para além das nossas fronteiras.

A participação em eventos internacionais e as parcerias firmadas possibilitam reflexões sobre dificuldades e pontos de estrangulamento vivenciados no Brasil e uma interlocução com outros países que adotam modelos de atenção que tenham alguma coerência com a lógica e os princípios do SUS.

Entre as atividades internacionais desenvolvidas merecem destaque:

a) Parceria com o Governo e Instituições Canadenses

Em 2004, foi assinado o acordo de cooperação na área da saúde entre o Ministro da Saúde e dos Serviços Sociais do Quebec e o CONASS, com ênfase nas seguintes eixos:

- Promoção e proteção da saúde;
- Prevenção dos problemas de saúde;
- Distribuição dos serviços de saúde em base local;
- Acesso aos serviços de urgência; e
- Tecnologias de informação em saúde.

Em outra iniciativa, o CONASS, visando potencializar as relações com outras instituições do Canadá, entrou em contato com a Universidade de Toronto, com a Universidade de Montreal e com o Ministério da Saúde do Canadá, para buscar

outras parcerias que possibilitassem o intercâmbio de conhecimentos em áreas de interesse comum, conforme veremos a seguir.

b) Seminário Internacional: I Encontro de Gestores Estaduais, Provinciais e Departamentais de Sistemas Sul-Americanos de Saúde

Em abril de 2005, fruto de uma parceria entre o CONASS e a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e com o apoio do Ministério da Saúde do Brasil e da Unesco, o CONASS realizou o I Encontro de Gestores Estaduais, Provinciais e Departamentais de Sistemas Sul-Americanos de Saúde, do qual participaram os gestores subnacionais dos sistemas sul-americanos de saúde que discutiram a redefinição de seus papéis, atribuições e responsabilidades sanitárias, com vistas à garantia de acesso universal e à promoção da qualidade em todos os níveis de atenção, abordando como temas: a importância da regionalização e responsabilidades dos territórios regionais no contexto da descentralização; as experiências de articulação das esferas governamentais e co-responsabilidade sanitária; as Funções Essenciais de Saúde Pública (Fesp) e territórios sub-nacionais; as redes de serviços e a Atenção Primária, com enfoque no papel das esferas supramunicipais.

Cerca de 150 convidados de governos dos países sul-americanos e da província do Quebec, no Canadá, do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde, do Conasems e de instituições acadêmicas participaram das atividades e debates.

Além disso, a transmissão on-line, nos idiomas português, inglês e espanhol atingiu mais de 10.800 acessos nos três dias do evento.¹⁸ Os resultados desse Seminário estão consubstanciados no CONASS Documenta n. 9.

c) I Simpósio Internacional da Conferência Luso-Francófona de Saúde – Brasil e Canadá (Colufras)

A fim de estreitar as relações e aperfeiçoar seus Sistemas de Saúde, Brasil e Canadá trocaram experiências durante o citado Simpósio ocorrido em Montreal, Quebec, no período de 14 a 17 de junho de 2005. Entre os resultados obtidos por meio do intercâmbio com o Canadá, firmou-se a possibilidade de cooperação

¹⁸ CONASS Documenta n. 9, 2005.

técnica bilateral, entendendo que essa cooperação entre os países pode proporcionar a construção de uma agenda de troca de experiências e qualificação de recursos humanos.

8.5.1.2 MOBILIZAÇÕES NO CONGRESSO NACIONAL POR MAIS RECURSOS PARA A SAÚDE – ORÇAMENTO DE 2004, 2005, 2006 E 2007 E A REGULAMENTAÇÃO DA EMENDA CONSTITUCIONAL N. 29/2000

Os Secretários de Saúde dos Estados e do Distrito Federal têm reafirmado sua posição, manifestada na “Carta de Sergipe” de 12 de julho de 2003¹⁹, quanto à necessidade da construção de uma nova política de alocação de recursos e atuando em favor da regulamentação a Emenda Constitucional n. 29, de uma política de financiamento adequada com redução das desigualdades regionais, da revisão dos limites financeiros federais para assistência de média e alta complexidade, do aprimoramento da política de assistência farmacêutica, da política de acesso da população aos medicamentos de dispensação em caráter excepcional e de mais recursos para o Orçamento da Saúde em 2004, 2005, 2006 e 2007.

Várias ações têm sido propostas e desenvolvidas ao longo dos últimos quatro anos em articulação com o Congresso Nacional, Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), a Abrasco, o Cebes e a Rede Unida, tanto por meio de agendas comuns com os relatores setoriais e gerais do orçamento da saúde quanto por meio de mobilização junto à mídia nacional.²⁰

8.5.1.3 FÓRUM SAÚDE E DEMOCRACIA: UMA VISÃO DE FUTURO PARA O BRASIL

Considerando que a sucessão presidencial é sempre um momento privilegiado para uma reflexão coletiva nacional sobre o processo histórico brasileiro, o CONASS e o jornal O Globo realizaram o Fórum Saúde e Democracia: uma visão de futuro para o Brasil, objetivando a discussão de temas sobre a Saúde Pública, tais como: avançar na construção do SUS constitucional ou rever os princípios, como querem

¹⁹ Seminário do CONASS para a construção de Consensos, 2005.

²⁰ CONASS Documenta nº 11, 2006.

os defensores de políticas sociais focalizadas; como portar-se diante da ininterrupta revolução tecnológica na saúde, que impõe custos sempre crescentes; discutir o problema do subfinanciamento na saúde e as falhas de gestão; assegurar uma cooperação efetiva e harmônica entre as três esferas de governo; perseguir a equidade; e construir qualidade em ambiente de permanente escassez.

Foi uma rara e preciosa oportunidade em que discutimos o futuro da saúde no Brasil, para dentro e para fora do setor saúde e buscando avançar para a materialização de um país justo e democrático.

Foram aproximadamente 15 horas de debates, um público de mais de mil pessoas e mais de 20 palestrantes. Paralelamente ao Fórum, foi realizada a Feira *O SUS que dá certo*, da qual participaram 21 Secretarias Estaduais de Saúde que exibiram experiências de sucesso desenvolvidas no âmbito do SUS.

Antecedendo ao evento, foram publicadas seis colunas no primeiro caderno do jornal O Globo sobre os temas que seriam discutidos no encontro:

- A democracia como estratégia do SUS;
- Pacto Federativo: a responsabilidade de cada um;
- O desafio do controle social no SUS;
- Mais verbas para a saúde;
- Incorporação tecnológica na saúde: custo e benefício; e
- O futuro do SUS: como garantir a universalidade e a integralidade.

Nos dias 21 de fevereiro e 3 de março de 2006, o jornal O Globo publicou anúncio do Fórum com destaque. No dia 30 de março, O Globo lançou um caderno especial com 23 páginas repercutindo o Fórum, com entrevistas e matérias sobre os debates ocorridos no evento.

O CONASS montou uma página sobre o evento em seu site, com todas as informações, e o jornal O Globo também criou um ambiente especial na web. Foram 1.183 inscrições para acompanhar os debates, das quais 850 foram feitas previamente pela Internet. Com a transmissão on-line do evento, possibilitada pelo Datasus, os debates foram acompanhados em todo o país. Registrou-se um recorde no número de acessos à transmissão em tempo real – 15.833 acessos nos dois dias

do Fórum. O recorde anterior foi da 12ª Conferência Nacional de Saúde que, em quatro dias, teve 12.500 acessos. Na semana do Fórum, o site de CONASS quase dobrou o número de acessos diários, passando de 387 para 629 acessos/dia.

Esses números comprovam o sucesso do Fórum Saúde e Democracia, que pautou a imprensa nacional com matérias positivas sobre saúde Pública. Foram publicadas mais de 15 matérias em jornais de grande circulação, e diversos sites governamentais e de notícias também registraram o evento. Além disso, O Globo On-line fez a cobertura em tempo real com a publicação de 32 matérias.²⁰ Para maiores informações sobre o Fórum veja o CONASS Documenta n. 12, 2006.

8.5.1.4 AS PESQUISAS DE OPINIÃO PÚBLICA REALIZADAS EM 1998 E 2002

A pesquisa “A saúde na Opinião dos Brasileiros” foi realizada pela primeira vez em 1998 e, depois, em 2002, teve seu escopo ampliado com algumas mudanças de ordem metodológica e com a abordagem de novos temas. Essas mudanças, no entanto, não impedem a comparação entre os resultados das duas versões, sendo possível observar a evolução nos últimos quatro anos na forma como a população brasileira avalia e percebe os serviços de saúde que estão à sua disposição, permitindo uma análise comparativa entre as versões de 1998 e 2002.

As pesquisas apresentam os principais problemas identificados pelos entrevistados nessa área, com especial destaque para a disponibilidade e o tempo de atendimento. Traça um perfil econômico dos usuários de planos de saúde e os níveis de satisfação com os serviços suplementares de saúde e dos usuários dos serviços de saúde em geral, que é bastante semelhante ao perfil dos usuários do Sistema Único de Saúde, apresentando como resultado que mais de 90% da população brasileira é usuária do SUS.

Revela também que apenas 35% dos entrevistados souberam o significado da sigla SUS e que apesar de este número ter crescido desde 1998 (25% de acerto), ainda é baixo o nível de identificação do SUS pela população. A imagem que a população tem do SUS é então traçada com base em diversos critérios, como o tipo de atendimento e condição de usuário, que mostra uma sensível melhora na avaliação geral do sistema. Cerca de 32% dos entrevistados afirmaram que o SUS melhorou nos últimos dois anos.

²⁰ CONASS Documenta n. 12, 2006.

A qualidade da assistência também é tema das pesquisas, na qual são avaliados o atendimento feito pelos médicos e enfermeiros, bem como os serviços de recepção e portaria dos estabelecimentos do SUS. Essas questões revelam, por um lado, que a demora no atendimento ainda é um motivo de grande insatisfação dos usuários. Por outro, mostra que a qualidade do atendimento prestado pelos profissionais do SUS é motivo de satisfação dos usuários.

A avaliação da assistência é detalhada, por nível de complexidade, desde a atenção básica e as ações de vacinação até as cirurgias eletivas. A pesquisa mostra, então, de que modo a satisfação do usuário se relaciona com a complexidade e a resolutividade da assistência recebida. No caso, por exemplo, do atendimento de alta complexidade, que inclui cirurgia cardíaca, tratamento do câncer, entre outros, 61% dos entrevistados que precisaram dessa assistência foram atendidos pelo SUS e, desses, mais de 80% avaliaram o serviço como bom ou excelente. Para mais informações, consulte o Livro: A saúde na opinião dos brasileiros (CONASS/ Progestores, 2003).

8.5.2 Ações prioritárias do CONASS voltadas para as Secretarias Estaduais de Saúde e para o SUS

O CONASS, a partir de 2003, introduziu uma sistemática processual de construção de consensos entre os Secretários Estaduais de Saúde, agregando nesse exercício outros importantes atores sociais, e foram esses consensos, definidos pelos gestores estaduais, que nortearam as discussões e o posicionamento técnico-político nos diferentes cenários em que o CONASS se fez representar, buscando, também, estabelecer ações positivas que pudessem diminuir as desigualdades regionais e garantir saúde de qualidade à população.²²

Assim, coerente com a sua finalidade de “assessorar as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal na formulação e na tomada de decisões que digam respeito ao desenvolvimento dos Sistemas de saúde nas unidades federadas...”²³ e

²² CONASS Documenta n. 8, 2005.

²³ Estatuto do CONASS, artigo 2º, item V - 2005.

norteadas pelas deliberações dos Secretários e pelos eixos definidos pelas Diretorias eleitas, a SE/CONASS vem, ao longo dos últimos anos, desenvolvendo várias iniciativas no sentido de fortalecer as SES para o desempenho das suas funções, conforme descrevemos a seguir:

8.5.2.1 PROGRAMA DE INFORMAÇÃO E APOIO TÉCNICO ÀS EQUIPES GESTORAS ESTADUAIS DO SUS (PROGESTORES)

Desenvolvido a partir de 2002, visando criar condições favoráveis para subsidiar a transição e recepcionar os dirigentes das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal na gestão 2003/2006, por meio da organização e divulgação de informações estratégicas para a gestão do Sistema Único de Saúde, tem como objetivos:

- apoiar os gestores estaduais do SUS, mediante organização, edição e divulgação de informações estratégicas e gerenciais;
- prestar assessoria direta às Secretarias Estaduais de Saúde, para o aprimoramento da gestão estadual do SUS;
- promover o fortalecimento técnico, administrativo e gerencial das Secretarias Estaduais de Saúde, por meio de programas de capacitação, elaboração de publicações dirigidas e realização de seminários;
- divulgar as publicações do CONASS para atualização permanente de informações;
- promover a integração de ações do SUS por meio de discussões nas Câmaras Técnicas temáticas do CONASS;
- promover a integração entre os dirigentes estaduais, municipais e federal da área da saúde; e
- subsidiar as Secretarias para que, por sua vez, possam prestar adequada cooperação técnica aos municípios.

Os principais produtos do Progestores em 2003 foram:

- Livro: 20 anos do CONASS: apresenta o CONASS e descreve sua composição, atribuições, estatuto e presidentes desde sua criação até 2002;

- Livro: Para entender a gestão do SUS: oferece um panorama completo do SUS, desde suas origens até as mais recentes conquistas e aponta para os desafios da próxima gestão do sistema;
- Livro: Legislação do SUS: apresenta a legislação que estrutura o sistema em suas principais áreas, iniciando com a definição da saúde no texto constitucional e abordando o conjunto de leis voltadas à organização e implementação do SUS;
- Livro: Pesquisa: a saúde na opinião dos brasileiros: realizada para identificar o nível de conhecimento, opiniões, avaliações, grau de satisfação e posicionamento da população brasileira frente a diversas questões relativas ao atendimento à saúde prestado pelo SUS em todo país;
- Cadernos: Gestão estadual do SUS: dados selecionados: apresentam para cada um dos 26 estados e o Distrito Federal um conjunto de dados e informações selecionados que permitem a elaboração e identificação do perfil da situação de saúde dos mesmos;
- CD-ROM interativo, contendo a coleção dos livros Progestores;
- O Livro Primeiro Seminário para a Construção de Consensos – organização, Gestão e Financiamento do SUS: incorporado à coleção após a realização do 1º Seminário do CONASS para a Construção de Consensos, realizado em Sergipe, em julho de 2003, e que apresenta os consensos, as preocupações e as prioridades dos gestores estaduais quanto à organização, gestão e financiamento do Sistema Único de Saúde.
- Integram ainda a “Coleção Progestores”: 27 (vinte e sete) publicações disponíveis no mercado, atuais e de caráter abrangente para compor uma pequena biblioteca de apoio aos livros editados pelo CONASS.

O Progestores obteve tal êxito que se transformou em um eixo permanente de cooperação técnica do CONASS com as Secretarias Estaduais de Saúde, desenvolvendo, nos anos seguintes várias ações com resultados diretos nas SES, principalmente nas áreas de Atenção Primária à Saúde, Assistência Farmacêutica, Recursos Humanos, Funções Essenciais de Saúde Pública para a gestão estadual do Sistema Único, Troca de experiências entre as Secretarias Estaduais de Saúde, e Redes de Atenção à Saúde.

8.5.2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

No 1º Seminário para a Construção de Consensos, os Secretários deliberaram pelo “fortalecimento da Atenção Primária (APS), entendendo-a como a principal porta de entrada da rede de serviços integrados e como eixo fundamental para a mudança de modelo assistencial”.²⁴ Também definiram como macrofunções da esfera estadual na Atenção Primária a formulação da política, o planejamento, o cofinanciamento, a formação, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, a cooperação técnica e a avaliação da APS no âmbito do território regional e estadual, e decidiram pela realização de um seminário de Secretários Estaduais de Saúde, específico para o aprofundamento das questões relativas à Atenção Primária.

A partir dessa deliberação, o CONASS iniciou uma série de atividades buscando aprimorar as SES no desenvolvimento de suas atribuições na área:

a) Oficina com os coordenadores estaduais responsáveis pela APS:

Esta atividade teve como objetivo discutir as estratégias e propor as atividades para operacionalização das atribuições e responsabilidades das SES no âmbito da Atenção Primária à Saúde, a partir dos consensos dos Secretários Estaduais de Saúde.

Nesta oficina, a partir de questionários respondidos pelos responsáveis estaduais pela APS, a Secretaria Executiva do CONASS realizou um diagnóstico da situação da APS nas SES, e elaborou o perfil da área e de seus Coordenadores nas SES, identificando um grupo qualificado, com grande experiência na área e aptos ao desenvolvimento das ações de Gestão e Planejamento da APS, sendo necessário o estabelecimento de estratégias de aprimoramento e atualização de conhecimentos para potencializar as decisões tomadas por consenso.

Em relação à área de APS nas SES foi possível identificar problemas e propostas referentes aos princípios, à gestão e ao financiamento da APS; ao monitoramento, à avaliação, controle e regulação da área; à educação permanente dos Recursos Humanos e às atribuições e competências das Coordenações Estaduais de APS,

²⁴ Relatório Final do 1º Seminário para Construção de Consensos, 2003.

consubstanciados em um relatório apresentado e debatido pelos Secretários e suas equipes de APS.

b) Seminário do CONASS para a Construção de Consensos sobre Atenção Primária à Saúde²⁵

Realizado em Salvador, Bahia, em novembro de 2003, com base nos resultados da oficina com os coordenadores estaduais responsáveis pela APS. Os secretários construíram consensos em relação ao conceito da APS; à promoção e intersectorialidade; à inserção da APS no Plano Estadual de Saúde e Discussão na Comissão Intergestores Bipartite e nos Conselhos Estaduais de Saúde; às principais dificuldades para concretização da decisão de priorizar a APS pelas SES; aos princípios e metas para expansão do programa de Saúde da Família e Saúde Bucal; à cooperação técnica com os municípios; às atividades de monitoramento, avaliação, controle e regulação; aos sistemas de informação; aos processos de habilitação e à educação permanente de recursos humanos, definindo as atribuições e competências das coordenações estaduais de APS.

Além de um conjunto de consensos que permitiram às SES orientar as suas ações e projetos na APS, os secretários identificaram que as funções de monitoramento, controle e avaliação não estavam suficientemente compreendidas pelas equipes internas das Secretarias Estaduais de Saúde e que havia falta de referencial teórico consistente para definir, diferenciar e direcionar estas ações.

c) Projeto de Fortalecimento das Secretarias Estaduais de Saúde para Cooperação Técnica com os Municípios, com ênfase na Regionalização da Assistência e na Gestão da Atenção Primária

Com base nos consensos sobre a área e visando criar condições favoráveis para o melhor desempenho das funções e responsabilidades das Secretarias Estaduais na APS foram desenvolvidas as seguintes atividades:

²⁵ CONASS Documenta n. 2, 2004.

- Diagnóstico da estrutura das SES para acompanhamento e avaliação da Atenção Primária, nos municípios;
- identificação de documentos, instrumentos e processos utilizados para esse fim, os quais contribuirão para a definição de prioridades e de uma agenda de trabalho;
- identificação e disponibilização de textos de apoio para as equipes das SES elaborarem proposta de metodologia de avaliação e acompanhamento da Atenção Primária;
- organização de uma oficina de trabalho do CONASS, com 40 horas, com técnicos da APS das SES, objetivando aprofundar as questões referentes ao monitoramento e avaliação da APS, tanto nos que diz respeito ao referencial teórico, como sobre o papel das SES no acompanhamento e avaliação da Atenção Primária à Saúde;²⁶ e
- elaboração de material de apoio para as SES desenvolverem cooperação técnica com as Secretarias Municipais de Saúde, no que concerne à Atenção Primária.

Outra ação desenvolvida como parte de uma proposta de cooperação entre o CONASS e os Programas Internacionais do Departamento de Medicina de Família e Comunidade da Universidade de Toronto foi o estabelecimento de uma parceria para intercâmbio de tecnologias na avaliação da Atenção Primária à Saúde (APS).

d) 1º Curso Descentralizado de Gestão em Atenção Primária

Deste curso, realizado com apoio do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) – com os objetivos de discutir os atuais conceitos e princípios da APS/Saúde da Família, desenvolver as capacidades das SES em monitoramento e avaliação da APS, fomentar as práticas e difundir métodos de busca e análise das evidências e uso de informação para a tomada de decisão e desenvolver as capacidades da SES de identificar e propor estratégias educativas – participaram dezenove SES, seis representantes de Cosems e uma equipe do próprio DAB/MS, que desenvolveram dezessete projetos de acordo com os problemas identificados, baseados em evidências e com indicadores em curto, médio e longo prazo e que atualmente encontram-se em fase de implementação pelas respectivas SES.

²⁶ Conass Documenta n. 7, 2004.

Imediatamente após o curso alguns coordenadores estaduais solicitaram ao CONASS apoio para a sua replicação nos estados, o que desencadeou a realização das atividades nas SES do Rio Grande do Sul e na SES do Piauí.

e) Cursos Descentralizados de Aperfeiçoamento de Gestão em Atenção Primária na SES do Rio Grande do Sul e na SES do Piauí

Essa capacitação tem como foco duas das atribuições das SES, quais sejam: o monitoramento de indicadores de saúde e a avaliação da APS e o desenvolvimento de apoio e colaboração técnica entre os diferentes níveis de gestão da APS e, portanto, o curso traz elementos teórico-práticos e disponibiliza ferramentas para que os participantes desenvolvam as habilidades para realizar sistematicamente monitoramento e a avaliação visando sua institucionalização e para incrementar a colaboração e apoio técnico a equipes coordenadoras dos níveis regionais e municipais.

De acordo com as especificidades de cada SES e a partir dos problemas identificados no primeiro módulo, o curso aborda os seguintes aspectos:

- atualização em APS (concepção atual da APS; os valores, os princípios e os elementos-chave para sua operacionalização e avaliação; as evidências que um sistema de saúde baseado na APS é mais resolutivo, barato, traz maior satisfação à população e é mais equânime mesmo em condições de adversidade social);
- o uso de evidências para a tomada de decisão (a importância de basear a tomada de decisões em informações confiáveis; como buscar evidências de processos gerenciais e clínicos);
- o monitoramento, avaliação, uso de indicadores de saúde (as dimensões da estrutura, dos processos e dos resultados: conceituação e desenvolvimento de metodologias de monitoramento de indicadores de saúde) e a difusão das ferramentas utilizadas para a gestão do trabalho;
- ensinando a ensinar (metodologias de educação de adultos; modelo teórico e ferramentas para avaliação de processos educativos). Desenvolver as capacidades das SES de identificar e propor estratégias para educação permanente em saúde,

em APS, em seu território;

- os elementos da efetividade do trabalho em equipe e o uso de modelos lógicos para no planejamento.

Além disso, buscou-se o fortalecimento da participação dos Coordenadores Estaduais da APS nos fóruns do CONASS, por meio do Comitê de Atenção Básica e, posteriormente, com a instalação da Câmara Técnica da APS, formada pelos dirigentes da área dos 26 estados e do Distrito Federal.

8.5.2.3 RECURSOS HUMANOS

Na área de Recursos Humanos (RH), a Secretaria Executiva do CONASS propôs e desenvolveu, em parceria com o Ministério da Saúde e em cooperação com a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), um Estudo que teve como objetivos o Diagnóstico da Situação de Contratação de Pessoal e da Organização, Estrutura e Ações das Áreas de Recursos Humanos das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal (SES) após a implementação do SUS.

Esse diagnóstico demonstrou a importância da área para o SUS e para os estados: um contingente de 457 mil servidores nas Secretarias Estaduais (398 mil ativos), o que representava, à época, 54% dos recursos financeiros das Secretarias Estaduais de Saúde gastos com recursos humanos, totalizando aproximadamente 5,5 bilhões de reais/ano.

Apontou, também, os principais problemas relacionados à gestão do trabalho nas SES e à educação permanente no SUS e permitiu identificar que nas SES a forma dominante de contratos é estável e atende aos requisitos da legislação trabalhista e aos direitos dos trabalhadores, ou seja, as modalidades de vínculos passíveis de serem classificadas como flexíveis ou precárias (aquelas em que os direitos sociais e trabalhistas não são atendidos integralmente) não são as formas hegemônicas de vínculos.²⁷

²⁷ CONASS Documenta n. 1, 2004.

Esse diagnóstico subsidiou a abordagem e o debate sobre a situação dos recursos humanos no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde durante o Seminário do CONASS para Construção de Consensos com o tema RECURSOS HUMANOS: UM DESAFIO DO TAMANHO DO SUS,²⁸ realizado em abril de 2004, que possibilitou a formulação de consensos dos Secretários em relação à gestão, a formação e o desenvolvimento dos RH, que orientaram a atuação dos técnicos da área de RH da SES e da própria CTRH.

A partir do estabelecimento desses consensos a SE/CONASS e a CTRH buscaram estratégias para operacionalização das decisões políticas por meio da construção de uma Agenda de Prioridades da CTRH e de cada uma das SES. Em 2005 a CTRH realizou uma avaliação das ações voltadas para o fortalecimento do campo da gestão do trabalho no SUS desenvolvidas pelo CONASS, avaliando ainda os desdobramentos dos consensos pactuados pelos Secretários de Saúde.

Essa avaliação identificou o amadurecimento da área com o desenvolvimento de projetos inovadores, a ampliação de estados com PCCS aprovados ou em processo de pactuação, a maior integração entre as diferentes áreas responsáveis por ações de gestão do trabalho, a ampliação de processos de seleção por concurso público, alguns casos exitosos de reestruturação administrativa e, em outros casos, processos em andamento, a instalação de mesas de negociação e a ampliação do escopo dos programas de educação permanente, evidenciando o papel estratégico e dinamizador de processos de mudanças no campo da gestão do trabalho que o estabelecimento do consenso entre os Secretários possibilitou.

8.5.2.4 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A assistência farmacêutica tem sido identificada como um dos maiores desafios do SUS, em especial os medicamentos de dispensação em caráter excepcional. Logo no início da gestão 2003/2006, os Secretários discutiram o assunto em Assembléia e encaminharam ao Ministério da Saúde a solicitação de revisão da legislação sobre o assunto, que englobasse a discussão dos critérios para revisão dos valores pagos, o processo de descentralização internamente nos estados, o desenvolvimento

²⁸ CONASS Documenta n. 4, 2004.

tecnológico e a quebra de patentes, alternativas para garantir a escala de compras e um processo contínuo e sistemático de revisão dos protocolos.

Para subsidiar as discussões o CONASS realizou um diagnóstico da situação do Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcionais nas SES, apresentado e discutido no Seminário para construção de Consensos entre os Secretários Estaduais de Saúde sobre o tema (Manaus, Amazonas – 2004), no qual os secretários identificaram a necessidade de definição de uma Política Nacional para o Programa dos Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional, fundamentada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, tendo por base a Política Nacional de Medicamentos, contemplando os seguintes aspectos:

- Descentralização da Gestão;
- Promoção do uso racional dos medicamentos;
- Otimização e eficácia da distribuição no setor público;
- Desenvolvimento de iniciativas que propiciem a redução dos preços dos medicamentos;
- Garantia do acesso;
- Melhor relação custo/efetividade;
- Envolvimento da área da atenção à saúde por meio da estruturação dos Centros de Referência.²⁹

Foram elaboradas propostas relativas ao financiamento, aos protocolos clínicos e às diretrizes terapêuticas, à equidade e ao acesso, à incorporação de novas tecnologias e relativas à organização do Programa de dispensação em caráter excepcional nas SES. O resultado final do Seminário encontra-se detalhado no CONASS Documenta n. 5.

Outra atividade relevante foi a realização em 2004, do Seminário “O SUS, o Judiciário e o acesso aos Medicamentos Excepcionais”, organizado pela SES do Rio Grande do Sul, em parceria com o Ministério da Saúde e o CONASS, em Porto Alegre, que abordou a judicialização dos medicamentos excepcionais, a equidade,

²⁹ CONASS Documenta n. 5, 2004.

financiamento e acesso, o uso racional de medicamentos, protocolos clínicos e incorporação tecnológica, a ética médica, marketing industrial e pesquisa de medicamentos.

Contou com a participação de representantes das três instâncias gestoras do SUS, do Conselho Nacional de Saúde, do Judiciário, Defensoria Pública, Ministério Público da União e dos estados, Procuradoria de Justiça do estado do RS, Câmara dos Deputados, Conselho Federal de Medicina e do Conselho Federal de Farmácia. Os resultados desse Seminário foram consubstanciados na “Carta de Porto Alegre”.

O CONASS intensificou as atividades e discussões na Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica e participou ativamente do GT de Assistência farmacêutica da CIT.

Além disso, propôs e realizou o projeto “Desenvolvimento e Aprimoramento da Gestão Estadual da Assistência Farmacêutica”, englobando os medicamentos de dispensação em caráter excepcional, a assistência farmacêutica básica e os chamados medicamentos estratégicos, com os objetivos de: aprimorar a capacidade de gestão e gerenciamento das Secretarias Estaduais de Saúde na Assistência Farmacêutica, buscando o efetivo desempenho de suas funções, notadamente no que diz respeito a suas responsabilidades previstas na Política Nacional de Medicamentos; e dar suporte e assessoria técnica às Secretarias Estaduais de Saúde para a consolidação do papel das SES na formulação, coordenação e acompanhamento da assistência farmacêutica em seu território.

Esse projeto permitiu a elaboração de relatórios detalhados da situação atual da área de assistência farmacêutica em cada estado, considerando os medicamentos da assistência farmacêutica básica, de dispensação em caráter excepcional e estratégicos, além de propostas individualizadas para cada estado, visando à superação de problemas, a otimização de recursos e a racionalização da utilização dos medicamentos, de acordo com a realidade de cada Estado.

8.5.2.5 PROJETO: FUNÇÕES ESSENCIAIS DE SAÚDE PÚBLICA PARA A GESTÃO ESTADUAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - FESP/SUS

Com as funções essenciais, o CONASS introduz uma nova modalidade de cooperação com as Secretarias Estaduais, implementando novas práticas e tecnologias avaliativas.

A adequação das Funções Essenciais de Saúde Pública, iniciativa desenvolvida pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) na década de 1990, foi desenvolvida pelo CONASS para a esfera estadual do Sistema Único de Saúde, que é uma das três esferas estatais responsáveis pelas ações e serviços de saúde.

Isso significa afirmar que as Fesp/SUS estão pensadas para o papel e as atribuições desse nível de gestão do sistema.

A auto-avaliação das Fesp/SUS permite identificar os pontos fortes e os críticos, da atuação da gestão estadual, por parte da própria equipe dirigente e dos técnicos da SES. Não se trata, portanto, de uma avaliação externa da gestão da saúde, nem de seus dirigentes, com finalidades acadêmicas ou de comparação e classificação entre elas.

Não há preocupação em estabelecer “médias nacionais” ou comparar resultados entre um e outro estado, como tampouco existe a pretensão de que essas avaliações e os resultados obtidos sejam a “medida cientificamente aferida” das capacidades e da infra-estrutura da gestão estadual.

Ao contrário, respeitado o caráter objetivo, sistemático e metodologicamente consistente do instrumento de avaliação, nessa iniciativa são enfatizados os aspectos subjetivos, políticos e ideológicos, desse movimento de construção de uma nova prática social e de novos sujeitos coletivos, direcionados à qualificação e a democratização da gestão do SUS.

A adaptação e aplicação das Fesp/SUS foi possível graças à estreita colaboração com a Opas e tem com o objetivo apoiar a consolidação e a melhoria dos sistemas de saúde estaduais com base em padrões exigentes, mas adequados às suas realidades específicas.

Para além da auto-avaliação das funções essenciais, o CONASS desenvolveu uma metodologia para a construção de uma Agenda de Fortalecimento das Fesp/

SUS, a partir da auto-avaliação realizada e, de setembro de 2005 a dezembro de 2006, sete SES realizaram a auto-avaliação das Fesp/SUS e quatro elaboraram Agendas de Fortalecimento das Fesp/SUS.

8.5.2.6 ENCONTRO PARA TROCA DE EXPERIÊNCIAS ENTRE AS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE

Trocar experiências entre as Secretarias de Saúde é possibilitar o aprendizado mútuo, incentivar e fortalecer as equipes técnicas, implementar e aperfeiçoar um importante processo de cooperação horizontal, em que as equipes técnicas de um estado podem ajudar as equipes técnicas de outro.

Nosso país é demasiadamente complexo, considerando suas diversidades e especificidades regionais, mas tem demonstrado ser também criativo e inovador quando se trata de buscar soluções para os problemas de saúde da população.

Entretanto, nem sempre temos tempo ou oportunidade de conhecer os diferentes trabalhos bem-sucedidos realizados pelas SES. As boas práticas são rapidamente assimiladas e passam a fazer parte do dia-a-dia das SES e nem sempre são socializadas.

Para desenvolver esse processo de cooperação horizontal, o CONASS realizou em Fortaleza, no período de 4 a 6 de agosto de 2005, o “1º Encontro do CONASS para Troca de Experiências”.

Nesse encontro, a melhoria da qualidade de vida da população foi o principal enfoque das 55 experiências encaminhadas à Secretaria Executiva do CONASS. Destas, foram selecionados 22 projetos para apresentação, considerando o critério de relevância da experiência, de resultados obtidos e de compatibilidade com as prioridades estabelecidas pelos 27 gestores estaduais.

Foram abordados os seguintes temas:

- Atenção Primária à Saúde;
- Assistência Farmacêutica;
- Gestão e Regulação;
- Assistência Hospitalar e;
- Vigilância em Saúde.

O resultado foi uma maior interação entre as equipes técnicas e os seus gestores e entre as 27 Secretarias Estaduais. Houve cooperação horizontal entre as SES, consolidando o apoio entre os gestores.

A edição do CONASS Documenta n. 10 relata todas as experiências apresentadas no evento em Fortaleza.

8.5.2.7 SEMINÁRIO CONASS – “PARA ENTENDER O PACTO PELA SAÚDE”

Com a assinatura, em fevereiro de 2006, pela Comissão Intergestores Tripartite do Pacto pela Saúde, que altera de forma significativa a normatização do SUS, o CONASS realizou o Seminário “Para Entender o Pacto pela Saúde 2006”.

O Seminário teve o objetivo de apresentar as diretrizes do Pacto, abordando pontos relevantes para os gestores estaduais, tais como:

- a definição dos papéis e as responsabilidades das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde;
- a regionalização com ênfase na conformação de redes de atenção á saúde, nos Planos Diretores de Regionalização (PDR) e de Investimento (PDI);
- o financiamento;
- a Programação Pactuada e Integrada (PPI);
- a regulação assistencial;
- o papel das secretarias estaduais na coordenação das referências intermunicipais; e
- a gestão dos prestadores de serviços.³⁰

Além disso, realizou uma Oficina de Trabalho, em Fortaleza (CE), com os representantes das Secretarias Estaduais de Saúde nas Comissões Intergestores Bipartite, com o objetivo de contribuir para o fortalecimento das SES e das CIBs visando:

³⁰ CONASS, 2006.

- ao processo de descentralização proposto no Pacto pela Saúde/Pacto de Gestão, bem como difundir o Pacto pela Saúde 2006 e seus desdobramentos normativos;
- apresentar experiências relativas ao funcionamento das CIBs e CIBs Regionais;
- discutir o funcionamento das CIBs diante de seu papel previsto pelo Pacto pela Saúde/Pacto de Gestão, e
- identificar as principais estratégias que as SES/CIBs devem adotar em curto prazo para implementação do Pacto pela Saúde / Pacto de Gestão.

Outra contribuição importante da SE/CONASS foi a participação de seus técnicos em diversas atividades (seminários e oficinas e trabalhos) sobre o Pacto pela Saúde em diversos estados ao longo do segundo semestre de 2006.

8.5.2.8 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Dando continuidade ao processo de fortalecimento institucional das SES, o CONASS realizou Oficina sobre Redes de Atenção à Saúde com a finalidade de desenvolver competências e instrumentalizar os técnicos das Secretarias Estaduais no desenho e implementação dessas redes, considerando o papel preponderante das SES na coordenação e indução de um novo modelo de atenção voltado para o atendimento das necessidades da população e tendo em vista que para o cumprimento dessa missão é necessário que as SES estejam embasadas teórica e conceitualmente e possam, a partir das realidades epidemiológica, demográficas e socioeconômicas, coordenar a conformação das redes de atenção à saúde nos seus estados.

Utilizando uma série de estratégias educacionais para estimular a participação ativa de todos no processo de ensino-aprendizagem e a construção coletiva do conhecimento, a oficina contou com 50 participantes de 17 estados e com convidados do Ministério da Saúde e do Conasems, e abordou os fundamentos da construção de redes de atenção à saúde, as diretrizes clínicas e as redes, os componentes e a modelagem das redes de atenção à saúde.

Tendo em vista que existe no SUS uma grave crise do modelo de atenção que é determinada pela incoerência entre uma situação epidemiológica marcada pela dupla carga da doença com predominância relativa das condições crônicas e um modelo de organização dos serviços voltado para o privilegiamento das condições

agudas, a reformulação do modelo de atenção voltado para o atendimento das condições crônicas deve ser preocupação dos gestores do sistema de saúde, na busca pela eficiência, eficácia e efetividade das ações e serviços de saúde, e no alcance dos resultados, por meio da organização do sistema de saúde a fim de prestar assistência contínua a uma população definida – no lugar certo, no tempo certo, na qualidade certa e com o custo certo – e que se responsabiliza pelos resultados econômicos e sanitários relativos a esta população.

8.5.3 O Progestores para 2007

Dando segmento ao “Programa de Informação e Apoio Técnico às novas equipes estaduais do SUS de 2003 – Progestores-2003”, e considerando que o estágio de desenvolvimento das Secretarias Estaduais de Saúde ainda é bastante diferenciado com grande rotatividade da força de trabalho e alternância política, o “Progestores de 2007” foi desenvolvido para subsidiar os Secretários de Saúde dos estados e do Distrito Federal e suas equipes, que assumirem a gestão em janeiro, com as principais informações dos aspectos técnicos e gerenciais mais relevantes do SUS.

O pleno exercício da gestão do SUS em cada Unidade Federada será de fundamental importância para o sucesso de todos os pactos firmados nas diversas instâncias do SUS, bem como para as negociações ainda em curso que visam à consolidação das políticas de saúde implementadas conjuntamente entre os Entes Federados.

8.5.3.1 A COLEÇÃO DE LIVROS “*PARA ENTENDER A GESTÃO DO SUS*”

Para atualizar as informações referentes a esses processos, de forma organizada e clara para o entendimento dos novos gestores, e permitir uma transição sem traumas no âmbito das administrações Estaduais, o CONASS elaborou no âmbito do “Progestores” a coleção “Para entender a gestão do SUS”, uma série de 12 livros:

- Livro I – O Sistema Único de Saúde
- Livro II – A Gestão Administrativa e Financeira no SUS
- Livro III – O Financiamento da Saúde
- Livro IV – Ciência e Tecnologia em Saúde
- Livro V – Gestão do Trabalho na Saúde
 - | Tomo I - Epidemiologia e Controle de Doenças
- Livro VI – Vigilância em Saúde |
 - | Tomo II - Vigilância Sanitária
- Livro VII – Assistência Farmacêutica
- Livro VIII – Atenção Primária e Promoção da Saúde
- Livro IX – Assistência de média e alta complexidade no SUS
- Livro X – Regulação em Saúde
- Livro XI – Saúde Suplementar
- Livro XII – Legislação Estruturante do SUS

8.5.3.2 COLETÂNEA PARA CADA UNIDADE DA FEDERAÇÃO COM INFORMAÇÕES PARA A GESTÃO ESTADUAL DO SUS

Faz parte do Progestores uma coletânea de Informações para a Gestão Estadual do SUS, por estado e Brasil, a ser entregue aos Gestores Estaduais na primeira Assembléia Ordinária de 2007, contendo Caracterização Territorial, Indicadores Demográficos e Socioeconômicos, Indicadores de Saúde, Rede de Serviços de Assistência à Saúde – Atenção Ambulatorial no SUS e Atenção Hospitalar no SUS, Estatística Vital, Vigilância à Saúde, Financiamento Federal e Saúde Suplementar, coletados a partir dos Sistemas de Informações em Saúde – SIA/SUS, SIH/SUS, SIM, e SINASC, bem como do IBGE e PNUD para os dados demográficos e socioeconômicos, analisados comparativamente entre períodos definidos a partir dos anos disponíveis nos respectivos sistemas de informações.

8.6 Fortalecimento das SES no exercício de seus papéis

A instituição do SUS coloca um novo desafio para as Secretarias Estaduais de Saúde: a função de gestor de sistema estadual como prioritária sobre a de prestação de serviços.

Nesta condição os estados se colocam como um ente federado com autonomia em relação aos demais (federal e municipal), mas sócio e parceiro destes na gestão do SUS.

O processo de descentralização já vem transferindo para os municípios grande parte da função de gerência de suas unidades conforme o pactuado em cada modelo de regionalização e modelo de gestão definido no Pacto pela Saúde 2006.

É recomendável que as SES separem bem estas funções (gestão de sistema e gerência de unidades) na organização de suas estruturas internas, pois sempre haverá uma tensão reivindicatória desta sobre aquela.

Neste sentido, como vimos neste capítulo, o CONASS assumiu nos últimos anos um segundo eixo de ação (além o de representação política na condução tripartite do SUS) com o objetivo de fortalecer os papéis das SES nesta função gestora de sistemas estaduais de saúde. Este eixo se materializou no Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras do SUS, que vem sendo desenvolvido com muito êxito e retorno às SES, desde 2003.

Os papéis das Secretarias Estaduais de Saúde, em cada aspecto específico estão definidos neste livro e nos demais desta coleção – “Para Entender a Gestão do SUS”.

Entretanto, na medida em que o SUS avança em sua implementação novos desafios se colocam, exigindo das Secretarias Estaduais um permanente processo de atualização e readequação de seus papéis.

No próximo capítulo apresentamos os “DESAFIOS DO SUS” que o conjunto dos secretários estaduais de saúde identificou nas diversas atividades do processo

de construção de consensos que marcou estes últimos quatro anos e deixa como legado, proposta e objeto de reflexão para os gestores estaduais e federais que assumem novos períodos de governo em 2007 e para os municipais que ainda têm mandato por mais dois anos.

Estas reflexões e propostas foram agrupadas em seis desafios que compõem um novo olhar para o SUS, cujos aprimoramentos e reformas são urgentes:

- Desafio da Universalização.
- Desafio do Financiamento.
- Desafio do Modelo Institucional do SUS.
- Desafio do Modelo de Atenção à Saúde do SUS
- Desafio da Gestão do Trabalho SUS.
- Desafio da Participação Social.



9.1 Universalização

9.2 Financiamento

9.3 Modelo Institucional do SUS

9.4 Modelo de Atenção à Saúde do SUS

9.5 Gestão do Trabalho no SUS

9.6 Participação Social

O SUS, criado pela Constituição Federal de 1988, teve origens em movimentos políticos e sanitários surgidos na década de 1970 e vem se recriando, permanentemente, por meio de reformas incrementais, acordadas pelos três entes federativos, representados pelo Ministério da Saúde, pelo CONASS e pelo Conasems. É uma política pública jovem, mas com capacidade de renovar-se continuamente. O SUS tem pouco mais de uma década e meia de existência. Não obstante, tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de Saúde de enorme relevância e que apresenta resultados inquestionáveis para a população brasileira.

Têm sido muitos os avanços do SUS, mas persistem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal que possa prestar serviços de qualidade a toda a população brasileira. Esses problemas podem ser agrupados em torno de grandes desafios a superar. Dentre eles, distinguem-se: o desafio da universalização; o desafio do financiamento; o desafio do modelo institucional; o desafio do modelo de atenção à saúde; o desafio da gestão do trabalho no SUS; e o desafio da participação social.

* Esse capítulo foi elaborado a partir do Livro SUS: avanços e desafios, lançado pelo CONASS no dia 13 de dezembro de 2006.

9.1 O desafio da universalização

O SUS foi erigido com base no princípio basilar da universalização, expresso na saúde como direito de todos os brasileiros, a ser provida como dever de Estado. A instituição de um sistema público universal foi a grande luta da reforma sanitária brasileira, incorporada na Constituição Federal de 1988. Entretanto, não tem sido possível construir a universalização da saúde, instituída constitucionalmente. Essa realidade coloca o dilema do sistema público de saúde brasileiro, que se expressa entre a universalização e a segmentação. Esse dilema pode ser manifesto numa singela questão: qual SUS a sociedade brasileira quer instituir?

No Brasil, a construção social do Sistema Público de Saúde vem sendo feita de forma a distanciar o SUS real, segmentado, do SUS Constitucional, universal. Isso acontece porque o SUS tem se estruturado para responder às demandas universais dos setores mais pobres da população e de demandas setorizadas, especialmente dos serviços de maiores custos, da população integrada economicamente.

Essa segmentação pode ser entendida pela composição relativa dos usuários do SUS, conforme pesquisa feita pela CONASS em 2002: 28,6% dos brasileiros são usuários exclusivos do SUS, 61,5% são usuários não exclusivos e, apenas, 8,7% são não usuários. Isso significa que 61,5% dos brasileiros utilizam-se, também, dos sistemas privados e que 8,7% são usuários exclusivos dos sistemas privados. Esses grupos de usuários variam por regiões geográficas, portes dos municípios e localização urbana ou rural (CONASS, 2003).

Por várias razões, especialmente pelas dificuldades de se criarem as bases materiais para a garantia do direito constitucional da universalização, o SUS vem se consolidando como parte de um sistema segmentado que incorpora dois outros subsistemas relevantes, o Sistema de Saúde Suplementar e o Sistema de Desembolso Direto.

O Sistema de Saúde Suplementar é um sistema privado de assistência à saúde, executado por operadoras privadas, sob a regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O Sistema de Saúde Suplementar cobre uma população de 42,5 milhões de brasileiros, 35,8 milhões com cobertura de planos médicos e

odontológicos e 6,7 milhões como usuários exclusivos de planos odontológicos (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2006).

A segmentação do sistema de saúde brasileiro admite um segundo sistema privado, o Sistema de Desembolso Direto, representado por serviços de saúde adquiridos em prestadores privados por meio de gastos diretos dos bolsos das pessoas ou das famílias. Esse é um sistema pouco considerado nas análises das políticas de saúde no país, mas é o mais relevante, relativamente, do ponto de vista dos gastos sanitários no Brasil. Funciona quase como um sistema oculto que opera com baixa regulação do estado.

O Sistema de Desembolso Direto atinge a maior parte da população brasileira, especialmente os 61,5% dos usuários não exclusivos do SUS (CONASS, 2003) e que representam, hoje, cerca de 115 milhões de habitantes.

Os sistemas segmentados de saúde são justificados por um argumento de senso comum de que, ao se instituírem sistemas especiais para os que podem pagar, sobriariam mais recursos públicos para atendimento aos pobres. As evidências empíricas vão em sentido contrário. A instituição exclusiva de sistemas públicos para os pobres leva, inexoravelmente, a um subfinanciamento desses sistemas (LONDOÑO e FRENK, s/data; HSIAO, 1994). A razão é simples: os pobres, em geral, não conseguem se posicionar adequadamente na arena política e apresentam custos de organização muito altos; em conseqüência, dispõem de baixa capacidade de articulação de seus interesses e de vocalização política. Essa é a razão pela qual Lord Beveridge estava certo ao advertir, nos anos 1940, que “políticas públicas para os pobres são políticas pobres”.

Os problemas da segmentação manifestam-se no sistema de saúde brasileiro, ampliando as iniquidades na saúde. Há uma mobilidade unilateral da demanda. Os beneficiários do Sistema de Saúde Suplementar utilizam, com freqüência, os serviços de maior densidade tecnológica do SUS, mas os que não estão cobertos pelos planos de saúde não podem utilizar seus serviços privados. Isso configura uma seleção adversa no SUS (MÉDICI, 2005). As tentativas de reembolso ao SUS por essas despesas têm sido frustrantes e não parecem ser uma solução factível. As razões pelas quais os usuários de planos privados buscam os procedimentos de maior densidade tecnológica no sistema público estão nos altos custos desses serviços, o que leva à falta de oferta pelos planos privados, e na percepção pela

população que esses serviços do SUS têm maior qualidade (CONASS, 2003).

Não é fácil mudar um sistema segmentado porque ele acomoda bem os interesses políticos e econômicos dos atores sociais mais significativos em situação na arena sanitária. Os planos privados especializam-se na venda de serviços a pessoas e famílias sobrefinanciadas e a empresas; o estado centra-se nos segmentos populacionais subfinanciados; os prestadores de serviços privados têm espaço para discriminar preços segundo o nível de renda dos usuários; isso é consistente com o princípio de que as pessoas com capacidade aquisitiva devem ter o direito de eleger onde querem ser atendidas e o estado tem de advogar as necessidades dos carentes. Para os políticos mantém-se uma fonte de poder na administração de grandes orçamentos públicos e evitam-se enfrentamentos com as corporações profissionais. Finalmente, a manutenção de prestadores estatais reserva lugar para o exercício do poder sindical (GIORDANO; COLINA, 2000).

As possibilidades de um SUS universal passam por dois aspectos fundamentais: o sistema de valores da sociedade sobre os quais se estruturará o desenvolvimento brasileiro e o volume e a composição do gasto em saúde.

A materialização do SUS como sistema público universal implicará definir que opção valorativa a sociedade brasileira vai tomar para o seu desenvolvimento econômico e social, nos anos futuros. Essa opção talvez não tenha sido feita, ainda, em caráter definitivo. A outra questão fundamental é: qual SUS a sociedade brasileira deseja e quanto está disposta a pagar por ele? Isso remete a outro desafio do SUS, o do seu financiamento.

9.2 O desafio do financiamento

O desafio do financiamento da saúde no Brasil pode ser analisado sob vários aspectos. O mais comum é o da insuficiência dos recursos financeiros para se construir um sistema público universal. É verdade que se gasta pouco em saúde no País, especialmente no que concerne ao gasto público. Todavia, também, gasta-se mal. É importante criar uma consciência interna no SUS de que se deverá melhorar a qualidade do gasto. Portanto, o desafio do financiamento na saúde tem de ser enfrentado em duas vertentes, a da quantidade e da qualidade do gasto. Haverá que se aumentar o gasto em saúde, mas ao mesmo tempo, melhorar sua qualidade.

Os serviços de saúde são caros e os gastos em saúde são altos e crescentes. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, em 1997, os serviços de saúde representaram um gasto global de 3 trilhões de dólares, 8% do PIB mundial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Os gastos em saúde crescem constantemente em razão da existência de forças expansivas e de problemas estruturais do sistema. Em razão da transição demográfica as populações envelhecem e aumentam sua longevidade e os gastos em saúde são maiores nos mais velhos. A transição epidemiológica incrementa relativamente as doenças crônicas em relação às quais os gastos são maiores, ao que se somam, principalmente nos países em desenvolvimento, as doenças infecciosas reemergentes e emergentes. Há um processo de incorporação tecnológica constante que se faz, cada vez mais, por meio de tecnologias de maior densidade e de maiores custos. O aumento das expectativas da população e dos profissionais de saúde em relação às novas soluções sanitárias cria um ambiente propício à incorporação de tecnologias, muitas vezes sem efetividade comprovada. Os prestadores de serviços, a indústria biomédica e a indústria farmacêutica pressionam pela adoção das novas tecnologias. A existência de incentivos intrínsecos aos sistemas de saúde expandem, constantemente, as estruturas e as práticas médicas, estimulando a construção de novas unidades de saúde, a formação crescente dos recursos humanos e a incorporação de formas de pagamento dos serviços indutoras de uma sobreutilização.

O artigo 198 da Constituição Federal, em seu parágrafo único, diz que o SUS seria financiado com recursos dos orçamentos da Seguridade Social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes e o artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) previa que, até a aprovação da lei de diretrizes orçamentárias, 30%, no mínimo, do orçamento da Seguridade Social, excluído o seguro-desemprego, seriam destinados ao setor de saúde.

Na prática, e por circunstâncias do federalismo fiscal brasileiro, esse dispositivo nunca funcionou, valendo mais como teto orçamentário do que para a realização efetiva de despesa. A crise se agravou a partir de 1993, quando o financiamento da saúde pública perdeu a sua principal fonte. Os recursos arrecadados pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) passaram a cobrir as despesas previdenciárias e o setor teve que disputar, com distintas áreas, outras fontes de receitas.

Nesse cenário, surgiram algumas soluções para dar maior estabilidade ao financiamento da saúde, como a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira–CPMF, em 1996, e a Emenda Constitucional n. 29, em 2000, que vinculou o mínimo a ser aplicado em ações e serviços de saúde pelos governos municipais e estaduais e pela União. Para os estados, o mínimo é de 12% das receitas próprias e para os municípios, 15% das receitas próprias. No caso da União, o limite mínimo de gasto foi estabelecido como o valor empenhado em 1999, acrescido de 5% e, nos anos subsequentes, a variação nominal do Produto Interno Bruto.

Não obstante a legislação construída ao longo dos anos, os recursos financeiros para o SUS têm sido insuficientes para dar suporte a um sistema público universal de qualidade.

O Brasil apresenta um gasto sanitário baixo, apresenta um gasto público em saúde muito pequeno e a tendência dos gastos em saúde não é de aumento. Com esse volume e essa composição de gastos em saúde não se poderá implantar um sistema público universal. Em consequência, é necessário expandir o gasto público em saúde. Para maiores detalhes sobre o gasto público em saúde no Brasil consulte-se o livro SUS: avanços e desafios (CONASS, 2006).

Não há dúvidas de que é necessário aumentar os gastos públicos em saúde no Brasil para que se possa construir um sistema público universal de qualidade. Mas há, no momento nacional, limites importantes a essa situação desejada. O financiamento do aumento dos gastos públicos, em geral, e dos gastos sociais, em

particular, no Brasil, vem sendo feito por meio do incremento constante da carga tributária. Esse mecanismo parece ter se esgotado.

Em conseqüência, o necessário incremento dos gastos públicos em saúde pode ser alcançado de duas formas, não necessariamente excludentes. A primeira, por meio de um crescimento econômico sustentado e a segunda pelo aumento da participação relativa da saúde nos gastos públicos.

Há evidência empírica de que os gastos em saúde são pró-cíclicos e que os gastos públicos em saúde são fortemente pró-cíclicos. Isso significa que o incremento do PIB determina aumentos significativos nos gastos em saúde (MUSGROVE, 1996). Infelizmente, o Brasil não tem conseguido, nas últimas décadas, construir um processo de crescimento econômico sustentado. Mas esse é o grande desafio que se coloca para o país e que, se alcançado, terá repercussões muito favoráveis no gasto em saúde.

A outra forma de aumentar os gastos públicos em saúde é pelo incremento da participação relativa dos gastos em saúde, no total dos gastos governamentais. Isso, para ocorrer, na prática, implicará deslocar gastos internos do orçamento público para a saúde, seja em decorrência do aumento da eficiência do gasto público em geral, seja pela competição com outras categorias de gastos.

O necessário e desejável incremento do gasto público em saúde é dificultado por uma idéia, de senso comum, que a saúde já consumiria demasiados recursos públicos. Muitas vezes esse sentimento expressa-se simbolicamente na afirmação de que o Ministério da Saúde é o segundo melhor orçamento na Esplanada dos Ministérios.

O aumento dos gastos públicos em saúde tem, em geral, a oposição de correntes de pensamento econômico que desejam melhorar a qualidade dos gastos governamentais pela diminuição da carga fiscal, transferindo, dessa forma, recursos públicos para os investimentos do setor privado. Óbvio que são, além disso, contrários à vinculação orçamentária dos recursos da saúde.

O aumento do gasto público em saúde é tecnicamente justificável, mas encontra seus limites na carga fiscal e nas dificuldades que o país tem tido de crescer de forma sustentada. Aumentar os gastos públicos em saúde remete, portanto, a uma disputa distributiva nos orçamentos públicos com outras categorias de gastos.

Essas decisões alocativas dos orçamentos públicos fazem-se na arena política. O que define, ao fim e ao cabo, os direcionamentos dos recursos escassos são as opções preferenciais da população que se transformam em demandas sociais e chegam aos agentes de decisão política.

Por tudo isso, as possibilidades de aumentar os recursos públicos em saúde passam pela repolitização da saúde pública no país. É preciso voltar a discutir o SUS fora de seus muros. Reapresentá-lo, de forma organizada, ao conjunto da sociedade brasileira, abertamente, com suas qualidades e com seus defeitos, com seus limites e com suas possibilidades. Isso implicará articular um movimento deliberado e pró-ativo de mobilização social em defesa do SUS.

O Pacto pela Saúde, no seu componente do Pacto em Defesa do SUS, tem esse objetivo. Sem um convencimento da sociedade brasileira de que o SUS vale a pena e que necessita de mais dinheiro do que se tem hoje, não haverá recursos suficientes para financiá-lo.

9.2.1 O financiamento do SUS e a regulamentação da Emenda Constitucional n. 29

Não obstante enormes resistências, fundadas no raciocínio de poderosas correntes econômicas contrárias à vinculação de recursos orçamentários, a Emenda Constitucional n. 29 (EC n. 29) foi aprovada em 2000. Passados seis anos, não foi, ainda, regulamentada.

A falta de regulamentação não deixou de produzir efeitos no financiamento do SUS. A determinação constitucional, mesmo não regulada infraconstitucionalmente, constitui um marco que permite a luta política entre os setores que decidem os orçamentos e os diferentes atores sociais que lutam por mais recursos na saúde. A não regulamentação da EC n. 29/2000, juntamente com a Desvinculação das Receitas da União (DRU), têm sido mecanismos utilizados para limitar os recursos públicos na saúde. A falta de uma definição precisa sobre o que são ações e serviços de saúde tem levado a introdução nos orçamentos públicos de uma série de ações e serviços que são questionáveis. O resultado são menos recursos para o financiamento do SUS.

Desse modo, a luta política por mais recursos públicos para a saúde deve centrar-se, em curto prazo, na regulamentação pelo Congresso Nacional da EC n. 29/2000. Essa regulamentação está em tramitação no Congresso Nacional por meio do Projeto de Lei Complementar n. 01/2003.

O PLC n. 01/2003 pretende corrigir distorções na vinculação dos recursos da União e esclarecer o que são ações e serviços de saúde. O texto estabelece que a União aplique anualmente em ações e serviços de saúde, no mínimo, o montante equivalente a 10% de suas receitas correntes brutas, constantes dos orçamentos Fiscal e da Seguridade Social.

Essa regulamentação só será aprovada se for feito um amplo movimento de mobilização social pelo SUS que chegue ao interior do Congresso Nacional. Tal regulamentação será fundamental para orientar os respectivos Tribunais de Contas no processo de fiscalização do seu cumprimento.

9.2.2 A melhoria da qualidade dos gastos públicos em Saúde

É necessário aumentar os gastos públicos na saúde. Mas é importante, também, melhorar sua qualidade. A luta por mais recursos para o SUS, muitas vezes, obscurece a realidade de que existem ineficiências e iniquidades a superar. A questão da eficiência do SUS é um tema central a ser considerado e que, enfrentado com determinação, dará maior legitimidade para lutar por mais recursos públicos para a saúde. Contudo, não se pode colocar a efficientização do SUS como pré-condição para maiores recursos; essas ações devem ser realizadas concomitantemente.

A melhoria da qualidade dos gastos do SUS passa por uma integralidade regulada, por ações para superação das ineficiências econômicas e alocativas e pela diminuição das iniquidades na alocação dos recursos financeiros do SUS.

9.2.3 A integralidade regulada

A integralidade, corretamente interpretada nos sistemas de saúde, racionaliza a oferta de serviços e, por isso, transforma-se em instrumento fundamental de melhoria da eficiência dos gastos em saúde.

Como propõe Gilson Carvalho (2006), a integralidade regulada se impõe no SUS e se expressará na definição e oferta a todos os brasileiros de um conjunto de serviços, discutido com base técnica na efetividade e segurança das tecnologias, no seu conteúdo ético, em sua conformidade com as necessidades de saúde da população e em sua aceitabilidade social. Assim, o SUS deve ofertar a todos os brasileiros um conjunto de serviços sanitária e socialmente necessários.

Esse conjunto de serviços sanitária e socialmente necessários do SUS deveria ser definido, sob a liderança do Ministério da Saúde, por meio de um amplo movimento de discussão na sociedade brasileira. Deveria ser pactuado na Comissão Intergestores Tripartite e aprovado no Conselho Nacional de Saúde.

9.2.4 O aumento da eficiência no SUS

O SUS apresenta, do ponto de vista econômico, severas ineficiências econômicas, internas e de escala. Aqui vai se concentrar, por sua importância relativa, nas ineficiências de escala do sistema público de saúde brasileiro, discutindo o caso da atenção hospitalar pública e do sistema de apoio diagnóstico. Mas há, também, grandes ineficiências alocativas que serão analisadas na perspectiva dos gastos em procedimentos de alta complexidade.

Os serviços de saúde devem ser organizados em redes que, dialeticamente, concentram certos serviços e dispersam outros. Em geral, os serviços de atenção primária à saúde devem ser dispersos; ao contrário, serviços de maior densidade tecnológica devem ser concentrados. Os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam de economias de escala (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Há, na literatura internacional, dezenas de estudos que mostram evidências de economias de escala nos hospitais e revelam que essas economias podem

acontecer em hospitais entre 100 a 450 leitos e que as deseconomias vão acontecer em hospitais pequenos e em hospitais de mais de 650 leitos (ALETRAS; JONES; SHELDON, 1997).

A atenção hospitalar do SUS vive uma crise crônica que se arrasta por anos. Essa crise manifesta-se em três dimensões principais: o subfinanciamento, a baixa capacidade gerencial e a ineficiência. É evidente que os recursos para a atenção hospitalar no SUS são insuficientes e isso se manifesta no pagamento de procedimentos, especialmente de média complexidade, por valores muito abaixo dos seus custos. Por fim, há muitas ineficiências, especialmente de escala. O caso dos hospitais do SUS é um bom exemplo onde haverá que se aumentar os recursos para financiá-los, mas, concomitantemente, dar um choque de eficiência, com uma profunda reengenharia da rede hospitalar pública.

A rede hospitalar do SUS, em 2003, era composta por 6.854 hospitais. Esses hospitais tinham 477.266 leitos contratados pelo SUS, 2,7 leitos por mil habitantes, que produziram 11,7 milhões de internações hospitalares, com um gasto anual próximo a 6,8 bilhões de reais.

Um exame da composição da rede hospitalar do SUS em 2003, por porte dos hospitais, medido pelo número de leitos mostra que 38,8% dos hospitais tinham 30 leitos ou menos, 22,0% tinham de 31 a 50 leitos, 20,9% tinham de 51 a 100 leitos, 11,9% tinham 101 a 200 leitos, e 6,4% tinham mais de 201 leitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). O exame desses números permite concluir que, tomadas as evidências recolhidas na literatura internacional como referência, apenas 1.253 hospitais, 18,3% do total apresentam possibilidades de operar com eficiência; portanto, 81,7% tendem a funcionar com deseconomias de escala.

Uma caracterização da morbidade hospitalar permite aprofundar a compreensão do fenômeno das ineficiências de escala na rede hospitalar do SUS. É que pode ser feito através das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial. Esse indicador capta as condições que são realizadas devido à má qualidade da atenção primária e que, portanto, são condições evitáveis, e as internações desnecessárias que são fruto da aplicação, ao SUS, da Lei de Roemer. Ambos os fenômenos estão presentes nos hospitais do SUS; de um lado, há internações que são feitas por deficiências na Atenção Primária à Saúde; de outro, há internações desnecessárias que ocorrem porque o sistema de saúde tem a capacidade de induzir a demanda pela oferta. O que é facilitado pelo sistema de pagamento por procedimentos.

TABELA 1**INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO AMBULATORIAL–ICSAA,
NO SUS, POR PORTE DOS HOSPITAIS E POR VALORES PAGOS – 2001**

Porte dos Hospitais por Número de Leitos	ICSAA em %	Recursos Pagos à ICSAA em %
Até 30 leitos	55,3	53,7
De 31 a 50 leitos	50,7	49,1
De 51 a 100 leitos	41,0	36,0
De 101 a 200 leitos	29,7	22,3
De 201 a 300 leitos	22,1	15,5
De 301 a 500 leitos	18,1	13,3
De 501 a 1.000 leitos	14,5	10,7
Mais de 1.000 leitos	13,6	10,4
Total	33,8	44,1

Fonte: Alfradique e Mendes, 2002.

Todos esses dados atestam que há uma enorme ineficiência de escala na rede hospitalar do SUS e que isso representa um grande desperdício dos recursos escassos desse sistema público de saúde. Uma política conseqüente de atenção hospitalar no SUS envolverá, além de alocar mais recursos, dar mais eficiência à utilização dos recursos já comprometidos. O que exigirá um processo – politicamente complexo – de mudança profunda da rede hospitalar do SUS que permitirá chegar a uma rede hospitalar socialmente necessária, com muito menos hospitais, estrategicamente localizados nos territórios sanitários e com escalas adequadas para prestar serviços econômicos e de qualidade.

Ademais, a ineficiência de escala do SUS pode ser encontrada no sistema de apoio diagnóstico. A lógica de estruturação das redes de laboratórios para obter economias de escala e qualidade, passa, nos sistemas públicos de saúde, por uma estruturação em redes com a descentralização da coleta para as unidades de saúde, com a centralização do processamento dos exames e com o desenvolvimento de sistemas logísticos ágeis que liguem as duas pontas dessa rede.

Tem havido uma tendência de crescimento dos exames de patologia clínica no SUS, que passaram de 259,780 milhões em 2002 para 315,348 milhões em 2005. Os gastos com esses exames foram de 1,033 bilhão de reais em 2002 para 1,304 bilhão de reais em 2005. A rede de apoio diagnóstico do SUS envolveu, em 2005, 13.579 laboratórios de patologia clínica. Há, no SUS um laboratório de patologia clínica por cada 13.350 habitantes e o número médio de exames realizados por

laboratório é de 23.223 exames/ano. Esses números indicam uma escala muito baixa que determina enormes deseconomias no sistema de apoio diagnóstico.

O sistema de apoio diagnóstico do SUS é um caso de enorme ineficiência. Nesse sistema, sequer se pode falar em aumento dos recursos, como no sistema hospitalar, porque esse sistema não parece estar significativamente sub-financiado.

9.2.5 A ineficiência alocativa

A eficiência dos sistemas de saúde depende de uma alocação equilibrada dos recursos entre seus diversos setores. A razão é simples: os problemas complexos como os da saúde exigem soluções complexas e sistêmicas. Além disso, a situação de saúde brasileira exige, para seu enfrentamento eficiente, a estruturação de redes integradas de atenção à saúde. O que implica equilibrar as ações e os gastos do Sistema de saúde nos níveis de atenção primária, secundária e terciária de atenção à saúde. Desequilíbrios internos ao sistema, na alocação dos recursos financeiros em função dos diferentes setores de prestação de serviços de saúde, tendem a provocar ineficiências alocativas, repercutindo, negativamente, nos resultados sanitários.

Uma análise mais acurada, realizada no componente de assistência hospitalar e ambulatorial demonstra que há, além de um forte subfinanciamento das ações de média complexidade, e uma migração interna de recursos para os procedimentos de alta complexidade.

O subfinanciamento das ações de média complexidade parece estar acontecendo no SUS e tem repercussões na eficiência dos gastos, na oferta de serviços e nos resultados sanitários. Uma fonte de constantes reclamações da população em relação ao SUS está na dificuldade de se obter consultas médicas e exames especializados em tempo oportuno. Sabe-se que há fortes restrições a internações em procedimentos de média complexidade. Tudo isso parece estar associado à insuficiência dos recursos despendidos na média complexidade.

Além dos problemas de remuneração dos procedimentos, há uma dinâmica perversa de reajustes da tabela SUS. Um estudo do Ministério da Saúde (2001) mostrou os seguintes reajustes porcentuais, de 1995 a 2001, na tabela de internações hospitalares: retirada de órgãos para transplante: 300%; tratamento clínico da

contusão cerebral: 113%; prostatectomia: 75%; insuficiência renal aguda: 51%; bronquite aguda: 48%; e crise hipertensiva: 47%.

Por essas razões, as projeções de crescimento dos gastos do SUS até 2010, realizadas por Vianna et al. (2005), mostram um aumento maior dos gastos em alta complexidade do que nos de média complexidade.

Certamente, a solução dos problemas do desequilíbrio interno na assistência de alta e média complexidade passa pelo aumento dos gastos públicos em saúde. Concomitantemente, medidas de aumento da qualidade desses gastos deveriam ser adotadas.

9.2.6 A equidade do financiamento

A Organização Mundial da Saúde estabelece que um dos objetivos dos sistemas de saúde é o alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma eqüitativa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). Apesar disso, a equidade não atinge na legislação constitucional e infraconstitucional do SUS, um status jurídico singularizado. A Lei n. 8.080/90 menciona, no seu art. 2º, § 1º, o dever do Estado de estabelecer acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Não obstante, a equidade tem sido reinterpretada, seja no discurso oficial, seja na fala de atores sociais de relevância na arena sanitária, como um princípio do SUS. É justo que seja assim porque os sistemas públicos universais devem buscar a equidade.

O financiamento do SUS, visto na perspectiva da equidade, exige uma política de financiamento de custeio que aloque os recursos financeiros entre os estados e entre os municípios de cada estado, a partir de um valor per capita igualitário, ajustado por estrutura etária, por gênero, por necessidades de saúde e que leve em consideração a oferta de serviços.

Paralelamente ao processo de redistribuição eqüitativa dos recursos federais de custeio devem ser implementados programas de investimentos, através de Planos Diretores de Investimentos (PDIs), para equilibrar interregionalmente a oferta dos serviços de saúde, além de uma política de recursos humanos voltada a fixação de profissionais.

9.3 O desafio do modelo institucional do SUS

O Brasil é um país federativo e, por essa razão, o modelo institucional do SUS foi construído para ser operado pela tríade federativa. Os entes federados mantêm, entre si, diretamente ou por meio da mediação de instituições de gestão compartilhada e de controle social, complexas inter-relações.

Os avanços obtidos pelo SUS e o sucesso dos programas desenvolvidos nos últimos anos, devem-se, em boa parte, à contribuição parceira dos governos federal, estaduais e municipais e à vigilante ação de controle social exercida pelos Conselhos de Saúde, em suas diversas instâncias. O modelo institucional do SUS tem sido considerado uma prática exitosa de governança de políticas públicas, tanto que tem servido de modelo para outros setores governamentais, como os de Segurança Pública e Assistência Social.

O modelo institucional do SUS está ancorado no federalismo brasileiro de tipo cooperativo e intra-estatal.

Por força da Constituição Federal de 1988, houve uma descentralização das ações e serviços de saúde, para os estados e, muito especialmente, para os municípios.

O componente da cooperação é predominante no SUS. Ele se manifesta na instituição de instâncias permanentes de pactuação, as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites. Esses mecanismos decisórios interfederativos garantem, ademais, o caráter de federalismo intra-estatal. No melhor espírito federativo, as Comissões Intergestores funcionam como mecanismos de freios e contrapesos à concentração de autoridade em determinados entes federativos.

Outro mecanismo cooperativo fundamental, criado pelo federalismo sanitário brasileiro, foi a transferência de recursos fundo a fundo, que permite liberar o sistema das amarras dos convênios e dar agilidade às políticas públicas de saúde.

Além disso, o federalismo sanitário brasileiro desenvolveu sistemas solidários interessantes para a solução problemas comuns, como os Consórcios Intermunicipais de saúde.

Além da cooperação organizada nas Comissões Intergestores, o modelo institucional do SUS, em função das determinações da Lei n. 8.142/90, estabelece, em todos os níveis do sistema, a participação social por meio dos Conselhos de Saúde.

O espírito da Constituição Federal de 1988 foi de descentralização no suposto de que, desta forma, se garantiriam políticas públicas mais democráticas, já que estariam mais próximas da cidadania organizada. Para muitos, isso levaria, também, a um uso mais eficiente dos recursos da saúde.

Na experiência internacional, a descentralização dos sistemas de saúde foi impulsionada, como no caso brasileiro, por um desencanto com sistemas descentralizados que se caracterizariam por controles burocráticos, ineficiências, apropriação burocrática e baixa capacidade de resposta às demandas da população. No entanto, avaliações mais rigorosas dos processos de descentralização na saúde mostram que, em geral, esses processos não têm sido capazes de concretizar os objetivos de equidade no acesso, aumento da eficiência, melhoria da qualidade dos serviços e financiamento sustentado, até porque esses objetivos finalísticos dos sistemas de saúde apresentam nítidos trade-offs entre si (BOSSERT; LARRAÑAGA; MEIR, 2000; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Não parece ser diferente no Brasil. É o que constatou Arretche (2003) para quem “não há nenhuma garantia intrínseca à autonomia dos governos locais que os torne responsáveis, comprometidos com as necessidades dos cidadãos e determinados a administrar com eficiência”. O comportamento adequado dos governos parece depender mais dos incentivos a que estão sujeitos e das instituições, como defendem os neo-institucionalistas (NORTH, 1990). Por isso, vale a pena verificar como se portam esses incentivos e as instituições no SUS.

O modelo institucional do SUS deve expressar a opção do federalismo brasileiro por um federalismo cooperativo de tipo intra-estatal. Esse deve ser o sentido que deve balizar as mudanças no modelo institucional do SUS. Ou seja, a superação dos problemas do federalismo sanitário brasileiro deve estar na radicalização desse modelo.

Os limites são claros e se localizam na crise do federalismo fiscal. Um novo modelo institucional do SUS vai depender de uma reforma tributária que redistribua as receitas tributárias entre os entes federados de forma mais equânime e redefina as

competências interfederativas na saúde. No entanto, se o diagnóstico da necessidade da reforma tributária é unânime, a forma de concretizá-la tem sido motivo de grandes dissensos entre os atores políticos e econômicos. Por isso, é preciso avançar no aperfeiçoamento do modelo institucional do SUS, independentemente da reforma tributária. E há possibilidades de fazê-lo, especialmente depois do Pacto pela Saúde, que criou um ambiente mais propício ao desenvolvimento de um federalismo mais cooperativo no SUS.

Os avanços no federalismo sanitário devem ser feitos em obediência à melhor doutrina federalista e de acordo com os supostos do federalismo cooperativo intra-estatal.

Um elemento central da doutrina federativa é o equilíbrio entre os entes nacionais e subnacionais. Esse equilíbrio, ainda que em grande parte dependente de uma reforma tributária, pode ser melhorado imediatamente.

O modelo institucional do SUS apresenta forte desequilíbrio interfederativo. Há uma presença decisória forte do Executivo que se sobrepõe normativamente aos controles legislativos e dos Conselhos de Saúde. A centralização dos recursos na esfera federal concentra, também, no Ministério da Saúde, o poder normativo do SUS. Isso significa que as políticas dos governos subnacionais são fortemente dependentes do poder normativo e econômico do Ministério da Saúde e sujeitas às transferências de recursos federais. A queda da participação relativa do Ministério da Saúde no financiamento do SUS não parece ter diminuído, proporcionalmente, seu poder normativo. Em outros termos, a diminuição relativa dos recursos do Ministério da Saúde no SUS não parece ter significado uma queda proporcional na sua capacidade normativa.

A instituição da Comissão Intergestores Tripartite retirou do governo federal a possibilidade de estabelecer, exclusiva e unilateralmente, as regras do jogo no SUS, no que afeta os entes subnacionais. Por meio deste mecanismo de cooperação federalista, estados e municípios podem atuar como freios e contrapesos, uma característica dos federalismos, e co-participar na formulação e controle das políticas de saúde. O mesmo é válido para as Comissões Intergestores Bipartites nas relações entre estados e municípios.

A harmonização federativa do SUS passa, também, pela reafirmação da doutrina do equilíbrio entre a competição e a cooperação e do princípio da

unidade na diversidade. É necessário eliminar do SUS os espaços de competição interfederativa predatória identificados.

A implementação das políticas públicas de saúde pelos entes federativos deverá ser, sempre, cooperativa. Para isso, a política nacional de saúde deveria ser formulada pelo Ministério da Saúde, pactuada na CIT e aprovada no Conselho Nacional de Saúde, mas a forma de fazê-lo deveria ser por meio de um conjunto de políticas prioritárias explicitadas por metas finalísticas a ser alcançadas nacionalmente, como está no espírito do Pacto pela Vida. Não deveriam ser desenhados programas com ações detalhadas a serem implantadas verticalmente em todo o país. A construção concreta dessas políticas, em termos de atividades a serem desenvolvidas, seria feita em obediência ao princípio da unidade na diversidade, nas CIBs Estaduais, por acordo entre os estados e os municípios.

O poder normativo do Ministério da Saúde, além de quantitativamente dominante, é qualitativamente inadequado num sistema de federalismo cooperativo. A razão disso é que as normas ministeriais são, em geral, abrangentes e minudentes, muitas vezes não permitindo uma reinterpretação nos níveis subnacionais de governo para adequá-las às realidades regionais e locais. Ou seja, há pouco espaço para a diversidade na unidade, que é marca fundamental dos regimes federalistas e os “brasis reais”, muitas vezes, não cabem na normativa ministerial centralizada. Dessa forma, as políticas pactuadas nacionalmente poderiam ser recriadas, segundo as singularidades dos estados e das regiões brasileiros.

O novo pacto federativo sanitário deverá estruturar-se sob o mote da unidade doutrinária e da diversidade operacional. O Ministério da Saúde deverá ser o garantidor da unidade doutrinária, formulador e controlador das políticas nacionais e co-financiador do sistema, segundo critérios equitativos. Assim, o papel da União no pacto federativo da saúde é manter a integridade dos princípios do SUS, definir as prioridades nacionais a partir das necessidades de saúde da população e monitorar seus resultados e participar do financiamento garantindo a equidade interfederativa. Além disso, há que se cuidar para que o SUS, à semelhança do que parece estar ocorrendo em certas experiências internacionais descentralizadas, não tenda a ser um sistema de confederações regionais de saúde. Para isso, é fundamental garantir a integridade das políticas nacionais e sistemas de informação de cortes, também nacionais.

Será importante avançar no equilíbrio entre competição e cooperação no federalismo sanitário brasileiro. Isso envolverá reforçar os mecanismos cooperativos desenvolvidos e eliminar as competições predatórias do sistema.

O fortalecimento das CIBs estaduais como mecanismos de cooperação e de freios e contrapesos às tendências centralizadoras, será importante e, também, é estimulada pelo Pacto pela Saúde. Fortalecer essas instâncias de pactuação do SUS implicará dar, a elas, musculatura institucional e sistemas gerenciais potentes para que possam recriar as políticas nacionais de acordo com as realidades estaduais.

A diversidade do Brasil não se manifesta somente nas diferenças entre os estados. Ela, igualmente, está presente nas distintas realidades regionais dentro dos estados. Por isso, será fundamental desenvolver as CIBs regionais como espaços de recriação das políticas estaduais nas regiões sanitárias. Haverá que se desenvolver institucionalmente as CIBs regionais para dar conta desse novo papel no federalismo sanitário brasileiro. Isso será possível se as Secretarias Estaduais de Saúde fortalecerem a sua presença nas regiões de saúde.

O pacto federativo do SUS deveria enfrentar os problemas do processo de municipalização na saúde. A municipalização da saúde se teve aspectos muito positivos, como a melhoria do acesso dos brasileiros aos serviços de saúde, trouxe a fragmentação de serviços que, para operarem com eficiência e qualidade, devem ser relativamente centralizados para obter escalas ótimas. É o que se viu, anteriormente, na atenção hospitalar e nos sistemas de apoio diagnóstico. A forma mais racional de superar esses problemas é, mantendo a municipalização, organizar redes de Atenção à Saúde que concentrem, relativamente, equipamentos que exigem escala, nas regiões sanitárias. O que vai exigir, mais uma vez, uma capacidade institucional das CIBs regionais que articulem, cooperativamente, o estado e os municípios na região sanitária.

Os Consórcios Públicos de Saúde poderão ser reforçados em sua vertente cooperativa. Para isso, será fundamental adequá-los às bases territoriais dos Planos Diretores de Regionalização e às normativas do SUS, especialmente no que concerne aos sistemas de contratação de prestadores de serviços. A nova lei de consórcios, ao permitir consórcios interfederativos, avança nas possibilidades de cooperação e pode ser, eventualmente, utilizada no aperfeiçoamento da governança regional do SUS.

Essas possibilidades de avanços no modelo institucional do SUS expressam, no seu conjunto, um novo movimento de descentralização do SUS, que deverá ser feito de acordo com os princípios doutrinários e operacionais do federalismo cooperativo intra-estatal, descentralizará da União para os estados e dos estados para as regiões sanitárias e centralizará, relativamente, certos serviços que exigem escala mínima para operarem com eficiência e qualidade, dos municípios para as regiões sanitárias.

Dessa forma, o federalismo sanitário brasileiro se aproximará mais das evidências internacionais encontradas por estudiosos das reformas sanitárias sobre a importância de regiões mesorregionais como forma de compatibilizar o acesso aos serviços próximos aos cidadãos com provisão econômica e de qualidade (MILLS ET AL., 1990; HUNTER; VIENONEN; WLODARCZYK, 1998).

9.4 O desafio do modelo de Atenção à Saúde do SUS

O modelo de Atenção à Saúde do SUS caracteriza-se, à semelhança de quase todos os sistemas de saúde universais, por ser voltado para o atendimento às condições agudas. Esse modelo de Atenção à Saúde não se presta para responder, com eficiência e efetividade, a uma situação epidemiológica marcada pelo predomínio relativo das condições crônicas. O modelo de Atenção à Saúde do SUS vive, portanto, uma grave crise, representada pela incoerência entre a situação de saúde do Brasil e a resposta social organizada para responder a essa situação. Esse desafio só será superado por uma mudança no modelo de Atenção à Saúde vigente no sistema público brasileiro.

9.4.1 As condições agudas e crônicas

Tradicionalmente, as doenças e agravos de saúde têm sido divididos em doenças transmissíveis e doenças não-transmissíveis. Ainda que essa tipologia seja útil do ponto de vista dos estudos epidemiológicos, ela é insuficiente para dar conta da organização dos sistemas de saúde. A razão é simples: há doenças transmissíveis que, por sua natureza, comportam-se, na resposta social que exigem dos serviços de saúde, mais próximos às doenças crônicas.

Por isso, recentemente, a Organização Mundial da Saúde (2003) propôs uma nova tipologia de doenças, dirigida à organização dos sistemas de atenção à saúde: as condições agudas e as condições crônicas.

As condições agudas caracterizam-se por: ii) a duração da condição é limitada; ii) a manifestação é abrupta; iii) a causa é usualmente simples; iv) o diagnóstico e o prognóstico são usualmente precisos; v) as intervenções tecnológicas são usualmente efetivas; e vi) o resultado das intervenções leva normalmente à cura. Diversamente, as condições crônicas caracterizam-se por: i) o início da manifestação é usualmente gradual; ii) a duração da doença é longa ou indefinida; iii) as causas são múltiplas e mudam ao longo do tempo; iv) o diagnóstico e o prognóstico são usualmente incertos; v) as intervenções tecnológicas são usualmente não decisivas e, muitas vezes, com efeitos adversos; vi) o resultado não é a cura, mas o cuidado; vii) as incertezas são muito presentes; e viii) o conhecimento deve ser compartilhado por profissionais e usuários de forma complementar (HOLMAN; LORIG, 2000). Assim, as condições crônicas vão além das doenças crônicas, como diabetes, hipertensão e câncer, para abarcar, ademais, condições transmissíveis persistentes como tuberculose, HIV/Aids, hanseníase e outras, distúrbios mentais de longa duração, deficiências físicas ou estruturais contínuas e as condições maternas e perinatais. Em síntese, as condições crônicas poderiam ser definidas como aquelas que apresentam um período de tempo superior a três meses e que, em geral, não se auto-limitam.

9.4.2 A situação de Saúde no Brasil

Os principais fatores determinantes do aumento relativo das condições crônicas são as mudanças demográficas, as mudanças nos padrões de consumo e nos estilos de vida e a urbanização acelerada. Esses fatores estão presentes no Brasil e determinam uma situação epidemiológica de dupla carga das doenças, com predomínio relativo das condições crônicas.

As conseqüências sanitárias das doenças crônicas são desastrosas. A Organização Mundial da Saúde estimou que, no ano 2005, 35 milhões de pessoas morreram por doenças crônicas no mundo, o que representa 60% de todas as mortes: 17,5 milhões por doenças cardiovasculares, 7,5 milhões por câncer, 4 milhões por doenças respiratórias crônicas e 1,1 milhão por diabetes. Os países mais pobres são mais afetados pelas mortes por doenças crônicas porque 80% delas ocorrem nesses países. Além desses problemas sanitários, as repercussões econômicas são enormes, especialmente nos países mais pobres. Estima-se que a perda de renda nacional devido às doenças cardiovasculares e diabetes atingirão, nos próximos dez anos, 558 bilhões de dólares na China e 49,2 bilhões de dólares no Brasil (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

As perdas sanitárias e econômicas devido às doenças crônicas são e serão, mais ainda, enormes. Isso se deve, em grande parte, à crise dos modelos de atenção à saúde que se voltam, em geral, para o atendimento às condições agudas. No mundo e no Brasil.

9.4.3 A crise do modelo de Atenção à Saúde do SUS

A crise do modelo de Atenção à Saúde do SUS se explicita na incoerência entre uma situação epidemiológica de dupla carga das doenças, em que 75% das causas dessa carga é composta por condições crônicas, e um modelo de atenção à saúde voltado para a atenção às condições agudas. A Organização Mundial da Saúde (2003) explica esta crise dos sistemas de saúde numa frase-síntese: “Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de atenção às condições agudas

não funciona. Devem ser desenvolvidos os cuidados inovadores para as condições crônicas”.

Dadas as características singulares das condições agudas e crônicas, seus manejos, pelos sistemas de serviços de saúde, são inteiramente diversos. Por isso, um dos problemas centrais da crise dos sistemas de serviços de saúde contemporâneos, inclusive o SUS, consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, por meio de tecnologias destinadas a responder aos momentos agudos dos agravos – normalmente autopercebidos pelas pessoas –, por meio da atenção à demanda espontânea, principalmente em unidades ambulatoriais de pronto atendimento ou de internações hospitalares. E desconhecendo a necessidade imperiosa de uma atenção contínua nos momentos silenciosos dos agravos, quando as condições crônicas insidiosamente evoluem e com intervenções que se façam, equilibradamente, sobre os determinantes distais e proximais, sobre os fatores de risco e sobre as doenças e agravos.

9.4.4 O modelo de Atenção à Saúde voltado para as condições crônicas no SUS: a organização das redes de Atenção à Saúde

O modelo de Atenção à Saúde do SUS deve, para dar conta da situação de saúde brasileira, mudar radicalmente. É preciso organizar esse modelo sob a forma de redes de Atenção à Saúde.

Uma primeira mudança será cultural. O modelo hierárquico do SUS, expresso em sua organização por níveis de atenção, da atenção básica à média e à alta complexidade, precisa ser revertido. Esse modelo piramidal tem conseqüências perversas na prática cotidiana do SUS e se assenta numa concepção teórica equivocada.

A consideração da Atenção Primária à Saúde, como atenção básica, menos complexa que os níveis de média e alta complexidade, não se sustenta. Não é verdade que os procedimentos da Atenção Primária à Saúde sejam menos complexos que os considerados de média e alta complexidades. São, por certo, menos densos tecnologicamente, mas muito complexos. As tecnologias promocionais e preventivas

da Atenção Primária à Saúde e o manejo de 90% dos problemas de saúde não configuram um conjunto tecnologias de baixa complexidade. Essa visão ideológica – característica de uma Atenção Primária à Saúde como programa para os pobres ou como programa de atenção seletiva –, deve ser afastada e substituída por uma concepção contemporânea de estruturação de redes horizontais de Atenção à Saúde.

Na concepção de redes, a idéia de hierarquia deve ser substituída pela de poliarquia. Não há hierarquia entre os diferentes nós da rede sanitária, todos são igualmente importantes para os objetivos do sistema. Entretanto, as redes de Atenção à Saúde apresentam uma característica singular: elas devem ter um centro de comunicação que coordene os fluxos das pessoas e das coisas na rede e que é constituído pela Atenção Primária à Saúde.

9.4.5 A implantação das redes de Atenção à Saúde no SUS

As redes de Atenção à Saúde são entendidas como a organização horizontal dos serviços, com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde, que permite prestar uma atenção contínua a determinada população – no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa –, e que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos àquela população.

As redes de Atenção à Saúde do SUS deverão ser estruturadas segundo alguns princípios fundamentais de organização dos serviços de saúde e numa relação dialética dentre eles. Elas deverão responder, com eficácia e com eficiência, às condições agudas e crônicas da população.

Na implantação das redes de Atenção à Saúde há uma hierarquia de princípios em que o maior é o do acesso. Assim, quando se der um conflito entre os princípios de escala e acesso – o que é comum em regiões de baixa densidade demográfica –, prevalecerá o acesso sobre a eficiência do sistema.

A estruturação ótima das redes de Atenção à Saúde, além da obediência a esses princípios estruturantes, deve se ajustar à territorialização sanitária. Nesse aspecto, a regionalização proposta no Pacto pela Saúde facilita a organização das redes de atenção à saúde porque incorpora os princípios mencionados e os acolhe

na metodologia de desenvolvimento dos Planos Diretores de Regionalização.

Dessa forma, as redes de atenção à saúde do SUS deverão conformar-se de modo que cada município seja auto-suficiente na Atenção Primária à Saúde; cada microrregião seja auto-suficiente na Atenção Secundária à Saúde (média complexidade); e cada macrorregião seja auto-suficiente na Atenção Terciária à Saúde (alta complexidade).

As redes de Atenção à Saúde devem ser integradas por sistemas logísticos, sustentados por potentes tecnologias de informação. A ausência de sistemas logísticos adequados é que faz com que a referência e contra-referência no SUS seja um discurso reiterado, mas sem possibilidade de concretização. Os principais sistemas logísticos das redes de Atenção à Saúde são: o cartão de identificação dos usuários (cartão SUS ou similar); as centrais de regulação, compostas pelo módulo de consultas e exames especializados, pelo módulo de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, pelo módulo de internações de urgência e emergência e pelo módulo de internações eletivas; os prontuários eletrônicos; e os sistemas de transportes sanitários compostos pelo módulo de transporte de urgências e emergências, pelo módulo de transporte eletivo, pelo módulo de transporte de amostras de exames e pelo módulo de transporte de resíduos de saúde.

Os sistemas de apoio estão constituídos pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico (patologia clínica, imagens etc); e pelo sistema de assistência farmacêutica que envolve a organização dessa assistência em todo o seu ciclo (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e uso racional).

A gestão da rede envolve a definição de uma institucionalidade de gestão e o uso de tecnologias de programação e monitoramento compartilhados do SUS.

9.4.6 A gestão das redes de Atenção à Saúde nos espaços regionais

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

Esses espaços devem ser explicitados por meio dos Planos Diretores de Regionalização sob a coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde, sendo que é fundamental que seja valorizado o esforço já realizado pelos estados e municípios. Cabe às SES a coordenação do processo de regionalização.

Deve ser considerada a situação em especial das regiões metropolitanas, cujo desenho estratégico de rede deve ser realizado sob a coordenação das SES.

Ao definir as redes assistenciais, há que se considerar as peculiaridades regionais existentes no Brasil, especialmente no que concerne a regiões de baixa densidade demográfica, como por exemplo, a região Norte e a Amazônia Legal.

O espaço de pactuação regional deve ser a CIB microrregional, e para sua composição e funcionamento deve-se considerar as definições estabelecidas pelas respectivas CIB-Estaduais, sendo que suas decisões tomadas por consenso.

A gestão microrregional dos recursos exige que se busquem alternativas capazes de fazer frente à gestão solidária desses recursos. No nível microrregional visualizam-se como alternativas:

- o recurso financeiro dos municípios da região é transferido ao município-pólo conforme pactuação;
- criação de Consórcio Público Intermunicipal ou Intermunicipal/Estadual;
- o recurso financeiro dos municípios da região é transferido à Secretaria Estadual de Saúde conforme a programação pactuada e integrada; e
- o recurso financeiro é transferido diretamente a cada município, conforme pactuação derivada da PPI. Os municípios da região e as SES definem em conjunto a modalidade de gestão.

9.5 O desafio da gestão do trabalho no SUS

9.5.1 O Campo do trabalho em saúde

Durante um longo período que se inicia nos anos 1950 e se estende até meados dos anos 1980, a preocupação dos gestores públicos na área da saúde estava restrita ao financiamento, estrutura da rede e organização dos serviços. A questão de recursos humanos, na forma em que se organizava a produção, era abordada como um dos insumos necessários: recursos humanos, recursos materiais e recursos financeiros.

A discussão sobre um novo paradigma do trabalho nas sociedades pós-industriais, que se origina nas décadas de 1980 e 1990 a partir da reestruturação produtiva, recoloca a centralidade do trabalhador no processo produtivo, ampliando a discussão sobre a gestão do trabalho, o que inclui repensar os processos de planejamento e qualificação do trabalho e do trabalhador, colocando assim uma nova agenda para os gestores.

A realidade do trabalho evidencia uma transformação significativa, caracterizada por uma transição entre o modelo taylorista/fordista — que vigorou entre os anos 1950 e 1970, no qual a organização do trabalho se caracterizava pela dominância do trabalho prescrito, com poucas possibilidades de intervenção nos processos produtivos e com pouca autonomia por parte dos trabalhadores — e um modelo tecnológico baseado na intelectualização do trabalho cujas principais referências passam a ser o conhecimento técnico e a qualificação profissional.

Para alguns, trata-se de uma estratégia “moderna” para responder às novas formas de organização do trabalho, decorrentes do processo de reestruturação produtiva e da incorporação tecnológica, enquanto para outros é uma estratégia “antiga”, capaz de submeter o processo de qualificação às exigências do mercado.

Nesta conjuntura, novas competências são requeridas dos trabalhadores: o aumento de escolaridade exigida, exigência de conhecimentos gerais, capacidade de planejar, capacidade de comunicação, trabalho em equipe, flexibilidade, acesso a mais informações, capacidade de decisão diante de problemas complexos,

valorização de traços de personalidade (como responsabilidade, criatividade, iniciativa e espírito crítico). Essas novas competências implicam redefinir as formas de formar, recrutar, selecionar, qualificar e manter os profissionais em suas respectivas atividades, criando novas alternativas de incorporação e a remuneração da força de trabalho, cada vez mais especializada, um instrumento gerencial essencial à gestão de recursos humanos.

No Brasil dos anos 1980, em decorrência da crise econômica mais geral que se instala neste contexto, inicia-se um processo de desregulação do mercado de trabalho, marcada nessa primeira etapa por um movimento contraditório: de um lado, ocorre uma desregulação impulsionada pela tendência de desestruturação do mercado de trabalho; de outro, ocorre uma tentativa de regulação motivada pela regulamentação desse mesmo mercado, através da Constituição de 1988.

Para Nogueira (2004), os anos de 1980 e 1990 são marcados por mudanças profundas nas formas em que o mundo do trabalho é organizado em sua estrutura, funcionamento e distribuição no espaço. Segundo este autor, a desregulamentação dos mercados de capitais e do trabalho, liberação de controles e de fronteiras para os fluxos de capitais e diminuição do poder de intervenção do Estado sobre a economia são alguns dos fenômenos mais proeminentes das décadas recentes.

Por outro lado, as políticas públicas têm reconhecido que tais mudanças acarretaram conseqüências negativas para as condições de vida e de trabalho dos assalariados.

Este processo é mais evidenciado nos setores produtivos, mas também já vem sendo notado nos setores de serviços, dentre eles, a saúde. Entretanto, uma das contradições evidentes no setor saúde é o fato de que a flexibilização e a precariedade do trabalho parecem manifestar-se devido a fatores que não o maciço desemprego, na medida em que em alguns países detecta-se que este setor, tanto no segmento público quanto no privado, comporta-se como um forte indutor de emprego, como é o caso do Sistema Único de Saúde no Brasil (NOGUEIRA, 2004).

O conceito de trabalho precário não tem obtido consenso entre os diferentes atores mais diretamente envolvidos na implementação do Sistema Público de Saúde, seja entre trabalhadores e gestores, seja entre os gestores das diferentes esferas de governo. Três principais conceituações de precariedade e informalidade do trabalho são encontradas entre os autores:

- 1) caracteriza uma situação de déficit ou ausência de direitos de proteção social;
- 2) decorre de uma instabilidade do vínculo, do ponto de vista dos interesses dos trabalhadores; e
- 3) está associada a condições de trabalho de determinados setores da economia que criam vulnerabilidade social para os trabalhadores aí inseridos.

A heterogeneidade de vínculos, portanto, é outro dado importante que compõe esse conjunto de transformações. As novas formas de contrato mudam radicalmente os mecanismos de ingresso e manutenção do trabalhador, estabelecendo novas relações de trabalho, definindo também a necessidade de adquirir competências que habilitem trabalhadores e gestores como negociadores, das condições de trabalho.

Nessa conjuntura, as instituições deveriam estar preparadas para realizar negociações e preservar a harmonização dos diferentes vínculos, função antes mediada pelos sindicatos e por outras entidades da sociedade civil na direção do trabalho decente que é o conceito criado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) para um trabalho adequadamente remunerado, exercido em condições de liberdade, equidade e segurança, capaz de garantir uma vida digna, segundo os padrões de cada sociedade.

Trazer essa discussão para o campo da saúde é um desafio, na medida em que: i) esta é uma área multi e interdisciplinar, que compreende um largo espectro de atividades de produção e de serviços, que abrangem desde a indústria de equipamentos e medicamentos à prestação de serviços médicos, em nível hospitalar, ambulatorial ou de unidades de saúde, passando pela produção de conhecimento e informação; e ii) o foco principal destas atividades são pessoas e, portanto, o processo de trabalho é pautado no contato humano e na relação entre as pessoas.

Por outro lado, as tendências do trabalho em saúde apontam para uma formação mais polivalente, gerando a necessidade de revisão das atuais habilitações de nível médio, o que ao mesmo tempo causa resistências do ponto de vista corporativo e ameaça a construção de uma identidade profissional.

Em síntese, essa discussão nos permite afirmar que: as mudanças tecnológicas estão se processando, de fato, no campo do trabalho em saúde, embora de forma assimétrica e em diferentes tempos e espaços, expressando-se em tecnologias materiais e imateriais; as mudanças têm impacto na vida das pessoas, no seu estado

de saúde e no seu trabalho; as mudanças ocorrem em função e a partir de mudanças na dinâmica social, sendo ao mesmo tempo determinantes e determinadas por novos comportamentos sociais; na base dessas mudanças estão o desenvolvimento do campo científico e tecnológico e a forma de organização da produção; a relação entre processos cognitivos e o uso de modernas tecnologias está para além do problema de ensino e formação e deve ser analisada no contexto das mudanças na base técnica, organizacional e administrativa do trabalho.

9.5.2 A gestão do trabalho no SUS

As reformas no setor saúde na década de 1990 foram pautadas pela implantação do Sistema Único de Saúde, com ênfase na descentralização das ações e serviços de saúde, sobretudo quanto à municipalização. Houve uma grande expansão de serviços municipais e foram priorizados novos modelos de atenção voltados para a Atenção Primária da Saúde, tendo como proposta estruturante o programa de Saúde da Família.

A mudança do modelo de atenção exige estratégias de grande abrangência e de realização em curto prazo. Essa expansão acelerada e em grande escala dos serviços ocasionou mudanças significativas na composição e estruturação da força de trabalho em saúde, com concentração nas esferas de governo estaduais e municipais. Ademais, coube a estas esferas governamentais a maior responsabilidade pela implementação das políticas sociais na nova ordem democrática, arcando com todo o peso financeiro, administrativo e de pessoal dos aparelhos de Segurança, de Educação, de Saúde, de Saneamento Básico e de Assistência Social. A possibilidade de garantir os direitos sociais inscritos na Constituição é tarefa dos entes descentralizados do estado brasileiro.

A descentralização das ações e dos serviços sociais e de saúde tem um lado perverso, o da “desresponsabilização” da esfera federal em relação a manutenção dessa força de trabalho responsável pelas políticas sociais, fato agravado pela política fiscal e tributária que privilegia a União. Uma evidência dessa assertiva é a indefinição adotada pela gestão federal do SUS em relação à reposição dos servidores descentralizados (para estados e municípios) do antigo Inamps – em 2002, aproximadamente 50 mil servidores, com custo estimado de um bilhão

de reais/ano –, e da Funasa – 26 mil estimados –, porque, como se sabe, uma outra razão para a “precarização” da força de trabalho na saúde está exatamente nas dificuldades encontradas pelos estados e municípios para a reposição desse importante contingente de trabalhadores em processo de aposentadoria (CONASS, 2002).

Essa questão se agrava com as restrições orçamentárias impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal, que limita os gastos com pessoal, frente à necessidade de incorporação de pessoal para atender às novas demandas trazidas pelas políticas de saúde. Para fazer frente a estes problemas os gestores do SUS, nas três esferas, vêm lançando mão de estratégias de gestão de pessoal diferenciadas, que incluem: contratação temporária, terceirização através de empresas ou cooperativas, contratos por órgãos internacionais, contratos através de serviços prestados, bolsas de trabalho, estágios, triangulações por meio de empresas privadas, contratos com entidades privadas não lucrativas, contratos de gestão com organizações sociais; convênios com Organizações Sociais de Interesse Público (Oscips).

A utilização destes mecanismos tem auxiliado a gestão do SUS a dar respostas mais rápidas às demandas por novos serviços, ou pela ampliação dos existentes, mas também tem levado a problemas de ordem legal e gerencial, gerando conflitos e impasses na implementação do SUS.

A gestão do trabalho no SUS é parte da gestão do trabalho na Administração Pública em geral e está relacionada ao contexto político e econômico mundial. Pode ser compreendida por três grandes eixos: a mudança no modelo de estado, que passa de um modelo provedor para um modelo regulador; a reestruturação produtiva, que traz novas formas de relação de trabalho; e a incorporação tecnológica, que introduz novas práticas e novos processos de trabalho.

A Constituição de 1988 instituiu o Regime Jurídico Único (RJU), estabelecendo as novas regras que deveriam orientar, no âmbito da Administração Pública, as contratações de serviços e de pessoal para o estado, que foram regulamentadas por meio da Lei n. 8.666/93.

Para fazer frente às novas demandas que se colocavam neste campo, e na busca da consolidação de um modelo de estado gerencial tem início, nos anos de 1990, um processo de Reforma Administrativa, institucionalizado através da Emenda n. 19, de julho de 1998. O processo de aprovação da emenda pelo Congresso Nacional

suprimiu algumas propostas de flexibilização, frustrando a possibilidade de adoção do emprego público como forma alternativa de contratação no setor público. Nesse aspecto da reforma estabeleceu-se um impasse pelas dificuldades de acordo político com relação ao processo de demissão nesse tipo de vínculo. Dessa forma, o modelo de reforma foi parcialmente implantado, mantendo-se o Regime Jurídico Único como forma exclusiva de incorporação de servidores na Administração Pública, nos diferentes níveis de governo, adotando-se de forma complementar, a contratação de serviços pela via da terceirização.

A Administração Pública federal, estadual e municipal vem se estruturando com uma vasta utilização dos contratos de serviços pela via da terceirização, alternando com a abertura de concursos para incorporação de funcionários pelo RJU. Entretanto, são evidentes as dificuldades no campo da gestão do trabalho, pela ausência de alguns marcos legais nessa área que favoreçam a estruturação de modelos gerenciais mais compatíveis com a lógica que orienta a organização do trabalho, influenciando formas de absorção e manutenção dos trabalhadores. Há ainda o debate sobre a legitimidade e a legalidade da terceirização. No campo da saúde, o ponto de vista adotado por alguns segmentos de trabalhadores do SUS é que qualquer terceirização de serviços implica em precariedade de vínculos, na medida em que não houve concurso público para a contratação do trabalhador.

Nessa lógica, quem não estiver incorporado ao Regime Jurídico Único tem vínculo precário. Os gestores, estaduais e municipais, diferentemente, defendem que todo vínculo de trabalho, seja direto ou indireto, deve assegurar os direitos trabalhistas e previdenciários dos trabalhadores e, desse modo, não há que falar em precariedade se essas condições estão dadas nos vínculos indiretos ou terceirizados.

Do ponto de vista legal, a multiplicidade de vínculos utilizados nem sempre cumpre o que a legislação brasileira estabelece como padrão de proteção ao trabalhador, e os gestores têm assumido compromissos e adotado medidas para enfrentar o problema. Além disso, esta situação tem ocasionado inúmeras ações judiciais para cumprimento desses dispositivos legais. O Ministério Público brasileiro tem sido vigilante e exigente em relação a essa questão.

Do ponto de vista gerencial, os gestores se deparam com múltiplas formas de gestão de contratos, mobilizando mudanças na lógica de gestão interna aos órgãos

públicos, e enfrentando conflitos diversos, pelo tratamento desigual conferido por cada ente contratado, na relação com os trabalhadores envolvidos nas tarefas contratadas pelo estado.

Uma outra área cinzenta, tomada de conflitos e incertezas, é a relação do estado com a regulação das profissões em saúde. A regulação das profissões tem obedecido muito mais às regras estabelecidas pelo mercado do que propriamente às ações efetivas do governo. Estimula-se o processo da auto-regulação das corporações por meio de regras emitidas pelos próprios conselhos de fiscalização do exercício profissional. Vê-se que as iniciativas legislativas reproduzem, na maioria das vezes, resoluções internas desses órgãos que fiscalizam o exercício profissional sem que haja, na maioria das vezes, um debate aprofundado sobre as implicações para a sociedade e o interesse público.

A análise dessa situação permite identificar uma característica básica do atual regime regulatório brasileiro: a existência de uma legislação que preserva “monopólios” de regulação do trabalho, os quais, muitas vezes, extrapolam os seus próprios limites de atuação, disseminando conflitos que alimentam a competição entre corporações regulamentadas, ou suas especialidades, ou ainda, entre estas e as em vias de regulamentação.

Embora a Constituição Federal estabeleça competência privativa à União para legislar sobre a organização do sistema nacional de emprego e condições para o exercício das profissões, essa atribuição que lhe é conferida não está sendo exercida plenamente. Ao mesmo tempo, os conflitos entre os diversos conselhos profissionais – ou mesmo entre as especialidades subordinadas a um mesmo conselho –, em torno dos limites e das competências de cada especialidade, são cotidianos, acarretando graves prejuízos para o interesse público (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

É visão corrente que os profissionais de saúde não têm sido formados com os conhecimentos, habilidades, atitudes e valores necessários ao seu desempenho nos serviços públicos. Inúmeros estudos e trabalhos assinalam a crise na formação e no desenvolvimento dos recursos humanos em saúde, decorrente tanto de determinantes externos, quanto internos. Relacionam-se entre os primeiros as mudanças do processo produtivo e aspectos relativos ao mercado de trabalho e à organização dos serviços. Quanto aos internos ao processo educacional, são enfatizados a especialização exagerada, a desarticulação ensino-serviço, e a desintegração biológico-social,

básico-profissional, individual-coletivo. Também é patente a desigualdade da oferta do mercado educacional para a formação dos profissionais de saúde no Brasil, tanto geográfica (regional) quanto qualitativa, revelada a partir do processo de avaliação em curso no país, desde a década passada.

No cenário descrito, dentre os problemas mais comuns que vêm impactando e dificultando a gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde destacam-se velhos e novos problemas:

- A pouca flexibilidade do Regime Jurídico Único para a gestão do trabalho.
- A indefinição quanto à regulamentação do regime celetista para o setor público.
- Trabalho desregulado e desprotegido.
- Regulação corporativa das profissões de saúde.
- Formação inadequada dos profissionais de saúde para desempenho nos serviços públicos.
- Inexistência de um processo institucionalizado de educação permanente para os trabalhadores do SUS.
- A gestão do trabalho não ocupa lugar destacado na agenda política de pactuação entre os gestores.
- Baixa institucionalização do processo de planejamento de recursos humanos.
- Baixa capacidade gerencial para o monitoramento e a avaliação do sistema de recursos humanos e sobre os gastos com pessoal.
- Baixa eficácia, qualidade e efetividade dos serviços.
- A atuação das auditorias por Órgãos de Controle Internos e Externos, com questionamentos às múltiplas interpretações da lei que se expressam em contratos efetuados com problemas de múltiplas naturezas.
- Termos de Ajuste de Conduta (TACs) realizados com o foco na questão trabalhista como determinantes, mas nem sempre exequíveis pelos gestores, sem constrangimentos de outras despesas também necessárias ao bom funcionamento do SUS.
- Insatisfação dos trabalhadores com mobilização de suas representações.

9.5.3 Gestão do trabalho no SUS como função estratégica e integrada

Se hoje há um consenso no âmbito do SUS é que a questão do trabalho e da formação e qualificação dos trabalhadores de saúde é um desafio do tamanho do SUS.

Partindo do diagnóstico e da análise de situação no setor saúde, e situando-o no cenário e no contexto descritos, é imprescindível destacar algumas dimensões e aspectos que poderão contribuir para o desenvolvimento de uma política consistente e sustentável na área.

É importante insistir que o processo de descentralização da saúde ocorrido na década de 1990 é determinante para a transformação da gestão do trabalho em uma função estratégica e complexa. Para apresentar resultados, ela precisa da explícita e permanente definição de prioridade política dos governantes e dos gestores do sistema, das três esferas de governo, e do envolvimento e compromisso com os valores do Sistema Único de Saúde, por parte do conjunto dos trabalhadores e não apenas de suas lideranças.

A governabilidade dos gestores do setor de saúde na questão da gestão do trabalho é pequena, tal qual na definição dos recursos financeiros para o setor: conjunturalmente, estão na dependência do governante (prefeito, governador, presidente) e estruturalmente, na dependência da própria configuração da gestão do trabalho na administração pública em geral, com todo seu arcabouço legal e normativo – daí a necessidade de compromisso do detentor do mandato, do governante.

Uma outra dificuldade, é que o SUS, mesmo sendo constituído por três esferas autônomas de governo, com governo e legislação própria, exige soluções integradas, não se pode pensar soluções isoladas, de um município ou estado, ou mesmo do conjunto dos servidores federais, por exemplo. A gestão do trabalho no SUS, além de função estratégica, é uma função integrada: só há alternativas reais de mudanças se tratar-se de projetos solidários, entre gestores e entre gestores e trabalhadores.

O Pacto pela Vida, pela Saúde e de Gestão, celebrado de modo tripartite pelos três gestores do SUS em 2006, configura um ganho importante ao incorporar a

questão da gestão do trabalho na agenda de pactuação, mas não se deve ter ilusões quanto ao alcance da iniciativa, ainda insuficiente para enfrentar os problemas hoje encontrados na gestão do trabalho no SUS.

A seguir, para exposição mais clara do tema, agrupou-se as principais ações da gestão do trabalho no SUS em três grandes conjuntos de atividades: a gestão das relações de trabalho, o planejamento e o gerenciamento e a gestão da educação do trabalhador em saúde.

9.5.3.1 GESTÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO

Trata-se de superar os velhos modelos de “administração de recursos humanos”, normativos, burocráticos e estáticos, pela gestão participativa, colegiada e pactuada com os trabalhadores e seus representantes, tanto nos aspectos das relações individuais – contrato, salário –, quanto naqueles das relações coletivas –representação, greve, negociação. As mesas de negociação permanente do SUS são bons exemplos de instrumentos institucionalizados com essa finalidade.

A negociação é necessária para o enfrentamento adequado dos conflitos que o trabalho em saúde inevitavelmente produz nas relações entre gestores e trabalhadores, principalmente face a tantas transformações estruturais e a tantos novos ordenamentos de trabalho requeridos. Dentro das próprias instituições de saúde, onde ainda persistem processos segmentados, mas interdependentes, estabelecer acordos e parcerias internas é fundamental para o adequado desempenho do trabalho.

Como essa negociação não deve obedecer apenas a uma disputa política, mas deve ser orientada pela busca da equidade, da resolutividade e da qualidade da atenção, a competência para discutir e tomar decisões com base em informações e de avaliar resultados de ações e de políticas, passa a ser um requisito indispensável na gestão da relação do trabalho, tanto para gestores como para trabalhadores.

Os vínculos precários são alguns dos problemas mais relevantes a serem debatidos e enfrentados na gestão integrada das relações de trabalho. Apesar das diversas iniciativas no âmbito das três esferas de gestão, ainda não se observam grandes alterações no quadro descrito. O Ministério da Saúde criou o Comitê Nacional de Desprecarização do Trabalho, com participação de vários atores,

gestores e trabalhadores. O comitê definiu a condução do processo por etapas e, como prioridade inicial, a situação dos ACS. O CONASS realizou uma oficina de trabalho em 2004 quando os gestores estaduais definiram vários consensos para a gestão do trabalho, entre eles propor a regulamentação do Programa Saúde da Família (PSF) por meio de um projeto de lei que garanta o repasse dos incentivos aos municípios de modo permanente. Nessa oportunidade também foi consenso a adoção de medidas integradas e solidárias para o enfrentamento das relações precárias do trabalho na gestão descentralizada do SUS, entre as quais citamos:

- Apoiar a regularização da situação de precariedade dos vínculos nos estados e municípios, principalmente em relação à situação das equipes de saúde da família.
- Apoiar as Secretarias Municipais de Saúde na realização de seus concursos, seja pela realização de concursos de bases locais de acordo com as diferentes realidades dos estados ou, ainda, aplicando as provas para os municípios menores que assim quiserem.
- Lutar pela regulamentação do dispositivo de excepcionalidade proposto pela lei de responsabilidade fiscal para a saúde e a Educação, no cômputo dos limites estipulados pela lei.

O Conasems também adotou medidas na mesma direção (CONASEMS, 2006) ao definir critérios rígidos para seleção, contratação, monitoramento, prestação de contas e avaliação dos resultados contemplados no contrato de gestão, quando do estabelecimento de parcerias para o provimento da força de trabalho para o PSF.

Apesar da boa vontade demonstrada pelas propostas e iniciativas dos gestores das três esferas de gestão do SUS, o problema dos vínculos precários permanece como um desafio a ser vencido.

9.5.3.2 PLANEJAMENTO E GERENCIAMENTO

O planejamento implica a estimativa quantitativa das necessidades, como se faz tradicional e infrutiferamente e, sobretudo, a determinação das competências e perfis da força de trabalho, sendo muito importante sua articulação com o processo de formação e desenvolvimento educacional, baseado nas competências profissionais.

Abrange, portanto, aspectos quantitativos e qualitativos. A institucionalização de um sistema de planejamento de recursos humanos, orientado pelas metas e objetivos institucionais, constitui um instrumento importante de gestão e regulação da força de trabalho. Planejar recursos humanos significa incluir essa temática no planejamento dos órgãos federais, estaduais e municipais e trazer para os fóruns de decisão política do SUS, os conselhos e os órgãos colegiados, tripartite e bipartites, questões estratégicas como o financiamento dirigido à contratação da força de trabalho, qualificação dos trabalhadores e programas de proteção à saúde do trabalhador.

O planejamento e a gerência de informações talvez sejam as áreas menos desenvolvidas na gestão do trabalho do SUS, como evidenciado pelos estudos realizados pelo CONASS e do Observatório de Recursos Humanos, e pela avaliação das funções essenciais da saúde pública realizada em seis Secretarias Estaduais de Saúde, em 2005/2006.

Uma das causas da baixa capacidade gerencial na área de recursos humanos é a ausência de informações básicas referentes ao conjunto de sua força de trabalho e a outros dados necessários à gestão do trabalho pelos seus órgãos de gestão. Observa-se que na sua ausência, a folha de pagamento ainda predomina, em muitos casos, como única fonte de informações em relação aos servidores (efetivos e cargos comissionados) e trabalhadores ligados a contratos de terceirização, deixando um vazio em relação a um necessário sistema de controle sobre a lotação real dos trabalhadores, sua qualificação e seu desempenho. Os sistemas de informações gerenciais são instrumentos essenciais à gestão do trabalho contribuindo para os processos de planejamento, monitoramento, desenvolvimento e avaliação da força de trabalho.

Contudo, a baixa capacidade gerencial e de planejamento não se limita à área de gestão de informação, como os estudos citados mostraram: a área de gestão de recursos humanos está situada no terceiro escalão da estrutura organizacional, subordinando-se à área administrativa e financeira e, na maioria das Secretarias Estaduais de Saúde, não passa de um pequeno e acanhado DP (departamento de pessoal).

Nas secretarias municipais, mesmo esse setor acanhado existe apenas nos municípios maiores e nas capitais, enquanto na imensa maioria dos demais

municípios a gestão do trabalho é indiferenciada, comum ao conjunto dos servidores municipais.

Não há registro da existência de um locus institucional para a formulação das políticas de recursos humanos na imensa maioria das secretarias estaduais e municipais assim como se observa a ausência de um processo sistemático de planejamento e programação da área. A área de Gestão do Trabalho é separada da área de Educação assim como as duas são pouco articuladas com as áreas programáticas e finalísticas.

Enfim, há um descompasso imenso entre a importância do tema – as despesas com pessoal são a maior parte dos gastos em saúde – e a sua pouca prioridade na agenda da política de saúde. São ínfimos os investimentos na área da Gestão do Trabalho e na qualificação do pessoal encarregado dessas atividades nas três esferas de gestão do SUS.

Do ponto de vista técnico, a institucionalização do planejamento de recursos humanos no cenário atual, por parte dos órgãos gestores do SUS, no que tange à sua força de trabalho, pressupõe a capacitação de pessoal nesta área, de forma a garantir o aporte de conhecimentos específicos de planejamento e gestão da força de trabalho, inerentes ao desenvolvimento desta proposta. A institucionalização do planejamento pressupõe sistema gerencial de informação que permita conhecer a composição, a estrutura, o perfil, o gasto e as necessidades futuras com a força de trabalho, por unidade e por esfera de governo. Além disso, é necessário dotar o setor de gestão do trabalho nos órgãos gestores do SUS da necessária infra-estrutura e de capacidade institucional.

Algumas diretrizes com essa finalidade foram formuladas em 2004, pelo CONASS:

- Reforma administrativa para colocar os responsáveis pelo setor compondo a equipe de condução estratégica da instituição.
- A formulação de plano de recursos humanos articulado com o Plano Plurianual de saúde, incluindo o diagnóstico de necessidade.

- O aumento do orçamento próprio para a área de Gestão e Educação de RH.
- O aumento do quadro de servidores e especialistas do setor e sua qualificação por meio de um processo de educação permanente.
- A integração da área de gestão de pessoas com área de desenvolvimento e formação.
- A modernização administrativa do setor de RH, incluindo a sua completa informatização.
- Um programa de cooperação permanente para a gestão do trabalho entre as instâncias gestoras.

Um sistema estratégico e integrado de planejamento e gerenciamento do trabalho em um sistema público universal implica ademais pensar o conjunto dos trabalhadores, públicos – de todas as esferas de governo, naquele âmbito de gestão –, e privados, dos serviços contratados.

A definição das funções típicas de estado, quais atividades terceirizar, quais as modalidades de incorporação de pessoal a ser adotadas, devem orientar a relação do estado com o mercado de trabalho.

É evidente que operação de tamanha envergadura somente terá possibilidade de ser viabilizada e construída mediante a prioridade política absoluta do tema, a negociação permanente com os trabalhadores da saúde e o trabalho integrado e intensivo de cooperação entre União, estados e municípios.

O lançamento, no segundo semestre de 2006, do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS, o Progesus, que estabelece a cooperação entre os gestores do SUS – em um primeiro momento, apenas com os estados e os municípios maiores – nas áreas de infra-estrutura (equipamentos de informática), implantação de sistemas de informação e qualificação de pessoal para a gestão do trabalho, é um primeiro passo, mesmo sendo ínfimo o montante de recursos destinados inicialmente para a iniciativa.

Finalmente, outro desafio para a gestão do trabalho em saúde e o desenvolvimento gerencial dos serviços é a definição das carreiras próprias de Estado e dos critérios de mobilidade, ascensão e desenvolvimento na carreira; de remunerações e incentivos; da gestão do desempenho, e do gerenciamento do impacto orçamentário-financeiro do plano de cargos, carreira e salários no orçamento da saúde.

Um modelo de gestão integrada prevê um processo de gestão e desenvolvimento institucional voltado para resultados institucionais, organizacionais e individuais e, portanto, abrigo a possibilidade de institucionalizar mecanismos de remuneração variável, gratificações por desempenho, localização e qualificação.

As diretrizes nacionais para elaboração de planos de carreira, cargos e salários no Sistema Único de Saúde, aprovadas também no segundo semestre de 2006, é uma iniciativa para estabelecer uma política de recursos humanos articulada e integrada entre as esferas gestoras do sistema. A proposta, que não tem poder impositivo devido à autonomia dos entes federados, contempla alguns princípios, como o da equivalência dos cargos ou empregos, compreendendo isto a correspondência deles em todas as esferas de governo e o da mobilidade, entendida esta como garantia de trânsito do trabalhador do SUS pelas diversas esferas de governo, sem perda de direitos ou da possibilidade de desenvolvimento na carreira.

Para além de princípios e diretrizes idealizados, a viabilização da proposta choca-se com a realidade hoje existente, do profundo desequilíbrio federativo em que a União tem a maior parte da receita e os municípios e estados a maior parte dos encargos, sobretudo de pessoal. Apenas metade dos estados tem planos de carreira, cargos e salários exclusivos do SUS enquanto a outra metade tem PCCSs comuns ao conjunto da administração estadual. A realidade municipal é ainda mais complexa, pois se observa que a quase totalidade dos pequenos municípios, além de não ter planos de carreira exclusivos do SUS, não tem um quantitativo de pessoal da saúde com escala para propor um plano exclusivo do SUS. Além disso, muitos enfrentam dificuldades para a incorporação e a permanência de profissionais e especialistas.

Mantida a situação atual, é remota a possibilidade de implementar planos de carreira do SUS, no conjunto do país, sobretudo nos pequenos municípios, a menos que haja o co-financiamento por parte da União. Ou o financiamento indireto, por meio da criação de uma carreira nacional com base local para o SUS, com o objetivo de responder a uma fração importante de municípios que, hoje, enfrentam dificuldades severas na inserção e fixação de profissionais.

9.5.3.3 A GESTÃO DA EDUCAÇÃO DO TRABALHADOR DA SAÚDE

O trabalho na saúde faz-se por meio dos seus trabalhadores, portanto, por

gente, com gente e para gente. Os trabalhadores de saúde, todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde ou em atividades de saúde, são trabalhadores do conhecimento, interpretam e aplicam saber e informação para criar e proporcionar soluções aos problemas. Para isso devem ter acesso a condições organizacionais e de trabalho que lhes permitam adquirir e aplicar conhecimento teórico e prático, desenvolver hábitos de aprendizagem permanente e seguir sendo competentes e produtivos. A reestruturação do processo produtivo, a permanente mudança dos sistemas de saúde, as novas exigências do mercado de trabalho, entre outros aspectos, são desafios para a formação e desenvolvimento dos recursos humanos em saúde e exigem novo enfoque e novas abordagens.

O enfoque de competências desenvolve projetos e planos educacionais a partir das necessidades, problemas e desafios do trabalho. Esse enfoque também permite enfrentar os desafios para a formação e desenvolvimento, decorrentes da natureza complexa e em permanente mudança dos sistemas de saúde. Ele é o substrato do conceito de educação permanente em saúde, que se caracteriza por: aprendizagem no trabalho, onde se configuram as necessidades e demandas educativas; utiliza princípios da aprendizagem de adultos, vinculando o conhecimento com problemas reais por meio da pedagogia de problematização; adoção do construtivismo cognitivo que postula a centralidade do sujeito, quem estrutura ativamente o conhecimento, integrando e reinterpretando a informação.

A visão integral da política de formação e desenvolvimento dos recursos humanos na saúde deve ter como norte um plano de desenvolvimento dos trabalhadores baseado em competências (conhecimentos, habilidades, atitudes e valores); na regulação dos processos educativos e laborais do campo da saúde; na reorientação e melhoria da qualidade da formação, na pré e na pós-graduação; na qualificação técnico-profissional e em um programa de educação permanente.

Nessa perspectiva, os princípios para formar e desenvolver os recursos humanos na saúde passam pela incorporação de valores de um sistema de saúde solidário, público, universal e equitativo, e devem ser capazes de propiciar mudanças de práticas de saúde e do processo de trabalho que ajudem a configuração dos novos perfis ocupacionais e profissionais dos trabalhadores e das equipes que estão sendo exigidos no novo cenário do mundo do trabalho e no contexto do SUS.

Como avaliar e promover o desenvolvimento dessas novas competências

nos espaços de trabalho e como garantir uma uniformidade nesse processo de qualificação, de forma a permitir mobilidade e circulação dos trabalhadores no mercado de trabalho setorial, são questões que se colocam, para os formuladores e gestores de políticas, no campo da Saúde e da Educação.

Uma das condições estratégicas para esse desenvolvimento é, justamente, melhorar a comunicação e a articulação entre o aparelho formador e os serviços e todas as diversas instituições que, na sociedade e no Estado, tenham competências e responsabilidades com a saúde da população.

O artigo 200 da Constituição de 1988 confere aos gestores do SUS atribuição para contribuir na formação e no desenvolvimento dos recursos humanos.

Por que o gestor da saúde deve se preocupar com as questões relativas à formação e desenvolvimento de recursos humanos?

A lógica é que a orientação da formação e desenvolvimento de pessoal deve dar aquele que está enfrentando o problema e sentindo as dificuldades da operação do sistema público. Evidentemente, desde que se saiba de que tipo de qualificação o trabalhador precisa ou a que tipo de problema essa qualificação se propõe a resolver.

Os gestores podem demandar e, com frequência, desenvolver estratégias educacionais que, junto a outras políticas associadas, contribuam para resolver a questão. Entretanto, os gestores não só não conhecem todos os problemas de saúde que afligem o sistema de saúde, como também não detêm todas as competências e capacidades específicas para o desenvolvimento adequado das propostas de intervenção. Portanto esse mandato constitucional de intervir no processo de formação dos trabalhadores da saúde é um mandato compartilhado, tanto por outras esferas de governo dentro do próprio setor saúde – gestores federais, estaduais e municipais – como fora do próprio setor saúde, principalmente pelo Ministério da Educação, o principal agente regulador do processo de qualificação profissional no país.

A gestão da educação do trabalhador de saúde não é tarefa simples. As ações mais difundidas do processo de gestão da educação do trabalhador da saúde têm-se dado na área da formação, da qualificação técnico-profissional e na educação permanente.

Na formação, no nível da graduação, foram aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação, em 2001, as denominadas diretrizes curriculares que definem as competências e perfis das profissões da Saúde a serem perseguidas pelos respectivos cursos. Apesar disso, poucas mudanças foram observadas nesses cursos no período e, desde 2005, instituiu-se um programa nacional visando promover e financiar mudanças na graduação por meio da maior integração ensino-serviço, com foco nos cursos de medicina, enfermagem e odontologia.

Ainda na graduação, tem-se adotado medidas de regulação com dois eixos principais: um processo sistemático de avaliação dos cursos e a utilização de critérios para abertura de novos cursos, ambos os processos piores de conflitos e leituras diversas pelos diferentes atores, aguardando avaliações consistentes.

Na pós-graduação, duas iniciativas recentes merecem ser destacadas pela relevância dos seus objetivos mais que por seus resultados: a criação da residência multiprofissional em saúde, que estende às demais profissões de saúde, além da medicina, a especialização em serviço, e a residência em medicina familiar e comunitária, voltada à formação de profissional médico mais adequado às necessidades da população e do Sistema Público de Saúde.

A qualificação técnico-profissional teve um significativo avanço com a execução do Programa de Profissionalização dos Trabalhadores na Área de Enfermagem (Profae), que no período 2000-2005 formou 323.513 técnicos de enfermagem, envolvendo 319 escolas, públicas e privadas, em todo o país, além de ter formado como especialistas cerca de 13.000 professores. O Profae é hoje uma referência internacional na área da Educação Profissional e os seus resultados devem-se em boa medida ao papel desempenhado pelas escolas técnicas do SUS, ligadas às Secretarias Estaduais de Saúde, cuja atuação descentralizada garantiu a capilaridade do programa, atingindo até mesmo os municípios mais remotos e de difícil acesso. O modelo operacional do Profae orienta o atual processo de qualificação técnica dos agentes comunitários de saúde em todo o País, que pretende atingir 170 mil trabalhadores, e inspira uma nova proposta, o projeto de formação na área profissional de saúde, o Profaps, que pretende formar 700 mil trabalhadores, com recursos do Banco Mundial, técnicos nas seguintes áreas: vigilância à saúde, higiene dental, biodiagnóstico, radiologia, manutenção de equipamentos, prótese dentária e agente comunitário de saúde. Não há dúvida de que um projeto desse porte, se implantado,

terá profundo impacto na qualidade e integralidade das ações e serviços de públicos de saúde. Apesar dos números significativos apresentados pela área da Educação Profissional de nível técnico, ela apresenta algumas características preocupantes, como o fato da formação do pessoal técnico da área assistencial estar ocorrendo predominantemente no setor privado (80% dos estabelecimentos), sem que haja nenhum tipo de regulação por parte do SUS, gerando indagações: a competência e o perfil desses trabalhadores atende ao Sistema Público de Saúde? Outro aspecto é o desequilíbrio regional na oferta de vagas com carências conhecidas das regiões norte, nordeste e centro-oeste.

Finalmente, as escolas técnicas precisam ser fortalecidas para poderem vir a ser verdadeiros centros de referência regional/estadual para a formação técnica em saúde.

9.6 O desafio da participação social

A expressão “Participação Social” surgiu e foi amplamente assumida no âmbito do SUS a partir da aprovação da Lei n. 8142/90, que dispõe sobre os Conselhos e Conferências de Saúde.

O controle do Estado pela sociedade, além de concepção, é uma imagem-objeto que se confunde com a plena democratização do Estado, em outras palavras: com a apropriação do Estado pelo conjunto da sociedade, que passa a participar decisivamente da formulação de políticas públicas e da sua implementação. Esta apropriação é um processo complexo, ligado ao grau de consciência política, organização e mobilização da sociedade.

O ocorrido nos anos 1980 do século passado contribui para nossa reflexão: naquela década, ainda sem a conquista da criação dos Conselhos de Saúde, o contexto da grande tomada de consciência e mobilização social, crescentes nos vários segmentos da sociedade, levou, ao fim da ditadura militar, à instalação da

Assembléia Nacional Constituinte, à formulação e aprovação da Seguridade Social e do SUS, e das Leis n. 8.080/90 e 8.142/90.

As grandes bandeiras mobilizadoras foram a democratização do Estado, os direitos humanos e de cidadania, assim como as políticas públicas imprescindíveis para a sua realização.

No contexto das mobilizações e organização da sociedade, de superação do regime autoritário militar, e do desenho da democratização do Estado durante a realização da Assembléia Nacional Constituinte e aprovação da Constituição de 1988, passando pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, a participação da sociedade estava claramente inserida no marco da construção da Democracia Participativa, numa perspectiva de complementaridade e sinergismo com o marco da Democracia Representativa.

A expressão “participação da comunidade”, que consta na Constituição Federal (art. 198) e na Lei n. 8.080/90 (art. 7º), é parte deste contexto, ao nível dos princípios e diretrizes do SUS.

A participação da comunidade aponta claramente para a formulação de estratégias de democratização do setor público de saúde, com repercussão direta ao setor privado conveniado e contratado, e indireta ao setor privado no mercado. No bojo das estratégias de democratização do setor público de saúde, e do próprio Estado, localiza-se, inevitavelmente, todas as iniciativas, criatividade e formas de participação e gestão participativa.

A capacidade da sociedade de criar, construir e implementar as várias formas de participação, guarda relação direta com o grau de consciência política, de organização e de mobilização da própria sociedade.

A partir de 1990, a continuidade do processo de democratização do Estado passou por várias formas de restrições, obstáculos e constrangimentos, tanto ao nível da organização e mobilização da sociedade, como da formulação e iniciativas criativas, e da implementação compartilhada com os aparelhos do Estado. A análise deste processo não é objetivo deste texto; apenas serão relacionados a seguir vários exemplos e tentativas de participação da sociedade, a maior parte muito pouco desenvolvidos em relação às expectativas dos anos 1980:

- Conselhos e Conferências de Saúde, com representações paritárias em relação aos usuários, incluindo também trabalhadores de saúde, prestadores de serviços (públicos e privados), e governo (gestores). Os Conselhos, órgãos deliberativos integrantes do poder executivo, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas. As conferências, propositivas, avaliando a situação de saúde e propondo diretrizes para a formulação da política de saúde (Lei n. 8.142/90).
- Processos de trabalho formulados e desenvolvidos com transparência e participação, e voltados para o acolhimento, o vínculo, a responsabilidade sanitária e a resolutividade.
- Publicização e participação da escolha e inovação de modalidades de repasses fundo a fundo e de remuneração dos serviços (Metas, Custos, Efetividade, Prioridade).
- Plenárias regionais de representação de conselhos ou de segmentos dos usuários, trabalhadores de saúde e gestores, com vistas à implementação da Regionalização e Integralidade, com Eqüidade e Universalidade.
- Desenvolvimento de várias formas de cooperativismo intermunicipal e com o Estado, com vistas à implementação da Regionalização e Integralidade, com Eqüidade e Universalidade.
- Fóruns amplos por região ou micro-região, de entidades dos usuários dos trabalhadores de saúde, dos prestadores de serviços e gestores.
- Várias formas de ouvidoria no âmbito dos gestores do SUS ou de unidades prestadores de serviços: Escuta, Registro, Processamento, Informação/Orientação à População, Relatórios gerenciais etc.
- Eventos periódicos com representações do Ministério Público, comissões de saúde dos legislativos, Conselhos de Saúde, especialistas na área de políticas públicas etc.
- Atividades interativas de informação e comunicação de saúde.

O desenvolvimento desses exemplos e iniciativas, abaixo das expectativas geradas nos anos 1980, conforme já referido, verificou-se também em parte no desempenho dos Conselhos de Saúde. De um lado, eles multiplicaram-se em número, cobrindo todos os estados e a maioria dos municípios, e desenvolveram reconhecida eficácia no controle da execução das políticas.

Por outro lado, desenvolveram-se bem menos, no que tange à apropriação pelos plenários dos conselhos, das questões referentes à sua primeira atribuição

legal, que é a de atuar na formulação de estratégias, que não são outras senão as que viabilizam a implementação dos princípios e diretrizes do SUS: Universalidade, Integralidade, Igualdade, Descentralização, Regionalização e Participação, ainda que por etapas discutidas amplamente e pactuadas entre os gestores e a sociedade. Exemplos: i) desconstrução do modelo de atenção com base nos interesses da oferta (fabricantes dos insumos, parte dos prestadores e profissionais), e construção do novo modelo de atenção com base nas necessidades e direitos da população, respeitando as realidades de cada região; ii) em relação ao modelo de gestão, incluindo os critérios de alocação dos recursos, a estrutura dos gastos, as formas de remuneração dos serviços, a formulação de metas quali-quantitativas, e a gestão participativa; iii) recuperação das políticas de financiamento e do desenvolvimento dos recursos humanos de saúde, congruentes com os princípios e diretrizes do SUS; iv) construção de uma relação público-privado (SUS – Saúde Suplementar) também congruente com os princípios e diretrizes do SUS, inclusive revertendo todas as desonerações do mercado da saúde sobre os recursos do SUS, e a precedência dos valores individuais e de mercado sobre os valores coletivos da solidariedade e de políticas públicas de cidadania; e v) a permanente e dinâmica construção da relação entre as duas faces da gestão do SUS nas três esferas de governo: os Conselhos de Saúde e os gestores executivos (ministro, secretários e demais dirigentes), em busca do sinergismo e complementaridade das suas atribuições e responsabilidades, para a implementação dos princípios e diretrizes Constitucionais, observando as suas respectivas competências.

Uma questão central para a efetiva participação da sociedade no Sistema Único de Saúde passa pelo fortalecimento, aprimoramento e a qualificação dos mecanismos de participação social para o pleno exercício de sua competência prevista na legislação.

Os gestores do SUS à luz do Pacto de Gestão devem buscar:

- apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;
- prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento dos Conselhos de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade

com a legislação vigente;

- organizar e prover as condições necessárias à realização de conferências de saúde;
- estimular o processo de discussão e controle social;
- apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;
- promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;
- apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS; e
- implementar ouvidoria, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Caderno de Informações da Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2006.

ALETRAS, V.; JONES, A.; SHELDON, T.; A. Economies of scale and scope. In: FERGUSON, B.; SHELDON, T.; POSNETT, J. (Eds.). Concentration and choice in health care. London: FT Financial Times Healthcare, 1997.

ALFRADIQUE, M. E.; MENDES, E. V. As internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial no SUS: nota prévia. Belo Horizonte, 2002. Mimeografado.

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. 2003. Mimeografado.

BERTOLLI FILHO, C. História da saúde pública no Brasil. São Paulo: Ática, 2004.

BOSSERT, T.; LARRAÑAGA, O.; MEIR, F. R. Decentralization of health systems in Latin América. Rev. Panamericana de Salud Pública, n. 8, p. 84-92, 2000.

BRASIL. Coletânea de normas para o controle social no SUS. 2006.

_____. A prática do controle social: conselhos de saúde e financiamentos do SUS. 2000.

_____. Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS. 2006.

- _____. Cadastro nacional de conselhos de saúde. 2006.
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Recursos humanos: um desafio do tamanho do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2004. 28p. (CONASS documenta, n. 4).
- _____. Decreto n. 5.841, de 13 de julho de 2006. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, [on-line], Brasília, 14 jul. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5841.htm>. Acesso em: 23 set. 2006.
- _____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, [on-line], Brasília, 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>>. Acesso em: 22 ago. 2006.
- _____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências, [on-line], Brasília, 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134561>>. Acesso em: 22 ago. 2006.
- _____. Lei n. 8.246, de 22 de outubro de 1991. Autoriza o Poder Executivo a instituir o Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, [on-line], Brasília, 23 out. 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8246.htm>. Acesso em: 23 set. 2006.
- _____. Lei n. 1.920, de 25 de julho de 1953. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Rio de Janeiro, 29 jul. 1953.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Diretrizes nacionais para capacitação de conselheiros de saúde. 1999.
- _____. O CNS e a construção do SUD: referências estratégicas para melhora do modelo de atenção à saúde. 2003.

_____. O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. 2002.

_____. Relatório do Seminário Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde para o Exercício do Controle Social. 2005.

_____. Princípios e diretrizes para a NOB/RH – SUS. 2002.

CARVALHO, D. M. T. Sistemas de informação e alocação de recursos: um estudo sobre as possibilidades de utilização das grandes bases de dados nacionais como subsídio a uma alocação orientada de recursos. Dissertação a Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, 1998.

CARVALHO, G. Promoção da cidadania com responsabilidade fiscal, social e sanitária. Recife: XXII Congresso do Conasems, 2006.

CONASS. Para entender o pacto pela saúde 2006. Brasília: CONASS, 2006 (Nota Técnica, n. 15).

_____. Para entender o pacto pela saúde. Brasília: CONASS, 2006 (Nota Técnica, n. 6).

_____. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS/Progestores, 2003.

_____. Consórcios Públicos de Saúde. Brasília: CONASS, 2005 (Nota Técnica, n. 12).

_____. Relatório Final do 1º Seminário para construção de consensos – preocupações e prioridades dos secretários estaduais de saúde quanto à organização, gestão e financiamento do SUS. CONASS, 2003.

_____. A saúde na opinião dos brasileiros. Brasília: CONASS/Progestores, 2003.

_____. Acompanhamento e avaliação da atenção primária. CONASS, 2004 (CONASS Documenta, n. 7).

_____. Assistência farmacêutica: medicamentos de dispensação em caráter excepcional. CONASS, 2004 (CONASS Documenta, n. 5).

_____. Atenção primária. Seminário do CONASS para a construção de consensos. CONASS, 2004 (CONASS Documenta, n. 2).

_____. Convergências e divergências sobre a gestão e regionalização do SUS. CONASS, 2004 (CONASS Documenta, n. 6).

_____. Estruturação da área de recursos humanos nas secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal. CONASS, 2004 (CONASS Documenta, n. 1).

_____. Estudo sobre a reposição dos servidores federais descentralizados no SUS. Brasília: CONASS, 2002.

_____. Fórum saúde e democracia: uma visão de futuro para o Brasil. CONASS, 2006 (CONASS Documenta, n. 12).

_____. I Encontro de Gestores Estaduais, Provinciais e Departamentais de Sistemas Sul-Americanos de Saúde. CONASS, 2005 (CONASS Documenta, n. 9).

_____. I Encontro do CONASS para Troca de Experiências. CONASS, 2005 (CONASS Documenta, n. 10).

_____. Para entender a gestão do programa de medicamentos de dispensação em caráter excepcional. CONASS, 2004 (CONASS Documenta, n. 3).

_____. Recursos humanos: um desafio do tamanho do SUS. CONASS, 2004 (CONASS Documenta, n. 4).

_____. Relatório de gestão da diretoria do CONASS. Atividades e resultados, abril de 2003 a abril de 2005. CONASS, 2005 (CONASS Documenta, n. 8).

_____. Relatório de gestão da diretoria do CONASS. Atividades e resultados, Abril de 2005 a abril de 2006. CONASS, 2006 (CONASS Documenta, n. 11).

_____. SUS: Avanços e desafios. Brasília: CONASS/Progestores, 2006.

_____. Legislação do SUS: CONASS – Progestores. Brasília: CONASS, 2003.

_____. Pacto pela saúde 2006. Disponível em: <www.conass.com.br/conass>.

_____. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2003. 248p

_____. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf>. Acesso em: 4 out. 2006.

_____. Estatuto do CONASS. Brasília: CONASS, 2005. Disponível em: <<http://conass.org.br>>.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, mar. 17-21, 1986, Brasília. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 381-389.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). Núcleo de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Brasília: CONASEMS, 2006.

CORDEIRO, H. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. *Physis*, [periódico on-line], n. 14, v. 2, p. 343-362, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n2/v14n2a09.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2006.

CUNHA, R. E. Cartão nacional de saúde: os desafios da concepção e implantação de um sistema nacional de captura de informações de atendimento em saúde. *Revista Ciência Saúde Coletiva*. 2002; 7(4):869-78. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400018&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 4 out. 2006.

SCOREL, S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

SCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81.

GIORDANO, O.; COLINA, J. Economia política de las reformas. In: SANCHEZ, H.; ZULETA, G. (Eds.). *La hora de los usuarios: reflexiones sobre la economia política de las reformas de salud*. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo, 2000.

HOLMAN, H.; LORIG, K. Patients as partners in managing chronic disease. *British Medical Journal*, n. 320, p. 526-526-527, 2000.

HUNTER, D. J.; VIENONEN, M.; WLODARCZYK, W. C. Optimal balance of centralized and decentralized management. In: SALTMAN, R. B.; FIGUERAS, J.; SAKELLARIDES, C. (Eds.). *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham: Open University Press, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro: IBGE, 1995.

_____. Estatísticas de saúde. Assistência médico-sanitária de 1990. Rio de Janeiro: IBGE, 1993.

_____. Censo Demográfico 1991. Características gerais da população e instrução. Rio de Janeiro: IBGE, 1996.

_____. Relatório do GT de sistema de informações de saúde. Portaria GM nº 3, de 4 de janeiro de 1996.

INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Resolução INAMPS n. 273, de 17 de julho de 1991. Reedição da Norma Operacional Básica do SUS: NOB-SUS 01/91. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, Seção I, p. 14216, 18 jul. 1991.

LECOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Revista Ciência Saúde Coletiva, v. 6, n. 2, 2001, p. 269-291.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 27-58.

MACHADO, R.; LOUREIRO, A.; LUZ, R.; MURICY, K. Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MÉDICI, A. Financiamento público e privado em saúde na América Latina e no Caribe: uma breve análise dos anos 90. Washington: Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2005 (Nota Técnica, n. 3).

MENDES, E.V. Os Dilemas do SUS: Tomo II. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MILLS, A. et al. Health system decentralization: concepts, issues and countries experiences. Geneva: World Health Organization, 1990.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agenda positiva do departamento de gestão e de regulação do trabalho em saúde. SGTES. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Norma Operacional Básica do SUS: NOB-SUS 01/96. Brasília, 1997. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nob.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2006.

_____. Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 28 set. 2006.

_____. Portaria n. 545/GM, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica do SUS: NOB-SUS 01/93. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 24 maio 1993 Seção I, p. 6961.

_____. Portaria n. 95/GM, de 26 de janeiro de 2001. Aprova Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, Seção I, p. 15 29 set. 2001.

_____. Regionalização da assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria n. 95/GM, de 26 de 2001 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de descentralização da gestão da assistência. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n. 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br/lildbi/docsonline/1/7/371-noas_2002.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2006.

_____. Secretaria Executiva. Coordenação de apoio à gestão descentralizada. Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília, 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0257_M.pdf>. Acesso em: 23 set. 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS. Diretório de bases de dados de interesse da saúde. Brasília: MS/FNS/Datasus, 1997.

MORAES, I. H. S. Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora Hucitec/Abrasco, 1994.

MUSGROVE, P. Public and private roles in health. Washington: World Bank, 1996 (World Bank Discussion Paper, n. 339).

NOGUEIRA, R. P. B.; ALMEIDA, S. R. V. de. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. 2004.

NORONHA, J. C.; PEREIRA, T. R.; VIACAÇA, F. As condições de saúde dos brasileiros: duas décadas de mudanças (1980-2000). In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 153-192.

NORTH, D. Institutions, institutional changes and economic performance. Cambridge University Press, 1990.

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

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSAs. Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília, 2002.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. Disponível em: <http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf#search=%22Marcus%20Vin%3%ADcius%20Polignano%22>. Acesso em: 23 ago. 2006.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSAs). Indicadores e dados básicos de saúde, 2005. Disponível em: <www.datasus.gov.br>, link “Indicadores de Saúde”, a partir de “Informações de Saúde”. Acesso em: dez. 2006.

SEMINÁRIO INTERNACIONAL TENDÊNCIAS E DESAFIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NAS AMÉRICAS. Relação entre níveis de governo na gestão dos sistemas de saúde, Oficina n. 2, São Paulo, ago. 2002, p. 11-14. São Paulo, 2002.

SCOTTI, R.F.; OLIVEIRA, M.H,B; Segundo Relatório Sobre o Processo de Organização da Getão da Assistência à Saúde 1995.

SOUZA, R. R. Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. (Dissertação). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ, 2002.

TEIXEIRA, C. (Coord.). Planejamento & gestão de sistemas e serviços de saúde. São Paulo: Bireme/Opas/OMS, 2002. Disponível em: <http://www.saudepublica.bvs.br/itd/plan/plan_intro.pdf>. Acesso em: 4 out. 2006.

VIANNA, S. M. et al. Atenção de alta complexidade no SUS: desigualdades no acesso e no financiamento. Brasília: Ministério da Saúde/Ipea, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: WHO/Public Health Agency of Canada, 2005.

_____. The world health report 2000: health systems, improving performance. Geneva: WHO, 2000.

Sites pesquisados

Estrutura Regimental do Ministério da Saúde

<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=236784>

Gestores do SUS: olhares e vivências

http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0758_M.pdf

Grupo Hospitalar Conceição

<http://www.ghc.com.br/ghc/>

Instituto Nacional do Câncer

<http://www.inca.gov.br/>

Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação

<http://www.sarah.br/>

Estrutura Regimental do Ministério da Saúde

<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=236784>

<http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/livro100anos.pdf>