

REFLEXÕES AOS NOVOS GESTORES
MUNICIPAIS DE SAÚDE



FICHA CATALOGRÁFICA

Copyright 2009 – 1ª Edição – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
(CONASEMS)

É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte.e

Brasil. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Distrito Federal/Conselho Nacional de Secretarias Municipais
de Saúde – Brasília: Conasems, 2009
200p. (REFLEXÕES AOS NOVOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE).

1. Gestão Municipal em Saúde 2. Políticas de Saúde 3. Municipalização

EXPEDIENTE

DIRETORIA

Presidente: Helvécio Miranda Magalhães Júnior
Vice-Presidente: Antônio Carlos Figueiredo Nardi
Vice-Presidente: José Sival Clemente da Silva
Diretora Administrativa: Aparecida Linhares Pimenta
Diretor Administrativo - Adjunto: Antonio Carlos de Oliveira Júnior
Diretor Financeiro: Marina Sidinéia Ricardo Martins
Diretor Financeiro - Adjunto: Mauro Guimarães Junqueira
Diretor de Comunicação Social: Luiz Odorico Monteiro de Andrade
Diretor de Comunicação Social - Adjunto: Tereza de Jesus Campos Neta
Diretor de Descentralização e Regionalização: Raimundo Alves Costa
Diretor de Descentralização e Regionalização - Adjunto: Maria Adriana Moreira
Diretor de Relações Institucionais e Parlamentares: Rodrigo César Faleiro Lacerda
Diretor de Relações Institucionais e Parlamentares - Adjunto: Marineze Araújo Meira
1º Vice-Presidente Regional - Região Norte: Dirlei César Garcia
2º Vice-Presidente Regional - Região Norte:
1º Vice-Presidente Regional - Região Nordeste: Patrícia Maria Santos Batista
2º Vice-Presidente Regional - Região Nordeste: Suzana Cristina Silva Ribeiro
1º Vice-Presidente Regional - Região Centro-Oeste: Norberto Fabri Júnior
2º Vice-Presidente Regional - Região Centro-Oeste: Josué da Silva Araújo
1º Vice-Presidente Regional - Região Sudeste: Márcia Cruz Pereira Andriolo
2º Vice-Presidente Regional - Região Sudeste: Valter Luiz Lavinias Ribeiro
1º Vice-Presidente Regional - Região Sul: Celso Luiz Dellagiustina
2º Vice-Presidente Regional - Região Sul: Flavia Richter Antunes

CONSELHO FISCAL

1º Membro: Paulo Sérgio do Nascimento Rodolfo
1º Membro Suplente: Sônia Aparecida Dias H. Garçon
2º Membro: Maria Custódia Miranda Almeida
2º Membro Suplente: Raimundo Nonato Alves Bezerra
3º Membro: Carlos Henrique Schabbch
3º Membro Suplente: Fernando de Fáveri
4º Membro: Denise Lima Mascarenhas
4º Membro Suplente: Frederico Marcondes Neto
5º Membro: Oneide Regina Camilo S. Cândido
5º Membro Suplente: Francisca Eudézia Damasceno Nunes

SECRETARIAS EXTRAORDINÁRIAS

Atenção a Saúde-Norte:
Atenção a Saúde-Nordeste:
Atenção a Saúde-Sul: Magda Dorr
Atenção a Saúde-Sudeste: Maria Conceição de Souza Rocha
Atenção a Saúde-Centro-Oeste: Lucélia Borges de Abreu
Descentralização, Regionalização e Regulação-Norte:
Descentralização, Regionalização e Regulação-Nordeste:
Descentralização, Regionalização e Regulação-Sul: Arilson Cardoso da Silva
Descentralização, Regionalização e Regulação-Sudeste: Fabiana Lima Simões
Descentralização, Regionalização e Regulação-Centro-Oeste: Rodrigo César Faleiro de Lacerda
Financiamento-Norte: José Carlos Machado de Carvalho
Financiamento-Nordeste: Gildásio Ângelo da Silva
Financiamento-Sul:

Financiamento-Sudeste: Antonio Pedro Pires Jardins
Financiamento-Centro-Oeste: Sílvio Carlos Suassuna de Moraes
Gestão do Trabalho e Educação-Norte: Leonil Nazareno da Cunha Cardoso
Gestão do Trabalho e Educação-Nordeste: Áurea de Meneses T. Oliveira
Gestão do Trabalho e Educação-Sul: Margarete Debertolis
Gestão do Trabalho e Educação-Sudeste: Gilson Urbano Araújo
Gestão do Trabalho e Educação-Centro-Oeste: Elieide Menezes Lins
Promoção e Vigilância em Saúde-Norte:
Promoção e Vigilância em Saúde-Nordeste: Maria Neuman de Azevedo
Promoção e Vigilância em Saúde-Sul:
Promoção e Vigilância em Saúde-Sudeste: Paulo Fernando Capucci
Promoção e Vigilância em Saúde-Centro-Oeste: Luiz Soares
Participação e Controle Social- Norte: Maria Adriana Moreira
Participação e Controle Social- Nordeste: Wilames Freire Bezerra
Participação e Controle Social- Sul: Marlene Madalena Possan Foschiera
Participação e Controle Social- Sudeste: Marfiza Machado de Novaes
Participação e Controle Social- Centro-Oeste: Larissa Raquel de Pina Maulin
Planejamento e Programação-Norte: Luiz Cláudio Soares Azambuja
Planejamento e Programação-Nordeste: Oscar Capistrano dos Santos
Planejamento e Programação-Sul: João José Cândido da Silva
Planejamento e Programação-Sudeste: Maria Auxiliadora Fundão F. Lima
Planejamento e Programação-Centro-Oeste: Viviane Almeida Nogueira
Município de Pequeno Porte-Norte: Fernando José da Costa
Município de Pequeno Porte-Nordeste: Jean Gledson da Silva
Município de Pequeno Porte-Sul: Ivânia Gleber
Município de Pequeno Porte-Sudeste: Rogério Geraldo Pontes
Município de Pequeno Porte-Centro-Oeste: Sônia Maria de Souza Correa
Município de Médio Porte: Jaime Edalvo Goetz
Atenção a Urgência e Emergência:
Direito Sanitário: Sônia Kamitani Yokoro
Direito Sanitário: Eduardo Dall Acqua
Ciência e Tecnologia: Jorge Otávio Maia Barreto
Assistência Farmacêutica: Raul Moreira Molina Barrios
Capitais: Roseana Maria Barbosa Meira
Regiões Metropolitanas:
Relações Internacionais:
Mercosul e Fronteiras: Eugênio Luiz Lazarotto
Amazônia Legal: Otávio Lacerda de Paula
Amazônia Legal: Hemerson Stênio Negreiro de Almeida
Amazônia Legal: Emanuel Silva
Saúde Indígena: Dário Vicente da Silva
Relações Intermunicipais: Mauro Guimarães Junqueira

CONSELHO HONORÁRIO

Raimundo Bezerra (em memória), Paulo Dantas, José Eri Medeiros, Armando Martinho Bardou Raggio, Gilson Cantarino O´Dwyer, Edmundo Gallo, Gilberto Tanos Natalini, Neilton Araújo de Oliveira, Sílvio Mendes de Oliveira Filho, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Sílvio Fernandes da Silva e Edmundo Costa Gomes.



ELABORAÇÃO:

José Enio Servilha Duarte, Nilo Brêtas Júnior, Blenda Leite Saturnino Pereira, Denise Rinehart, Gilson Carvalho, José Veloso Souto Júnior, Antônio Carlos Figueiredo Nardi, Lenir dos Santos, Marcos Silveira Franco, Sibebe Maria Gonçalves Ferreira, Rodrigo César Faleiro Lacerda, Solon Dias da Silva.

AGRADECIMENTO:

Ao Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de São Paulo – COSEMS SP pela elaboração do Manual de Gestores Municipais que subsidiou esta publicação.

PRODUÇÃO

PROJETO GRÁFICO

Id Arteseventos

DIREÇÃO DE ARTE

Helma Kátia

DESIGNERS

Jadson Alves

Felix Junior

ILUSTRAÇÃO

Felix Junior

Jadson Alves

CAPA

Helma Katia

Jadson Alves

Tiragem: 15.000 exemplares

Impressão:

I- APRESENTAÇÃO

Esperamos que, neste início de 2009, renovem-se as energias de todos os atores envolvidos na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), na busca da garantia dos princípios da universalidade, equidade e integralidade.

Sabemos que, para muitos gestores, assumir a secretaria municipal de saúde é uma missão profissional nova, para outros tantos, representa a continuidade de uma agenda já muito exercitada, com vasto acúmulo de conquistas e desafios superados.

O importante é que todos saibam que as direções do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) nos estados estarão sempre ao lado daqueles que defendem uma gestão solidária e cooperativa na luta em prol do SUS.

Assim sendo, para estreitar o elo entre os novos gestores e os que permanecerão ou retornarão ao cargo, estaremos realizando uma série de encontros, objetivando estabelecer trocas e reflexões sobre os avanços e desafios da implementação do SUS nos municípios.

Uma reflexão importante e que gostaríamos de ressaltar é que, no início dos trabalhos dos novos gestores, é imprescindível a valorização do conhecimento acumulado, em cada Secretaria, pelo conjunto de funcionários que dão continuidade às ações e serviços, independentemente das mudanças eleitorais. A complexidade da gestão do SUS impõe o diálogo democrático sobre os serviços e espaços coletivos e, sobretudo, o reconhecimento das ações realizadas consideradas positivas que demandam continuidade e permanência, pois toda inovação dependerá do estágio de implantação do SUS, que é singular a cada município.

Os novos secretários devem também buscar, na medida do possível, superar as disputas políticas partidárias da campanha eleitoral e aproveitar as potencialidades e saberes dos profissionais comprometidos com o SUS para planejar a sua gestão. Não nos esqueçamos que o Sistema Único de Saúde é suprapartidário.

O nosso grande desafio, enquanto gestores, é buscar que as ações e projetos desenvolvidos visem alterar a lógica da produção de saúde por meio de procedimentos para a produção de cuidados na perspectiva do usuário cidadão.

Sabemos que alguns gestores de municípios de diferentes portes acabam “conformando-se” em manter o instituído, tendo em vista as enormes dificuldades para operar as mudanças nos processos de produção do cuidado em saúde. O modelo hegemônico tem sido forte o suficiente para resistir às tentativas de reforma das práticas sanitárias.

Por isso é que entendemos que os gestores municipais devem enfrentar o desafio de mudar não somente os processos de trabalho centrados no médico e na medicalização, mas também a forma como se faz a gestão do sistema e dos serviços de saúde.

Essa é a perspectiva do SUS. E para isso, a grande estratégia é o Pacto pela Saúde, que deve ser construído na relação com os demais gestores municipais na região e no estado, mas também para dentro do município com os trabalhadores da saúde, com o controle social e com a população.

O CONASEMS e o SUS completaram 20 anos em 2008 e, desde 1988, nossa entidade junto com os COSEMS tem se constituído como atores políticos fundamentais no processo de construção do Sistema Nacional e dos Sistemas Estaduais de saúde. Representamos e defendemos os interesses dos municípios, nas pactuações e arenas políticas, atuando intensamente nessas duas décadas de história - muitas vezes, mudando o rumo dos acontecimentos -, no processo de descentralização das relações de poder entre as esferas de governo.

A estrutura diretiva do CONASEMS é composta por sua Diretoria e pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (CONARES) - representantes dos estados, que se reúnem periodicamente para tratar dos temas de interesse da gestão municipal e do SUS. Desde 1978, antes mesmo de sua existência formal, tem realizado Congressos Anuais de Secretarias Municipais de Saúde.

Nesses encontros são produzidas as teses que orientam a atuação e posicionamento da entidade. Atualmente temos um conjunto de sete teses, que tratam dos seguintes temas:

Financiamento; gestão do trabalho e educação em saúde; formas de alocação dos recursos disponíveis no SUS; descentralização e municipalização; modelo de atenção à saúde; gestão participativa em saúde; e saúde na Amazônia Legal.

Nesse processo de avanço na construção do SUS, o CONASEMS vem se dedicando cada vez mais ao fortalecimento da capacidade de atuação técnica de seu escritório e incentivando os COSEMS a desenvolverem uma agenda e cooperação técnica para o fortalecimento da gestão municipal em cada estado.

Pretendemos com esta publicação colaborar com reflexões sobre o cotidiano da gestão municipal e, gostaríamos de reafirmar que não é nosso propósito esgotar os temas aqui tratados, mas sim abordar de forma abrangente pontos essenciais, sugerindo caminhos para os aprofundamentos que se fizerem necessários.

O CONASEMS e os COSEMS apostam na força e no papel singular dos municípios na consolidação do SUS e se colocam ao lado de cada secretário municipal de saúde na tarefa coletiva de traduzir os esforços nas melhorias reais das condições de saúde dos cidadãos.

Boa leitura a todos!

Diretoria do CONASEMS



SUMÁRIO

1 - APRESENTAÇÃO	5
2 - O SUS	10
3 - O PREFEITO	18
4 - O LEGSILATIVO	26
5 - AUTONOMIA DO SETOR SAÚDE	32
6 - PACTO PELA SAÚDE	38
7 - PLANEJAMENTO	44
8 - O COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL	56
9 - PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE	60
10 - REGIONALIZAÇÃO	68
11 - O COSEMS	76
12 - A BIPARTITE	82



13 - MODELOS DE GESTÃO E FORMAS DE ADMINISTRAÇÃO	88
14 - MODELO DE ATENÇÃO	96
15 - ATENÇÃO BÁSICA / ATENÇÃO PRIMÁRIA	102
16 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE	114
17 - GESTÃO DO TRABALHO	134
18 - EDUCAÇÃO PERMANENTE	140
19 - SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SUS	146
20 - FINANCIAMENTO	152
21 - PROGRAMAÇÃO E REGULAÇÃO	160
22 - CONTRATUALIZAÇÃO	166
23 - AUDITORIA E OUVIDORIA	172
24 - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	180
CONTATO	188

2

O SUS

Integrati e resoluðu graças à ampliação da variedade e de profissionais de saúde. Partida de tempo mais recente passou pelo III Conferência Nacional de Saúde, em 1973. A...

O SUS

O SUS

Integrati e resoluðu graças à ampliação da variedade e de profissionais de saúde. Partida de tempo mais recente passou pelo III Conferência Nacional de Saúde, em 1973. A...



Para entender:

O SUS foi imaginado e modelado graças à ampla mobilização da sociedade e de profissionais de saúde. Partindo de tempos mais recentes podemos partir da III Conferência Nacional de Saúde, em 1963. A mobilização continuou crescendo e culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que aprovou a proposta de criação do SUS. Em 1988 o Sistema foi consagrado pela Constituição Federal.

Criado em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) implica entender a saúde como um direito de cidadania, que equivale ao direito à própria vida. No contexto do SUS, as ações e serviços de saúde constituem um direito social que deve ser assegurado pelo Estado e gerido sob responsabilidade das três esferas *autônomas* de governo (federal, estadual e municipal), conforme pacto federativo brasileiro. O SUS segue uma mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos, em todo o território nacional. Não se trata, portanto, de uma prestação de serviço ou uma instituição, mas de um “Sistema” estruturado em nível nacional, composto por unidades, serviços e ações que interagem, objetivando um fim comum, baseado nos seguintes princípios:

- **Universalidade** – A saúde entendida como um direito de todos e um dever do Estado, sem distinções, restrições e qualquer custo.

- **Integralidade** – As ações de saúde combinadas e voltadas para a promoção, prevenção e recuperação de cada cidadão: o SUS tem obrigação de oferecer atenção integral à saúde, de forma individual e/ou coletiva, em todos os níveis de complexidade.

- **Equidade** – O SUS deve disponibilizar recursos e serviços com justiça, de acordo com as necessidades de cada um, tratando diferentemente os diferentes para atingir a igualdade e as necessidades de saúde.

- **Participação social** – A Constituição Brasileira garante a participação dos usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviços no processo de formulação das políticas de Saúde, assim como no controle de sua execução, que é exercido por meio dos conselhos e das conferências de Saúde, obrigatórios nas três esferas de governo. A organização do sistema de saúde deve seguir alguns preceitos ou diretrizes.

- **Regionalização** – A rede de serviços do SUS deve ser planejada e organizada no contexto de uma área delimitada, de modo a permitir o conhecimento dos problemas locais e identificação das prioridades de intervenção. Garante-se assim o acesso de todos os cidadãos a ações que resolvam seus problemas de saúde, sejam individuais ou coletivos, otimizando-se os recursos disponíveis. A regionalização é um pressuposto que orienta a descentralização das ações e serviços de Saúde, os processos de negociação e pactuação entre os gestores, além da identificação e construção das “Regiões de Saúde”.



- **Hierarquização** – O acesso da população à rede do SUS deve se dar por meio dos serviços de Atenção Básica, que precisam estar qualificados para o atendimento e a resolução dos principais problemas dos usuários. Os problemas que não puderem ser solucionados na Atenção Básica devem ser encaminhados aos serviços de maior complexidade, também conhecidos como atenções Secundária e Terciária ou de atenção especializada. Esses serviços devem se articular entre si e criar condições para haver complementaridade de ações, segundo as necessidades da atenção básica, ordenadora e coordenadora da rede de atenção, aumentando a resolutividade e contribuindo para a Integralidade. Para isso, é necessário planejamento estratégico e normativo da região de saúde, que materialize a rede de atenção, suas prioridades, seus pactos de cuidado incluindo seus fluxos e instrumentos, seus mecanismos reguladores, seus sistemas logísticos e de apoio, sendo essa uma das atribuições dos CGR - Colegiados de Gestão Regional.

- **Resolutividade** – Cada serviço deve ser responsável por resolver os problemas de saúde que lhes são apresentados pelos usuários ou pelo conjunto da comunidade, de acordo com sua estrutura e capacidade tecnológica, acolhendo os usuários de saúde na referência e na contra-referência.

- **Descentralização** – Baseia-se no entendimento de que a responsabilidade pelas ações e serviços de saúde deve ser distribuída entre as esferas de governo, considerando-se que a chance de acerto de uma decisão será maior se ela for tomada por quem está próximo do fato que a mobiliza. A principal estratégia de descentralização adotada pelo SUS foi a municipalização da Saúde, materializada pelo COMANDO ÚNICO sobre o Sistema de Saúde, que reforça o poder municipal sobre a gestão da Saúde.

- **Complementaridade do Setor Privado** – O planejamento do Sistema de Saúde deve ser prioridade para o gestor da Saúde. A contratação de serviços privados deve se dar somente para serviços ou ações que não existam ou sejam insuficientes no setor público, e ser feita por meio de contratos, conforme as normas de direito público, com prioridade para o setor filantrópico. A instituição privada deve atuar em acordo com as normas técnicas do SUS, integrando-se pelo planejamento à rede regionalizada e hierarquizada.

O SUS, mesmo com financiamento insuficiente, tem sido o maior instrumento de resgate da dívida social brasileira, garantindo inclusão social de forma universal e participativa. É a expressão responsável da democracia brasileira quando estabelece mecanismos de relação entre entes federados e com a comunidade. As atribuições compartilhadas entre os entes federados e as atribuídas a cada um estão contidas na lei 8080/90.

A formatação do SUS reflete as dimensões republicanas e federativas da organização política brasileira. Republicana no seu relacionamento entre os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário e com a sociedade organizada na sua respectiva esfera de governo. Federativa no seu relacionamento de autonomia e cooperação solidária entre as esferas federal, estaduais e municipais, conforme garantido na Constituição Federal:

CF - Art. 18. A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição.

A autonomia dos entes federados municipais e estaduais e a necessidade de organização de um sistema, sempre apresentam dificuldades que para sua resolução necessitam de um bom entendimento da natureza da organização política estatal. A relação entre os entes federados autônomos tem como obrigação constitucional organizar este sistema de forma que garanta a autonomia das esferas de gestão e o fluxo de funcionamento, hierarquizando a complexidade dos serviços e constituindo uma rede contínua de cuidados.

A somatória de todas as linhas necessárias de cuidados constrói a rede sistêmica de atenção à saúde. As ações das redes de assistência, de prevenção, de proteção e promoção constituem a rede de atenção à saúde e a sua organização pode ser entendida como rede interfederativa de serviços.

Equacionar a autonomia federativa, a hierarquia dos serviços de forma sistêmica, as responsabilidades sanitárias e de financiamento têm sido o trabalho constante das instâncias colegiadas do SUS. A grande missão é construir uma rede interfederativa de serviços (Santos e Andrade / 2007) (1)

A responsabilidade do governo municipal pela saúde de seus cidadãos não termina nos limites do município. A garantia do atendimento integral a este cidadão, ou seja, a eventual necessidade de complementaridade da assistência, mesmo fora do município, é uma co-responsabilidade da gestão municipal.



A gestão do SUS é em sua essência um ato de negociação e pactuação política local, regional, estadual e nacional.

No SUS, um sistema descentralizado, a gestão municipal passou a ser o principal contato entre o usuário e o poder público. Os problemas de saúde passam a ser responsabilidade do governo municipal, que executa as ações de atenção à saúde, cabendo ao estado e à união o papel de apoio técnico e financeiro, de acordo com o artigo 30 da Constituição Federal.

O município transformou-se no principal protagonista nesta organização, e neste sentido, um programa de governo municipal para a saúde passa a ser de fato o que mais pode interferir na qualidade de vida e saúde da cidade. Este programa de governo é escolhido pelo voto local, quando elege o prefeito.

Veja abaixo algumas legislações e documentos que regulamentam o SUS:

- Constituição Federal de 1988 - Capítulo V: Artigos 196 a 200.
- Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº. 8.080, de setembro de 1990 e Lei Federal nº. 8.142, de dezembro de 1990).
- Pacto pela Saúde e suas portarias.
- Constituição do seu Estado
- Código de Saúde do Estado
- Lei Orgânica da Saúde em seu Estado
- Lei Orgânica do seu Município.
- Leis Complementares ou Ordinárias relacionadas à saúde do seu município.

LEMBRE-SE:

De acordo com a Constituição Federal, os municípios são autônomos em relação ao governo do Estado e à União. O SUS deve ser construído com base em uma relação harmoniosa, solidária e de respeito à autonomia de cada ente federado e com decisões baseadas em consenso. Não há hierarquia entre as diferentes esferas de governo.



Para reflexão:

VOCE ACHA QUE O SUS JÁ ESTÁ IMPLANTADO EM SEU MUNICÍPIO?

Para saber mais:

ALMEIDA, E. S.; ZIONI, F.; CHIORO DOS REIS, A. A. Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde: Antecedentes, Reforma Sanitária e o SUS. In: Gestão de Serviços de Saúde. Ed. São Paulo: Edusp - Editora da Universidade de São Paulo, 2001, p. 13-50.

BRASIL, Ministério da Saúde. O ABC do SUS: doutrina e princípios. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.ccs.ufsc.br/geosc/babcsus.pdf>

BRASIL, Ministério da Saúde. O SUS de A a Z. Brasília, 2004. Disponível em:

<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: 2006, 76 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília : CONASS, 2003. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf

Santos, Lenir. SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos o SUS. In: interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros / Lenir Santos, Luiz Odorico Monteiro de Andrade. – Campinas, SP: Instituto de Direito Aplicado : CONASEMS, 2007.

Brasil. Conselho nacional de Secretários Municipais de Saúde. Movimento sanitário Brasileiro na década de 70: a participação das Universidades e dos Municípios – Memórias. Brasília: CONASEMS, 2007.

Brasil. Conselho nacional de Secretários Municipais de Saúde. 20 anos do SUS e do CONASEMS. Brasília: CONASEMS, 2008.

Silva, Silvio Fernandes. Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas, SP : IDISA : CONASEMS, 2008.

Anotações

Anotações

3



O

PREFEITO





É muito importante harmonizar a vitoriosa proposta política de governo do prefeito eleito com as demandas da comunidade, da sociedade organizada, dos trabalhadores da saúde, e com os demais atores políticos no município. O gestor da saúde que administra com responsabilidade garante um permanente espaço para a articulação entre a secretaria municipal de saúde e estes atores, com base nas atribuições constitucionais. Nesta tarefa é fundamental a participação do Prefeito Municipal.



Essa afirmação pode ser constatada por meio da redação contida na Constituição Federal:

CF - Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

I - zelar pela guarda da Constituição, das leis e das instituições democráticas e conservar o patrimônio público;

II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;

CF - Art. 30. Compete aos Municípios:

I - legislar sobre assuntos de interesse local;

II - suplementar a legislação federal e a estadual no que couber;

III - instituir e arrecadar os tributos de sua competência, bem como aplicar suas rendas, sem prejuízo da obrigatoriedade de prestar contas e publicar balancetes nos prazos fixados em lei;

IV - criar, organizar e suprimir distritos, observada a legislação estadual;

V - organizar e prestar, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, os serviços públicos de interesse local, incluído o de transporte coletivo, que tem caráter essencial;

VI - manter, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, programas de educação infantil e de ensino fundamental;

VII - prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população;

VIII - promover, no que couber, adequado ordenamento territorial, mediante planejamento e controle do uso, do parcelamento e da ocupação do solo urbano;

IX - promover a proteção do patrimônio histórico-cultural local, observada a legislação e a ação fiscalizadora federal e estadual.

A gestão não está completa se o gestor não participar da negociação regional.

Não há município no Brasil que seja plenamente suficiente para executar o





universo das ações na atenção à saúde. O SUS é um sistema dinâmico cuja regionalidade está em permanente transformação. O gestor municipal deve participar da condução e da formatação da região de saúde e suas interrelações com outras regiões.

Nenhum estado ou município tem autoridade ou autonomia para deliberar sobre as ações dentro de outro município, conforme o artigo 18 da Constituição Federal. Isto só pode ocorrer por meio de resoluções colegiadas dos gestores e mesmo assim apenas a partir de consensos regionais.

A Direção única citada no artigo 196 inciso I da Constituição deriva deste conceito federativo e tem outras implicações importantes como a responsabilidade de um único gestor pelo prestador. Não se pode conceber a compra de serviços sem uma adequada regulação, auditoria e avaliação do prestador.

Entretanto, ainda observamos a compra de serviços de um município por meio de um prestador localizado em outro município. Quando isto se dá através do pacto federativo é absolutamente correto (PPI). Quando esta compra é independente do gestor de onde se compra, isto significa que o município comprador ou não está fazendo a regulação, avaliação e auditoria ou está ferindo o direito federativo constitucional de comando único, diminuindo a capacidade de gestão do município onde se comprou serviço e resultando muitas vezes em competição com o SUS.

Outro grande desafio está na relação com o **Conselho Municipal de Saúde**. Este Conselho é uma instância política regulamentada pela lei 8142/90, previstas em todas as constituições municipais e regulamentadas por leis municipais. É uma instituição do executivo municipal, com participação de trabalhadores, usuários, prestadores e da gestão municipal. Sua independência e autonomia garantem a transparência necessária da administração pública municipal. Isto não significa que o governo municipal deva desconsiderar sua constituição e construção política. Entretanto, para minimizar enfrentamentos negativos é necessário não “partidarizar” a participação política do Conselho, e ao mesmo tempo não despolitizá-lo. [Leia, a esse respeito, “*Participação da comunidade na saúde*”- *Gilson de Carvalho*. [2]]

CF - Art. 29. O Município reger-se-á por lei orgânica, votada em dois turnos, com o

interstício mínimo de dez dias, e aprovada por dois terços dos membros da Câmara Municipal, que a promulgará, atendidos os princípios estabelecidos nesta Constituição, na Constituição do respectivo Estado e os seguintes preceitos:

XII - cooperação das associações representativas no planejamento municipal;

É muito importante que o secretário possua uma boa sustentabilidade e representação política no governo municipal, mas a gestão do SUS não possui apenas a perspectiva política. O conhecimento técnico em saúde pública e de planejamento estratégico são as bases para uma boa governabilidade. ***O gestor deve permanentemente se manter atualizado acerca das questões técnicas de maior relevância.***

O SUS tem entre as suas fraquezas as dificuldades referentes à insuficiência de financiamento e de apoio técnico. ***O gestor municipal deve ter clareza de suas limitações e buscar superá-las de forma responsável.*** Isto pode significar o espaço entre o sucesso e a reprovação do projeto de saúde e principalmente no crescimento ou não da qualidade de vida e saúde da população de seu município.

Montagem da equipe: Ao compor sua equipe, o secretário municipal de Saúde deve ter em vista que a instituição que dirige é a responsável por assumir a totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde do SUS no âmbito municipal.

Assim, deve selecionar profissionais capazes de conduzir política e tecnicamente as questões relacionadas à área da saúde. A equipe deve estar apta a lidar com planejamento, administração, organização e o financiamento dos serviços, além de desenvolver políticas intersetoriais, integrando Saúde, Educação, Saneamento, Meio Ambiente, Transporte, Segurança e outros setores. Na medida do possível, é desejável, ainda, que especialistas em Saúde Pública componham as equipes.

Assegurar a participação da sociedade civil e de representantes de entidades nas decisões da SMS também constitui tarefa da equipe gestora. Os dirigentes devem lutar também pela autonomia para empreender a gestão dos recursos financeiros, materiais e do trabalho relacionados à saúde municipal. Neste desafio, o gestor tem a seu favor diversas estratégias para a formação de gestores, desenvolvidas pelo CONASEMS, pelos COSEMS, pelas Secretarias Estaduais de Saúde e pelo Ministério da Saúde.



Passo-a-passo:

- Procure analisar a atuação e o currículo dos profissionais de carreira em sua Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Há anos, o Poder Público vem investindo na formação deles;
- Defina os critérios técnicos necessários para a atuação em cada um dos cargos de livre-provimento disponíveis. Só aceite indicações caso os candidatos atendam as exigências;
- Caso seja necessário, promova uma reforma administrativa imediatamente. Com o passar do tempo, a equipe tende a ser menos favorável a mudanças profundas na estrutura de gestão;
- Invista nas instâncias de participação da comunidade (Conselhos e Conferências);
- Exija o cumprimento da jornada de trabalho integral por parte da equipe dirigente. Lembre-se: é ela quem deve “dar o exemplo”;
- Condene corrupção, malversação, apadrinhamento, perseguições, desperdício de recursos e outras mazelas;
- Nepotismo é crime, agora tipificado em lei. Exija que os direitos de todos sejam respeitados;
- Seja cuidadoso com conflito de interesses. Procure dar publicidade às relações de trabalho em sua SMS;
- Participe das atividades do CONASEMS e dos COSEMS. Em sua região participe das reuniões do Colegiado de Gestão Regional e estabeleça parcerias.

Para reflexão

1. Qual o conhecimento do seu prefeito sobre o sus?
2. Qual a proposta de governo para a saúde apresentada na eleição?
3. Como será a sua participação como gestor da saúde na sua região?
4. Qual o seu pensamento e qual o pensamento do prefeito sobre o perfil da sua equipe de governo na saúde?

Anotações

Anotações

4

O LEGISLATIVO

A relação com o legislativo possui várias áreas de negociação e definições políticas. Entre elas o orçamento municipal, que tem como base o plano plurianual e o plano municipal de saúde. A cada ano a gestão da saúde deve participar da elaboração da lei orçamentária municipal, em seu componente específico e considerando as necessidades inter-setoriais que podem ser determinantes do processo saúde-doença.

Quais são as ações municipais da saúde e de outras áreas que precisam estar previstas no orçamento e que impactam na qualidade de vida e saúde?

Estas questões devem estar claras para o gestor e se estas propostas foram construídas de forma coletiva e participativa, a negociação com o legislativo toma outro peso, pois dificilmente o vereador vai querer se contrapor a uma vontade da comunidade.

Confira o que determina a Constituição Federal:

C F - Art. 167. São vedados: I - o início de programas ou projetos não incluídos na lei orçamentária anual;

Outra frente de negociação com a Câmara Municipal é a agenda política do executivo municipal. O que deve ser prioritário em relação ao previsto no orçamento, dado que não se pode iniciar programa ou projetos não incluídos no plano municipal de saúde ou no orçamento municipal. Entretanto, ressalvadas estas questões, sempre existem interesses do legislativo que devem ser pautados em nome da governabilidade política do projeto de saúde.

Lembramos que por ser o Conselho Municipal de Saúde uma organização do executivo municipal, não pode haver a participação de vereadores como conselheiros. As demandas para a agenda política entre o executivo e o legislativo são construídas fora das instâncias representativas como Conselho e Conferência.



Uma boa medida para a participação do vereador (que sempre tem uma determinada área de política pública ou região de base política) é sua inserção nas iniciativas de gestão desta área. Em reuniões com a comunidade programadas pelo gestor, nos compromissos de governo para estas comunidades, são momentos que o executivo municipal pode favorecer um melhor diálogo com o legislativo.

A terceira frente de relacionamento com o legislativo é da fiscalização das ações e contas municipais, conforme apresentado na CF:

*CF - Art. 31. **A fiscalização do Município será exercida pelo Poder Legislativo Municipal**, mediante controle externo, e pelos sistemas de controle interno do Poder Executivo Municipal, na forma da lei.*

§ 1º - O controle externo da Câmara Municipal será exercido com o auxílio dos Tribunais de Contas dos Estados ou do Município ou dos Conselhos ou Tribunais de Contas dos Municípios, onde houver.

§ 2º - O parecer prévio, emitido pelo órgão competente sobre as contas que o Prefeito deve anualmente prestar, só deixará de prevalecer por decisão de dois terços dos membros da Câmara Municipal.

§ 3º - As contas dos Municípios ficarão, durante sessenta dias, anualmente, à disposição de qualquer contribuinte, para exame e apreciação, o qual poderá questionar-lhes a legitimidade, nos termos da lei.

§ 4º - É vedada a criação de Tribunais, Conselhos ou órgãos de Contas Municipais.

A lei determina que o gestor municipal deva prestar contas perante o Conselho Municipal de Saúde e em audiência pública na Câmara Municipal a cada trimestre, independentemente da prestação de contas prevista no § 2º do artigo 31 da Constituição Federal. O não cumprimento desta norma pode desencadear uma ação de improbidade administrativa do prefeito por parte do legislativo.

O gestor municipal da saúde, além da transparência, deve garantir um permanente canal de comunicação com o legislativo. Se o gestor é, em última instância, o ordenador de despesas, a prestação de contas é uma de suas responsabilidades do cargo.

Para reflexão:

1. O gestor municipal deve se importar com as demandas do legislativo? Por quê?
2. Você conhece os vereadores da câmara de seu município e as suas plataformas políticas? Faça um mapa das influências dele na perspectiva de tendência política, área de abrangência (onde ele recebeu votos) e pensamentos de sua plataforma durante a eleição.

Anotações



5 AUTONOMIA DO SETOR SAÚDE

A regulamentação do SUS deixa clara a necessidade de comando único em cada esfera de governo, (artigo 198 inciso I). Esta questão é muito importante, pois determina a unidade de planejamento e da gestão perante as responsabilidades sanitárias.

A autonomia preconizada não é política, pelo contrário, a sustentabilidade política deve ser a principal preocupação do secretário municipal de saúde. A autonomia de gestão através do Fundo Municipal de Saúde representa autonomia em relação a outros gestores da saúde como regulamentada no SUS e facilita o desenvolvimento das ações de saúde conforme as demandas específicas do setor. Isto traz como consequência a necessidade do gestor dominar as questões administrativas e as implicações jurídicas da municipalidade.

No período da elaboração da CF de 1988, onde se criou o Sistema Único de Saúde, muito se discutiu sobre a administração financeira dos recursos da saúde. Os defensores do modelo descentralizado de gerenciar a saúde queriam que os recursos federais e estaduais, destinados a executar ações de saúde nos municípios, fossem transferidos direta e automaticamente a estes para que administrassem segundo suas necessidades e ouvidos os técnicos, o conselho, o poder político executivo e legislativo. O receio de parlamentares e gestores federais era de que, sendo os recursos destinados à saúde de grande volume e entrando na conta geral da prefeitura, eles fossem usados em outra área que não saúde. O pacto foi feito propondo-se que cada município e estado tivesse um FUNDO DE SAÚDE para administrar todo o dinheiro da saúde: o próprio e o transferido. A União já tinha seu Fundo Nacional de Saúde.

Para as administrações municipais ficou muito mais fácil administrar estes recursos da saúde, que têm seus usos e prestações de contas próprias, separados no Fundo de Saúde. O Fundo é, na verdade, uma conta especial e jamais uma unidade administrativa, isolada e independente, que assumiria o papel de uma fundação. O Ministério da Saúde já de muito tempo administra seus próprios recursos no Fundo Nacional de Saúde sob a responsabilidade e autorização da despesa de alguém que não o ministro da Saúde, mas determinado por ele como ordenador de despesa.

Assim os Municípios têm como obrigação: 1) criar o Fundo de Saúde por lei; 2) estruturar o funcionamento deste fundo; 3) depositar em suas contas todos os recursos da saúde: os próprios e os transferidos; 4) ter este fundo sob a administração da Secretaria de Saúde que deve ser a responsável e autorizadora de despesa; 5) só executar despesas previstas no plano de saúde; 6) elaborar os relatórios de gestão periódicos.



A existência do Fundo de Saúde e sua administração na Secretaria de Saúde não quebra o princípio do Caixa Único da Prefeitura, pois ele faz parte do orçamento municipal, tanto nas leis orçamentárias quanto nas prestações de contas.

Planejamento, orçamentação, licitações, compras, contratualizações, gestão do trabalho, prestação de contas, avaliação, monitoramento, regulação compõem, entre outras, as necessidades de domínio do gestor e de articulação junto às áreas responsáveis quando as mesmas estiverem organizadas junto a outras secretarias do município.

A autonomia de uma secretaria municipal de saúde tem que ser construída ao longo do tempo, com acúmulo da experiência dos trabalhadores da saúde e da própria instituição na lida diária do ordenamento das despesas, e na gestão do fundo com responsabilidade fiscal e na atenção à saúde com responsabilidade sanitária. Neste sentido, a gestão deve gerar transparência e compromisso político com o projeto de governo. A base para isto é a confiança que o prefeito tem na instituição saúde e na representação política do secretário da Saúde.

O gestor municipal da saúde, mesmo experiente, deve buscar permanente atualização nas questões da administração pública, facilitando assim as responsabilidades do chefe do executivo municipal.

Confira isso na seguinte legislação:

1) OBRIGATORIEDADE DE O GESTOR MANTER O FUNDO DE SAÚDE

ADCT 77, 3 ... os recursos dos estados, DF e municípios e os transferidos pela União serão aplicados por meio de fundo de saúde

Lei 8080, 33 ... os recursos do SUS serão depositados em conta especial

Lei 8142, 4 ... para receber recursos deverão contar com fundo de saúde

Decreto 1232, 2 ... a transferência federal fica condicionada a ter fundo de saúde

2) OBRIGAÇÃO DO GESTOR ADMINISTRAR TODOS OS RECURSOS DA SAÚDE NA SECRETARIA DA SAÚDE SOB ADMINISTRAÇÃO DA ÁREA E DO GESTOR ÚNICO DO SUS

CF - 195 - §2 A proposta do orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na LDO, assegurada a cada área a gestão de seus recursos.

LEI 8080,33 §1 - Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

Para reflexão:

1. Como a saúde em seu município é vista pelos setores municipais de finanças e administração?

2. O que voce como gestor pretende fazer para mudar ou manter este quadro?

Anotações

Anotações



6

PACTO PELA SAÚDE

Para entender:

O Pacto é um esforço do Sistema Único de Saúde (SUS), efetivado pelas três esferas de gestão (União, Estados e Municípios), em 2006, e aprovado no Conselho Nacional de Saúde, no cumprimento da Constituição Federal e das leis da saúde.

Objetiva inovar processos e instrumentos de gestão, dando maior eficiência e qualidade, nas respostas oferecidas pelo Sistema, e, portanto é o caminho a ser seguido para a implementação do SUS. Tem três dimensões: o Pacto pela Vida, que define as prioridades para o SUS; o Pacto em Defesa do SUS, que propõe uma agenda de repolitização do SUS com a sociedade e busca de financiamento adequado; e o Pacto de Gestão, que estabelece diretrizes e redefine responsabilidades de gestão, em função das necessidades de saúde da população e de maior equidade social.

Mais que uma norma, o Pacto pela Saúde propõe uma gestão mais solidária e comprometida, envolvendo gestores, trabalhadores e usuários do SUS, com a meta de alcançar maior qualidade na atenção à saúde de todos os brasileiros.

Passo-a-passo:

A adesão ao Pacto pela Saúde se dá por meio da assinatura de um Termo de Compromisso de Gestão (TCG).

Esse Termo discrimina as responsabilidades assumidas por cada município, especificadas em formato de um formulário e de um sistema de informação – SISPACTO.

Nesse Sistema devem ser preenchidos os campos “realiza” (quando a responsabilidade prevista for realizada em sua plenitude) e “não realiza” (quando não está sendo realizada ou é realizada apenas parcialmente).

Caso o campo “não realiza” estiver preenchido é necessário definir o prazo para sua realização e incluir na proposta de ação do Pacto as atividades para que esse prazo seja cumprido.

A elaboração do TCG deve envolver os trabalhadores e usuários do município, sendo aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) e pactuado no Colegiado de Gestão Regional (CGR), passando posteriormente a orientar as ações municipais da Saúde para a concretização das metas definidas.

O TCG não deve ser entendido como um instrumento de avaliação da gestão municipal, mas de apoio, planejamento e definição de compromissos.

O TCG inclui vários anexos nos quais se definem:

- os responsáveis pelos prestadores de serviços;
- os recursos federais e estaduais disponíveis para cada município;
- um plano contendo as ações que o município desenvolverá objetivando realizar as responsabilidades que assume, assim como o apoio que receberá do Estado no processo;
- a pactuação dos indicadores e metas relativos às prioridades colocadas no Pacto pela Vida e no Pacto de Gestão, abrangendo a pactuação nacional, a estadual e a que cada município junto ao CMS, por meio do "Sispacto" (Essas metas devem ter coerência com a Programação Anual de saúde e com o Plano Municipal de Saúde e orientar o trabalho do município, ao longo do ano).

Todo gestor deve buscar conhecer o TCG já pactuado por seu município, fazer uma revisão do que foi proposto, saber das metas pactuadas para o ano e comprometer-se com as responsabilidades ali colocadas. Ressalte-se a importância dessa revisão. Pois o primeiro ano da gestão é o da elaboração do relatório de gestão do ano anterior, do PPA de Governo para o período de 2009-2012, do Plano Municipal de saúde.

Havendo necessidade de revisão do cronograma ou de alguma responsabilidade ou meta, isso deve ser feito em sintonia com o CMS e pactuado no Colegiado de Gestão de Regional.

Conheça o TCG de seu município e faça dele um instrumento de qualificação da gestão municipal.

Confira abaixo a Regulamentação do Pacto pela Saúde:

- Portaria MS nº. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006 – Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde
- Portaria MS nº. 598/GM, de 23 de março de 2006 – Descentralização para as CIB dos processos administrativos relativos à Gestão do SUS
- Portaria MS nº. 699/GM, de 30 de março de 2006 – Regulamento das diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão.
- Portaria MS nº. 325/GM de 21 de fevereiro de 2008 – atualiza as prioridades, objetivos e os indicadores de pactuação para o ano de 2008
- Portaria MS nº. 372/GM, de 2007 – que altera o regulamento do Pacto nos seus anexos.

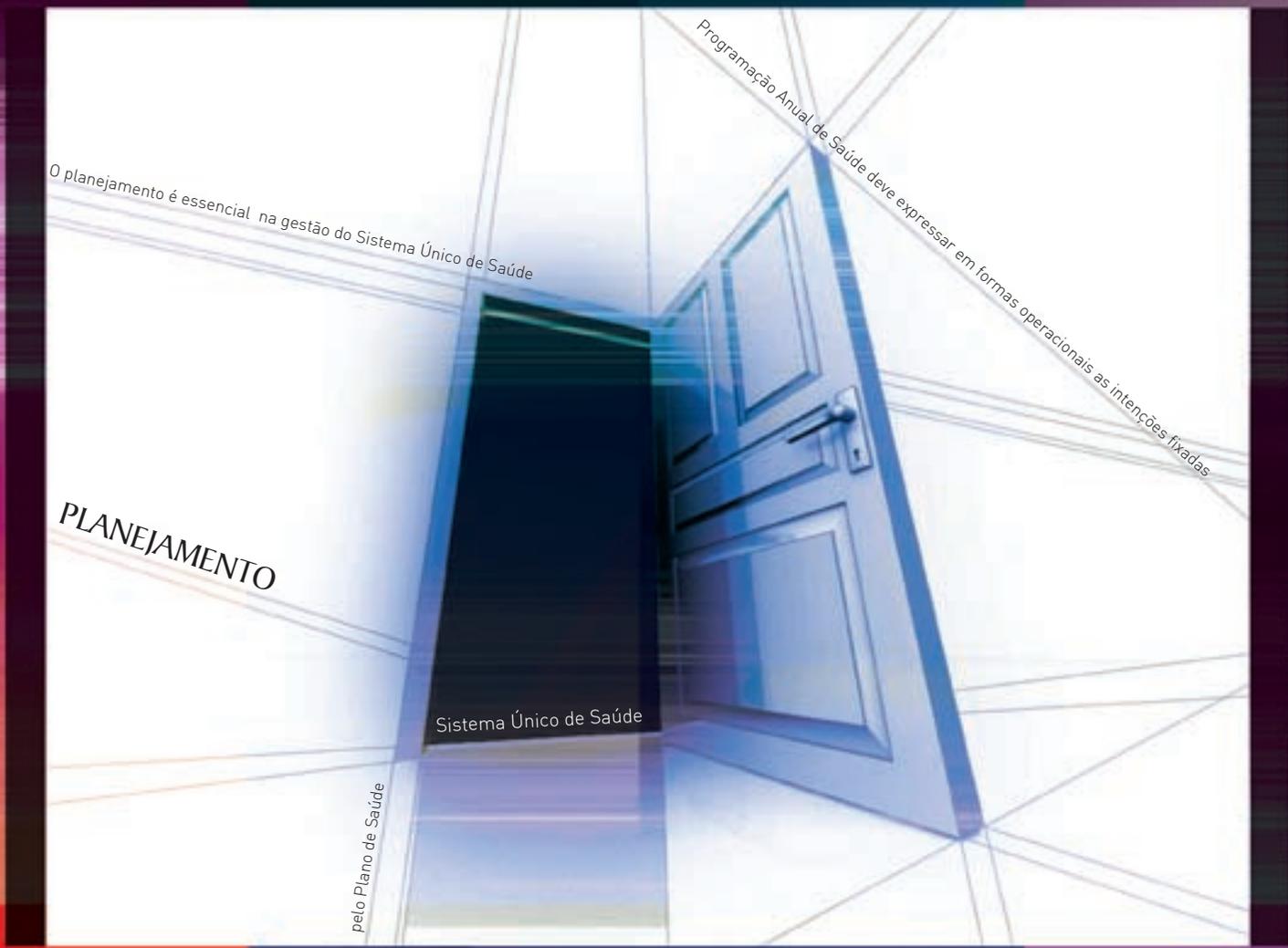
Para reflexão:

1. Qual a razão do pacto pela saúde no seu entendimento atual?
2. Como está a construção do pacto em seu estado?
E em na região?



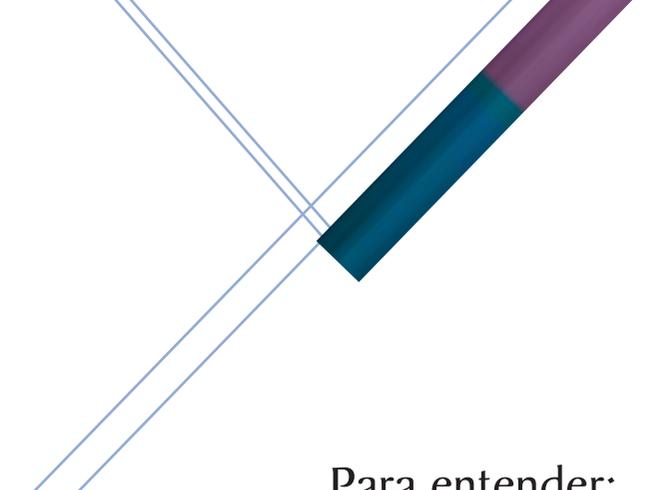
Anotações

Anotações



7

PLANEJAMENTO



Para entender:

O planejamento é essencial na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo por objetivo uma ação contínua, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão. Podem ser adotadas várias metodologias, em sua elaboração, mas o planejamento municipal deve ser sempre um processo participativo, envolvendo trabalhadores e usuários, além de ascendente, ou seja, partindo das unidades de Saúde e da leitura das necessidades de cada território.

Planejar implica definir prioridades, mobilizar recursos e vontades em prol de objetivos conjuntamente estabelecidos, em um processo aberto e dinâmico, que oriente o cotidiano da Saúde municipal, em seus vários espaços. Por meio do Pacto pela Saúde, foram acordados dois instrumentos básicos de planejamento no âmbito do SUS: o Plano de Saúde e suas Programações Anuais de Saúde e o Relatório Anual de Gestão.

O Plano de Saúde - compatível com o Plano Plurianual (PPA), com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e com a Lei Orçamentária Anual (LOA) -, abrangerá um período de quatro anos e deve partir de uma análise situacional, apresentando as intenções e os resultados a serem buscados no período, expressos em prioridades, objetivos, diretrizes e metas.

Sugestão para uma situação ideal cronológica:

- O plano de saúde do primeiro ano é baseado no Plano Plurianual aprovado na gestão anterior
- Conferência municipal de saúde no primeiro ano de gestão definirá as prioridades e diretrizes políticas para a elaboração do Plano Plurianual desta gestão, válido até o primeiro ano da gestão seguinte e base para os planos anuais.

Já a Programação Anual de Saúde deve expressar em formas operacionais as intenções fixadas pelo Plano de Saúde, para cada ano, por meio de prioridades, ações e metas. A programação anual de saúde está ligada à LDO anual (parte da lei do PPA) e da lei orçamentária anual.

Por fim, o Relatório de Gestão, também elaborado ao final de cada ano, apresentará os resultados alcançados com a Programação Anual.

Passo-a-passo:

Uma gestão municipal que se inicia deve conhecer o planejamento deixado pela anterior: o plano de saúde; o que deu certo; o que não funcionou; e os porquês.

Em seu primeiro ano, caberá à nova gestão construir um Plano de Saúde para os quatro anos futuros.

Para a elaboração do Plano de Saúde, é necessário identificar os problemas e as prioridades de intervenção, de modo a se buscar soluções eficazes. (Para tanto, é necessário identificar os fatores que condicionam e determinam as situações consideradas insatisfatórias, além de estabelecer as linhas a serem seguidas na solução desses problemas).

Também é preciso definir quem serão os responsáveis pela execução do Plano, definindo-se as ações a serem desenvolvidas e as formas de monitoramento e avaliação dos resultados alcançados.

A cada ano, deve ser elaborada a Programação Anual de Saúde (PAS) contendo as ações que, no ano específico, garantirão o cumprimento do Plano de Saúde, estabelecendo as metas anuais de cada ação, os recursos previstos a serem utilizados, os indicadores a serem utilizados no monitoramento, os responsáveis pelas execuções e as parcerias estabelecidas.

É também responsabilidade de cada município prestar contas do que poderá ou não realizar, de seu Plano de Saúde e Programação Anual, devendo também sugerir ajustes no Plano.

Esta prestação de contas deve ser feita, trimestralmente, ao Conselho Municipal de Saúde e à Câmara Municipal e, anualmente, (o primeiro é o de 2008) por meio do Relatório Anual de Gestão, que deve conter, minimamente:

- A análise do desempenho do plano de saúde em relação aos objetivos, diretrizes e metas.
- As ações e metas anuais definidas e alcançadas, assim como aquelas não previstas, incluindo as prioridades, ações e metas do TCG.
- Os recursos orçamentários previstos e executados.
- Análise da execução da Programação anual de saúde do ano correspondente, a partir de suas ações e metas.
- As recomendações para a PAS do ano seguinte e para ajustes no OS.
- Os indicadores de saúde apurados pelo município.
- Recomendações de ajustes, como, por exemplo, revisão dos indicadores ou reprogramação.

O planejamento municipal deve guardar coerência com as pactuações e planejamento realizados pelo Colegiado de Gestão Regionais (CGR) bem como com as responsabilidades e compromissos assumidos no Termo de Compromisso de Gestão Municipal; seus instrumentos devem ser aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde.

Importante ainda é envolver o conjunto de profissionais de Saúde no processo de discussão e elaboração do Plano Municipal de Saúde.

O planejamento é a melhor maneira de alterar a realidade. Esta realidade não se altera apenas a partir das demandas que normalmente entram pela porta do gestor, mas através do processo de planejamento. Na ausência de planejamento estas alterações não têm direção nem sentido. A Constituição preconiza o planejamento das ações públicas em todos os seus setores e esferas de gestão.

Veja o que estabelece a nossa Carta Magna:

CF - Art. 165. Leis de iniciativa do Poder Executivo estabelecerão:

- I - o plano plurianual;
- II - as diretrizes orçamentárias;
- III - os orçamentos anuais.



A Lei Orgânica da Saúde 8142/90 e Lei 8080/90 normalizam este planejamento. Algumas portarias do SUS regulamentam o planejamento, dentre elas estão:

- GM 399, de 22 de 02 de 2006.
- GM 3332, de 28 de 12 de 2006.
- GM 1229, de 24 de maio de 2007.

Na perspectiva municipal, a portaria 399 estabelece como responsabilidades sanitárias a participação no processo de planejamento, segundo diretrizes do Pacto pela Saúde.

Observamos que da constituição à regulamentação do SUS através de suas portarias, o planejamento está previsto em todas as esferas de gestão. Nestes regulamentos, a formulação deste planejamento determina que haja coerência e sincronia entre os diversos instrumentos, áreas e momentos.

Encontramos diversas dificuldades para a implementação do planejamento como processo permanente de trabalho na construção do SUS, entre elas podemos citar as que o gestor deve estar atento:

- A tentativa de imposição de determinados instrumentos ou tecnologias de planejamento específico;
- A tendência de operar o planejamento de forma normativa e não participativa;
- O desvinculo entre o planejamento e os marcos regulatórios do SUS, como o Pacto pela Saúde e seus processos de organização;
- Falta de unicidade entre as diversas áreas técnicas do SUS;
- Planejamento técnico, dissociada da gestão, da participação e do controle social;
- Planejamento dissociado do processo de financiamento ou orçamentação;
- Desrespeito aos tempos diferenciados das esferas de gestão que possuem a regulamentação do PPA em anos diferentes.

O planejamento é um processo permanente de trabalho, e não uma coletânea de documentos elaborados anualmente. É importante que todas as áreas do setor saúde tenham no planejamento seu processo de organização do cotidiano e não um setor específico para a execução do planejamento.

A gestão do SUS deve garantir a participação de todos os seus atores no planejamento, propiciando uma interface de comunicação e integralidade que são vitais para o sucesso do plano. O gestor deve saber valorizar estes fluxos com governabilidade e governança.

O planejamento e a gestão municipal

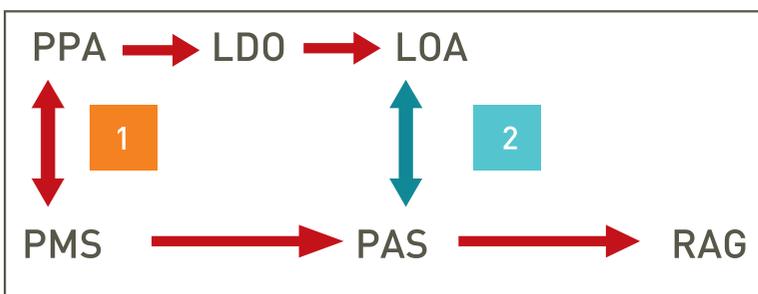
O plano de governo do prefeito eleito deve ser inserido no processo de planejamento do município. O executivo municipal deve expressar este plano de governo no PPA do município, que é a somatória de todas as áreas municipais. Isto pode garantir uma continuidade do desenvolvimento municipal.

O Plano Municipal de Saúde (PMS), um documento que deve ter uma validade de quatro anos, deve ser mais genérico e ser um componente do PPA.

Pelo menos anualmente a parte da saúde do PPA deve ser trabalhada no que conhecemos como Programação Anual da Área. A programação anual de saúde (PAS) ou plano anual de saúde é feita a partir da releitura anual do PPA expressa a LDO e a LOA. O PAS deve explicitar operações e metas a serem cumpridas e expressas na Lei Orçamentária Anual, proposta pelo executivo e aprovada pelo legislativo.

Toda lei orçamentária possui uma flexibilidade que é dada ao gestor para um percentual de alterações necessárias, que um eventual processo de planejamento contínuo determine em suas revisões de metas. Qualquer alteração no plano municipal deve ser autorizada pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS). Mesmo em situações de emergência ou calamidade, a aplicação dos recursos nestas situações deve ser aprovada posteriormente em uma prestação de contas ao CMS.

Ao final do ano, a avaliação das metas e o desempenho físico e financeiro do PAS devem compor um relatório que é conhecido como Relatório Anual de Gestão (RAG). E este RAG deve ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.



No quadro acima observamos uma coincidência (1) de datas e vínculo entre a programação anual (PAS) e a lei orçamentária (LOA) - neste caso deve haver uma correlação entre os gastos previstos pela programação proposta e o orçamento municipal.

Já na correlação (2) entre o PPA e o PMS é preciso contemporizar o conteúdo da lei que estabelece que o primeiro ano deva seguir o PPA da gestão anterior com a demanda política pautada pelo programa de governo do novo prefeito eleito (no caso de transição). Esta não é uma tarefa fácil, pois expõe juridicamente o gestor. Recomendamos cuidados para não ferir a lei e ao mesmo tempo atender a demanda política da nova gestão.

É importante ressaltar que não deve haver disputa de competências entre o Legislativo e o Conselho Municipal de Saúde. O CMS é um órgão do Executivo, que viabiliza a participação e o controle social. Sempre cabe ao legislador a última palavra na aprovação da proposta do executivo.

A área da saúde municipal tem avaliações e demandas que precisam ser consideradas no cumprimento das metas aprovadas no Plano Municipal de Saúde. O gestor deve se vitalizar e se apropriar deste fluxo de informação como instrumento de gestão, pois todo planejamento tem de ser acompanhado e avaliado através da constante correção de rumos e busca do cumprimento das metas planejadas.

A portaria 399 regulamenta a necessidade da elaboração do termo de compromisso de gestão (TCG) que representa as ações e as responsabilidades sanitárias assumidas pelo município. Como cumprir estas responsabilidades se elas não estiverem expressas no Plano Municipal de Saúde, uma vez que a gestão não pode desenvolver nenhuma ação não prevista

neste plano?

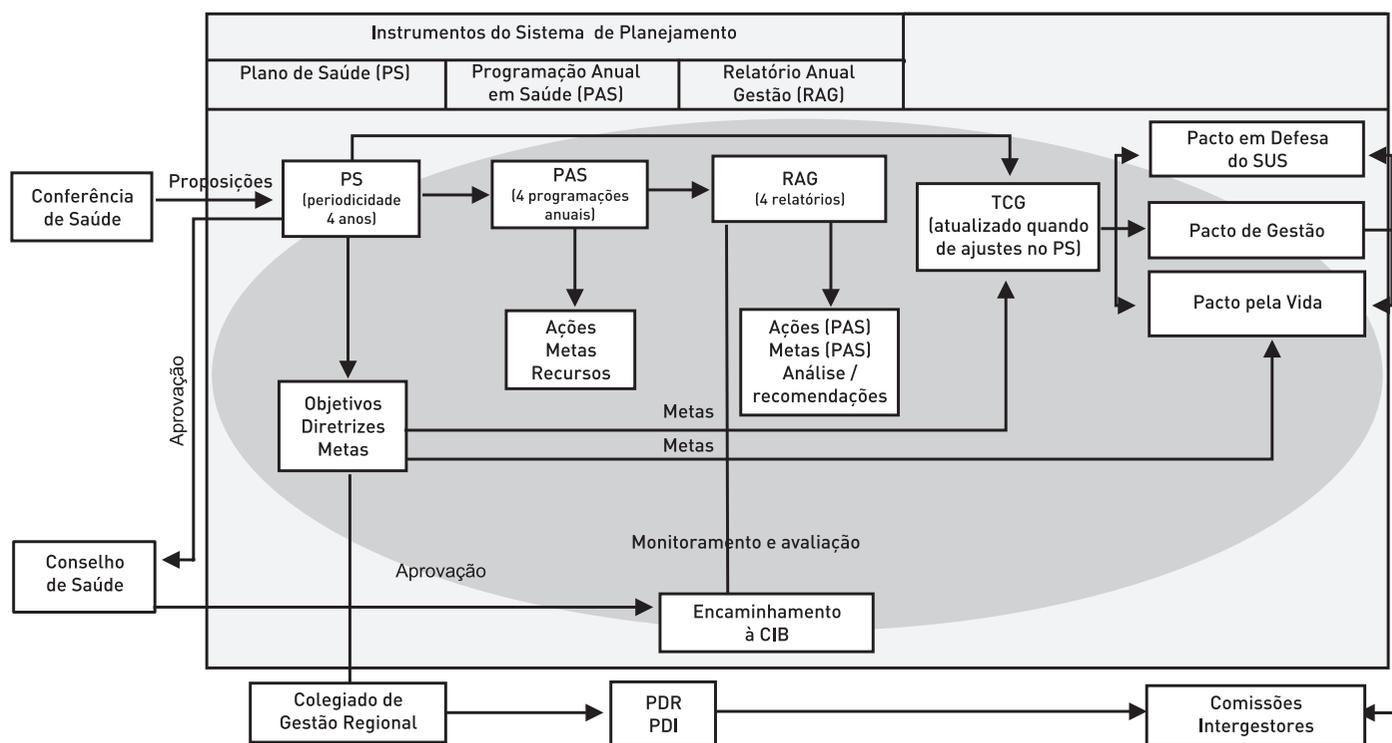
Não pode haver pactuação de alteração na PPI ou TCG sem a necessária vinculação com a orçamentação.

Instrumentos do planejamento:

1. **PAS** – ou **plano anual de saúde**, é a revisão das metas e objetivos anuais do PMS A do primeiro ano segue o PPA da gestão anterior.
2. **PPA – PLANO PLURI ANUAL** - refere-se ao planejamento de toda a administração municipal. Este plano deve estar de acordo com o plano diretor do município. É elaborado pela administração atual no decorrer do primeiro ano de governo, aprovado pela Câmara Municipal, tem validade para os três anos de governo da atual administração e para o primeiro ano da administração seguinte, portanto para quatro anos consecutivos.
3. **PMS ou PS - Plano Municipal de Saúde** – elaborado a cada quatro anos considerando as diretrizes aprovadas na Conferência Municipal de Saúde
4. **RAG – relatório anual de gestão**, (portaria 3176 de 24 de 12 de 2008) elaborado pelo gestor anualmente a partir do desempenho financeiro, das metas e programações dos serviços de saúde estabelecidas no PAS, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, que encaminha ofício a Comissão Intergestores Bipartite - CIB. Não há necessidade de encaminhar o RAG, nem para a CIN (SERIA CIT??)e nem para o Ministério da Saúde e sim publicizá-lo e deixa-lo à disposição dos órgãos de controle.
5. **TCG** - termo de compromisso de gestão, instrumento de pactuação de abrangência

municipal e regional. Deve estar contemplado no Plano anual de saúde.

6. **PDR** – plano diretor regional é a formatação da região de saúde em sua expressão física e política.
7. **PDI** – plano diretor de investimento é a somatória de investimentos necessários e pactuados no colegiado de gestão regional, para toda a região.
8. **CGR** – colegiado de gestão regional é um colegiado formado por todos os gestores municipais de saúde, que entre outras obrigações tem a de formatar a Programação pactuada integrada.



Resumindo, ao gestor municipal cabe:

1. Estabelecer um processo permanente de planejamento
2. Vitalizar os fluxos de participação e monitoramento
3. Rever anualmente a programação anual de saúde ou PAS que é derivada do PPA
4. A programação (PAS) reflete o TCG (termo de compromisso de gestão e seu cronograma) e a PPI (programação pactuada integrada)
5. Vincular o pactuado regionalmente com a programação (PAS)
6. Corrigir os rumos destes instrumentos com o Planejado.
7. Construir o Relatório Anual de Gestão de acordo com a PAS, avaliando a programação segundo suas metas e objetivos.
8. Apropriar-se destes instrumentos, são responsabilidades sanitárias.

A **PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA (PPI)** tem que ser pactuada no **COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL (CGR)** e expressa as programações dos serviços municipais incluindo o que atenderá ou será atendido regionalmente.

A **PROGRAMAÇÃO DOS SERVIÇOS MUNICIPAIS** é a somatória das ações a serem desenvolvidas para atender o município. Deve incluir também as ações de atendimento de outros municípios nestes serviços no caso de referência regionais pactuadas na PPI.

O Pacto pela Saúde tem como instrumento o **TCG – TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO**, que expressa a PPI, as Programações locais de assistência, prevenção, proteção, promoção e recuperação, aprovadas no plano municipal de saúde pelo Conselho Municipal.

Regulamentação:

- Lei nº. 8080/90
- Lei nº. 8142/90
- PT MS/GM 1229 de 24 de maio de 2007
- PT MS/GM 3085 de 1 de dezembro de 2006
- PT MS/GM 3176 de 24 de dezembro de 2008.

Para saber mais:

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Série Cadernos de Planejamento, volumes 1. Sistema de Planejamento do SUS – uma construção coletiva – organização e funcionamento e 2 instrumentos básicos. . Brasília/DF, 2007.

Para reflexão:

1. Como você pretende desenvolver o planejamento na sua gestão?
2. Qual o seu conhecimento atual sobre cada um dos instrumentos do planejamento no sus citados acima?
3. Como está a situação do seu município perante estas responsabilidades sanitárias?

Anotações

Anotações

8

O COLEGIADO

DE GESTÃO REGIONAL

As negociações no SUS são permanentes, dado o universo em que se constitui a atenção à saúde e aos diversos determinantes e fatores que de forma constante alteram e influenciam tanto a assistência como a situação de saúde da população daquela região.

A questão do financiamento, tanto positiva quanto negativamente, pauta frequentemente as reuniões regionais dos gestores no Colegiado de Gestão Regional – CGR, que está regulamentado no Pacto pela Saúde.

A relação entre as regiões de saúde, a definição de uma estrutura organizacional entre estas regiões no estado, constituindo regiões macro ou regiões político-administrativas do estado necessitam de um papel preponderante da secretaria de estado da saúde e uma instância de representação municipal, o COSEMS. As relações entre o coletivo dos gestores municipais de saúde e o gestor estadual na formação da rede estadual de atenção à saúde, na proposição e na gestão de uma política estadual de saúde necessitam de uma organização da representação formal, estabelecidas na mesma lógica da relação interfederativa analisada no Colegiado de Gestores Regionais, mas com a dimensão estadual.

Para saber mais:

- **Caderno Série “Pactos pela Saúde”** – Volume 3 – Regionalização Solidária e Cooperativa – orientações para sua implementação no SUS. Ministério da Saúde, Brasília, 2006. Pode ser obtido *on line*, no site do Ministério da Saúde, no endereço <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regionalizacao2006.pdf>
- Decisões da CIT de Fevereiro de 2008, disponível em www.saude.gov.br/dad

BIBLIOGRAFIA

- Santos L, Andrade L O M. **SUS: O Espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos** - aspectos jurídicos, administrativos e financeiros, IDISA/CONASEMS, 2007, p 95 a 133.
- Carvalho GCM. **Participação da Comunidade na Saúde**, Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP) 2006 www.idisa.org.br
- Seixas JC, Pimentel CRB, Levy SN, Castro CGJ, Almeida ES, Carvalho GCM, Duarte JES, Rocha JSY, Franco MS, Linguanotto MJR, Fortes PAC, Junior RR. **Estudo Analítico e Prospectivo sobre as Relações entre Concepção de Distrito Sanitário e as Diretrizes de Regionalização Expressas na NOAS**. NEPESS - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2005.
- Decreto Nº. 1232, de 30 de agosto de 1984, Presidência da República, Brasília, 1984.
- Portaria GM 1229, de 24 de maio de 2007, Ministério da Saúde, Brasília, 2007.

Para reflexão

1. Existe um colegiado gestor em sua região?
2. Como está funcionando?
3. Como é o relacionamento com a secretaria de estado neste espaço?
4. Como voce pode alterar ou implementar a situação atual do seu cgr?

Anotações

Anotações

9

PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE



Para entender:

Controle social é a forma pela qual se garante o direito de participação real da sociedade na formulação, implementação e controle de políticas e ações de Saúde, inscrito na Constituição de 1988 e na Lei Federal 8.142/90. Ele se dá também, mas não exclusivamente, por meio dos conselhos de Saúde e das conferências de Saúde, que contam com representação dos seguintes segmentos:

- População, por meio de usuários ou entidades tais como associações de moradores, movimentos populares de saúde, sindicatos e centrais sindicais, associações de familiares e portadores de patologia, de defesa dos direitos humanos e do meio ambiente, dos estudantes etc.;
- Trabalhadores da Saúde, por meio de sindicatos, associações, conselhos profissionais e de servidores públicos;
- Instituições prestadoras de serviços de Saúde;
- Gestores do SUS, nas três esferas de governo.

Passo-a-passo:

Os conselhos de Saúde estão previstos em lei desde 1990 e são deliberativos; isto é, tomam decisões nos assuntos da Saúde.

Existe um conselho nacional, conselhos estaduais e também municipais.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) propõe e acompanha as ações relativas à Saúde local, além de controlar e fiscalizar o bom uso dos recursos, democratizando as decisões. Eles devem ser paritários e tripartites em conformidade com a lei 8142 que determina 50% para os usuários e 50% para os representantes dos governos, prestadores e trabalhadores da saúde.

Os representantes de usuários e trabalhadores da Saúde devem ser eleitos por seus pares.

O presidente do Conselho deve ser eleito pelos conselheiros. Esta eleição não deve coincidir com as eleições do executivo municipal.

O governo e prestadores de serviço indicam seus representantes.

Em alguns municípios, existem, ainda, conselhos em cada Unidade de Saúde, que são chamados de "Comissões Gestoras" ou "Conselhos Locais de Saúde", ou ainda "Conselhos Gestores de Unidade".

É obrigação legal dos gestores a realização de reuniões ordinárias do CMS, todos os meses. Ele deve discutir e aprovar o Plano Municipal de Saúde, o Relatório de Gestão anual, as prestações de contas e, ainda, discutir e apreciar diretrizes para as políticas, programas e ações que serão implementadas no município.

As conferências de Saúde, regulamentadas por lei, acontecem periodicamente (ou de forma extraordinária), permitindo ampliar ainda mais a participação social no SUS.

As conferências nacional e estaduais ocorrem a cada quatro anos; as conferências municipais tem periodicidade definida em legislação local.

As propostas aprovadas devem ser detalhadas pelo Conselho, para embasar os planos de Saúde. Cabe ao Conselho acompanhar e fiscalizar sua implementação.

Em relação à participação da comunidade cabe ainda citar as quatro ações previstas no pacto, quais sejam:

- Curso introdutório para os conselheiros novos;
- Aprovação do plano de saúde em conformidade com a regulamentação do SUS;
- Relatório anual de gestão e
- Realização da conferência municipal de saúde.

O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e o Conass (Conselho Nacional de Secretários da Saúde) têm assento no Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Regulamentação:

- Lei n.º 8.080, de 19 de Setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde) – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- Lei n.º 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.
- Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003, do Conselho Nacional de Saúde – Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.
- Leis Complementares e ordinárias relacionadas ao controle social, de seu município.

Para saber mais:

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. A Prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS. Brasília:

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002. 60 p. - (Série Histórica do CNS; n. 1) - (Série I. História da Saúde no Brasil). Disponível em:

http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/A_Pratica_Control_Social.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes nacionais para capacitação de conselheiros de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 20 p. - (Série CNS Cadernos Técnicos;) - (Série J. Cadernos; n. 6). Disponível em:

http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/diretrizes_capacitacao.PDF

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Carta dos direitos dos usuários da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 8 p. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/cartaaosusuarios02.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde - 2. ed. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 208 p. - (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em:

http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/coletanea_miolo.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Relatório consolidado para a 13ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007, 82 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_consolidado_13cns.pdf

CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios para o controle social: subsídios para capacitação dos conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 280 p.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Conselho Estadual de Saúde. Relatório da 5ª Conferência Estadual de Saúde. Disponível em:

http://www.conselho.saude.sp.gov.br/resources/5conf/relatorio/relatorio_final_da_5_ces.pdf

CARVALHO GCM. Participação da Comunidade na Saúde, Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP) 2006 (www.idisa.org.br)

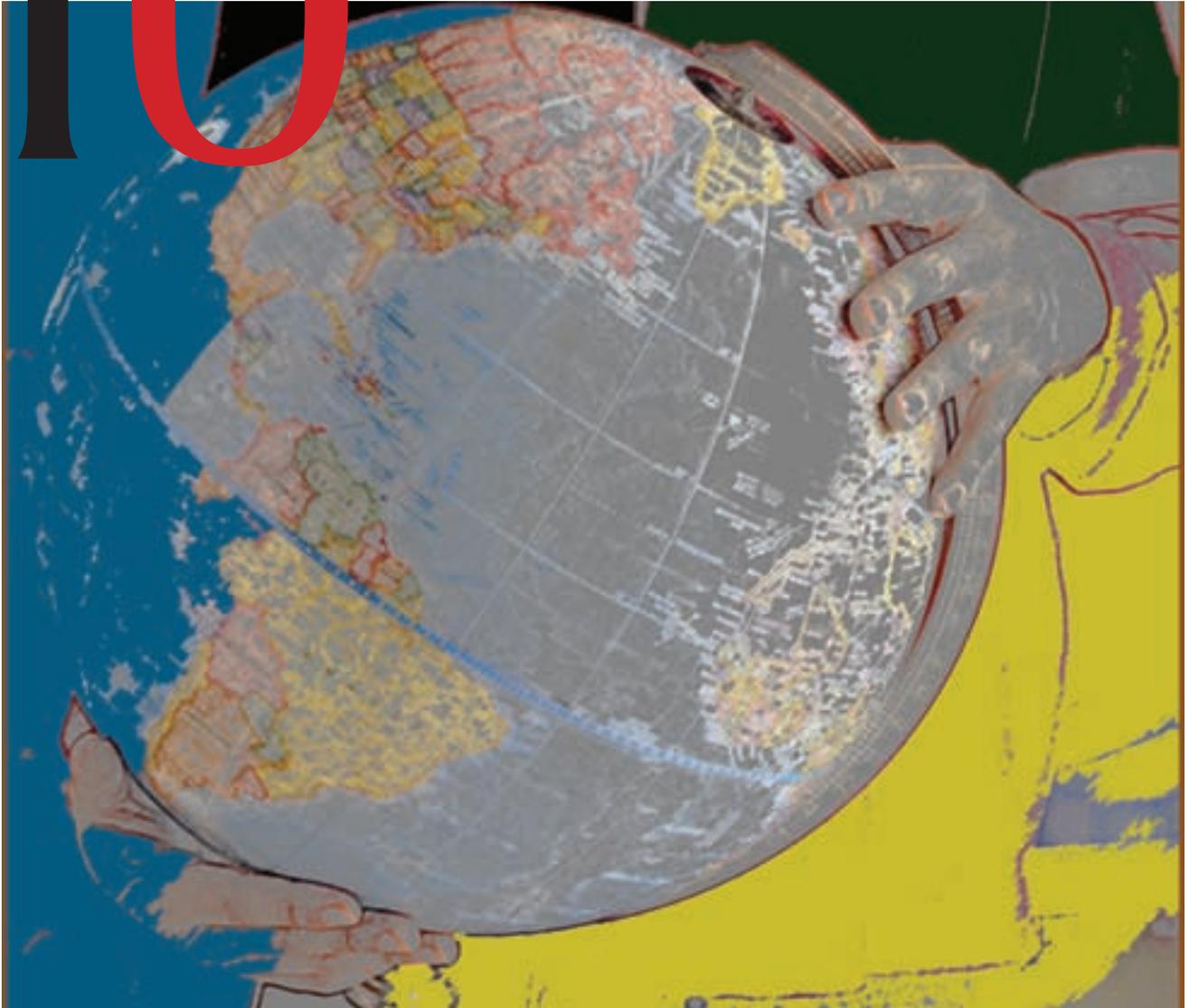
Para reflexão:

1. Como você acha que seria a sociedade brasileira sem a participação social?
2. Como está a participação social em seu município em sua atual experiência?
3. Como você pretende alterar ou implementar esta situação?

Anotações

Anotações

10



REGIONALIZAÇÃO

Para entender:

A regionalização é uma diretriz que acompanha a organização da Saúde, no Brasil, desde muitos anos. Contudo, é importante destacarmos aqui a proposta de regionalização solidária e cooperativa, contida no Pacto pela Saúde, que considera as Regiões de Saúde como recortes territoriais em espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades comuns – culturais, econômicas ou sociais –, e da existência de interligações por redes de comunicação, infra-estrutura ou transportes.

Rede de saúde também pode ser entendida como o caminho da oferta de serviços e a facilidade de acesso. Essas regiões devem organizar suas ações e serviços de Saúde, assegurando a universalidade do acesso, a equidade e a integralidade dos cuidados, favorecendo a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social.

O Pacto pela Saúde considera a possibilidade da composição de Regiões de Saúde que sejam intermunicipais, intramunicipais, interestaduais e fronteiriças. Outro ponto fundamental é a instituição de um Colegiado de Gestão Regional (CGR), com representação de todos os municípios que compõem a região, além do Estado, tendo a função de efetivar a co-gestão da Saúde em seu território.

Passo-a-passo:

Para qualificar o processo de co-gestão no CGR é fundamental e condicionante a participação de todos os municípios, por meio do gestor municipal. Os CGRs devem contar com câmaras técnicas, que apoiem as discussões em pauta, processando seus temas.

No CGR, materializa-se o planejamento regional (desenho, organização e regulação) da rede de atenção (PDR), recursos de investimento, o papel dos serviços de saúde na rede de atenção regionalizada, o desenho e perfil desta rede, as ações de vigilância e promoção da saúde, as estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde regionais, a adesão e monitoramento do Pacto pela Saúde de cada município e no seu momento normativo (PPI) realiza-se a alocação de recursos, segundo o planejamento regional realizado.

Mais que a soma dos gestores municipais de determinada região, o CGR é um espaço para decisões solidárias, na direção do bem comum, viabilizando uma regionalização viva que fortalece os municípios.

Nos estados, os COSEMS são apoiados e incentivados pelo CONASEMS a desenvolverem mecanismos de mobilização e de apoio técnico a esse processo.

No plano Nacional, existe uma agenda tripartite de implementação do Pacto pela Saúde, cuja prioridade para 2009, está pactuada pelo aprofundamento desse processo de regionalização.

O entendimento sobre o que é uma região de saúde também está explicitada na portaria 339, e pode não coincidir com uma região política administrativa do estado, fruto de um papel exclusivo do estado e de sua lógica administrativa (regionais de saúde do estado), previsto no art. 25 da CF. Não necessariamente há uma coincidência destes mecanismos organizativos regionais.

CF - Art. 25. Os Estados organizam-se e regem-se pelas Constituições e leis que adotarem, observados os princípios desta Constituição:

§ 3º - Os Estados poderão, mediante lei complementar, instituir regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões, constituídas por agrupamentos de municípios limítrofes, para integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum.

Uma região de saúde compreende um espaço de organização dos serviços de saúde de forma hierarquizada, com fluxos estabelecidos e pactuados entre os municípios, com capacidade de resolver os problemas de saúde, nem sempre coincidentes com a regionalização político administrativa do estado.

A Regionalização em Saúde pode ser considerada como a busca ou a instrumentalização da melhor disposição e distribuição técnica e espacial dos serviços, visando cobertura e acesso da população às ações de saúde, com máxima eficiência institucional e social (3).



Por outro lado, a busca ou instrumentalização da adequada oferta e aplicação prática destas ações de saúde, no sentido da cobertura e acesso populacional, dá-se pela sua melhor possível composição e distribuição técnico-operacional, genericamente conhecidos como **Níveis de Atenção**.

Estão expressos em Atenção Primária (Básica), Secundária e Terciária (alguns consideram também a Quaternária), que indica e refere a idéia e o termo de **Hierarquização das Ações de Saúde**.

Ressalte-se que isto não indica, não induz, não pressupõe e não condiciona diferenciais de importância, de conhecimento, de complexidade e de poder, mas uma diferenciação em “densidade tecnológica”, daí outros termos, como **“Ponto de Atenção”**.

Assim, em resumo, a Regionalização assume um objetivo funcional de compor “Regiões de Saúde”, com **Grau de Suficiência**, expresso na máxima oferta e disponibilidade de ações de saúde dos “Níveis de Prevenção” e “de Atenção” para a população de um dado território, instrumentalizada por uma **Rede de Serviços**, articulada e integrada, não podendo ser considerada e restrita ao aspecto ou dimensão político-administrativa.

Importante frisar, ainda, que, nesse sentido, a Atenção Primária, como base da Regionalização do Sistema de Saúde, deve ser considerada, valorizada e operacionalizada como Momento, Ponto ou Unidade de máxima abrangência e resolutividade, ultrapassando a conceituação e prática muitas vezes existente de “Nível simples, de poucos recursos, para o atendimento de necessidades menos complexas ...!”. Deve conter, então, ações de saúde de todos “níveis de prevenção”, numa integração horizontal com a maior substância e complexidade possível, no sentido vertical, no seu âmbito de atuação.

A Regionalização em Saúde, deste modo, implica na subdivisão do universo espacial e populacional, objeto de um Sistema de Saúde, correspondente e inserida num processo de descentralização/centralização que garanta sua macroorganicidade e sua operacionalização, em termos de cobertura e acesso, com ações de saúde compatíveis com as características, necessidade e demandas de cada um e de todos esses conjuntos espaciais e populacionais, com eficiência e impacto nas condições de saúde.

A regionalização deve possibilitar e racionalizar o acesso do usuário, de forma a garantir aos cidadãos um conjunto de ações e serviços de saúde o mais próximo possível da sua residência, com qualidade, assim como a ampliação da garantia do princípio da integralidade, principalmente ao facilitar o acesso aos níveis de atenção secundária e terciária.

Pressupõe a existência de uma rede de serviços que deve permitir um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada, favorecendo, além das atividades reparadoras e curativas, as ações de vigilância epidemiológica, sanitária, saúde do trabalhador e controle de vetores, entre outras, que está induzindo e inserindo, genericamente, termos e conceitos como Vigilância em Saúde e Promoção da Saúde.

O processo de regionalização deve levar em conta o estabelecimento de uma rede hierarquizada de serviços de saúde, a existência de um planejamento regional integrado, a garantia do acesso a todos os níveis de atenção com resolubilidade e racionalização dos recursos, dentro de uma base territorial de planejamento, não necessariamente coincidente com as divisões administrativas estaduais ou municipais existentes.

Devem ser consideradas as especificidades e estratégias locais, as características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, a oferta de serviços, as relações existentes entre os municípios, assim como os valores éticos prevalentes na sociedade e na cultura organizacional das instituições de saúde.

O processo de regionalização pode também ser entendido como um facilitador para que as ações de saúde levem em conta os riscos populacionais, evitando a fragmentação da rede de serviços, estabelecendo equilíbrio na distribuição de recursos aos diversos pontos de atenção à saúde e evitando privilegiar os de maior densidade tecnológica.

Na abertura da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, o então Ministro da Saúde, Roberto Figueira Santos, afirmou que o processo de regionalização era um sonho acalentado há muito tempo pelo pessoal da área da saúde, entendendo que por ele se chegaria à hierarquização, assegurando a utilização correta e justa das altas tecnologias médicas e das pesquisas operacionais, assim como permitiria uma maior e mais direta participação no planejamento, no controle da qualidade, na gestão e na fiscalização das atividades por parte do cidadão.



Dois anos depois da histórica Conferência, o princípio da regionalização tornou-se uma diretriz constitucional a ser seguido na organização e no funcionamento do sistema de saúde brasileiro, associado aos princípios da descentralização e da hierarquização das ações e serviços de saúde.

Em 1990, a lei 8080/90 – Lei Orgânica da Saúde –, em seu art.8º, reafirmou que as ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), devem ser organizados de forma regionalizada e hierarquizados em níveis de complexidade crescente.

A regionalização é princípio acoplado ao da descentralização, que juridicamente, em um país que adota o modelo federal, significa a distribuição de competências e responsabilidades entre as esferas de governo – União, Estados e Municípios –, esferas autônomas, com capacidade político-legislativa, priorizando os níveis regionais e locais.

Se a autonomia das três esferas de governo pressupõe repartição de competências e responsabilidades, distribuídas de tal forma que possam exercer seus atos normativos de modo a atenderem as necessidades dos cidadãos, e sem hierarquia entre eles, isto é, nenhuma das esferas são superiores a outra, a norma constitucional estabeleceu o Sistema Único de Saúde ensejando cooperação entre as esferas de governo para atender às responsabilidades públicas no campo da saúde.

Todavia, é de se ressaltar que a regionalização e a hierarquização não podem ser consideradas como fins em si mesmo, mas sim como instrumentos para que sejam alcançados os princípios fundamentais do SUS – a universalidade, a integralidade e a equidade. As portarias do Pacto pela Saúde conceituam **regiões de saúde e existe um caderno do pacto específico sobre o tema.**

Vimos como é necessária a participação do gestor municipal da saúde nos foros de negociação regional porquanto a responsabilidade pela atenção ao cidadão de seu município não termina nos limites territoriais de seu município. Neste sentido, esta participação prevista constitucionalmente é organizada e regulamentada pelo SUS através da portaria 399 (portaria do Pacto).

Esta portaria também explicita o que se entende por responsabilidades sanitárias, dentre elas o papel do gestor municipal na construção e operacionalização da regionalização.

Regulamentação:

Portaria MS nº. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006 – Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde

Fique sabendo:

- Ministério da Saúde (MS) www.saude.gov.br/pactopelasaude

Para reflexão:

1. Existe uma região de saúde funcionando no seu território?
2. Como seria a “sua” região de saúde, considerando os preceitos acima?
3. Quais são as suas dificuldades neste processo de regionalização?

Anotações

Anotações

11



O COSEMS



Os Conselhos de Secretários Municipais de Saúde foram organizados em cada estado da Federação e tem sua história vinculada a construção do SUS. O Cosems tem papel importante como interlocutor em nome dos municípios, representando a soma das demandas políticas e de gestão em diversos foros de negociação estaduais.

Nos estados, os dois principais foros de participação da representação municipal no âmbito do SUS são a “bipartite” (Comissão Intergestores Bipartite - CIB) e o Conselho Estadual de Saúde (CES).

Nestas duas instâncias se discute a política estadual de saúde, sua gestão e operacionalização.

Os gestores municipais, entendendo que um bom sistema de saúde de seu município não se constrói apenas dentro do seu município ou de sua regional, participam desta organização política ativamente, de forma direta ou indireta, colaborando para que a posição dos municípios seja respeitada no processo de negociação e pactuação das políticas estaduais de saúde.

O SUS recebeu de herança um sistema de saúde centralizado, pouco democrático, que precisa ser transformado em um sistema descentralizado, como preconiza a Constituição Federal, a Lei Orgânica da Saúde e os incontáveis regulamentos expressos em diversas portarias ministeriais, dentre as quais ressaltamos a 399/06 (Pacto).

A construção desta descentralização se dá através destes foros (CIB e CES) e de suas câmaras técnicas. Quando o Cosems está organizado, com representatividade política, esta construção favorece o SUS do estado.



ES

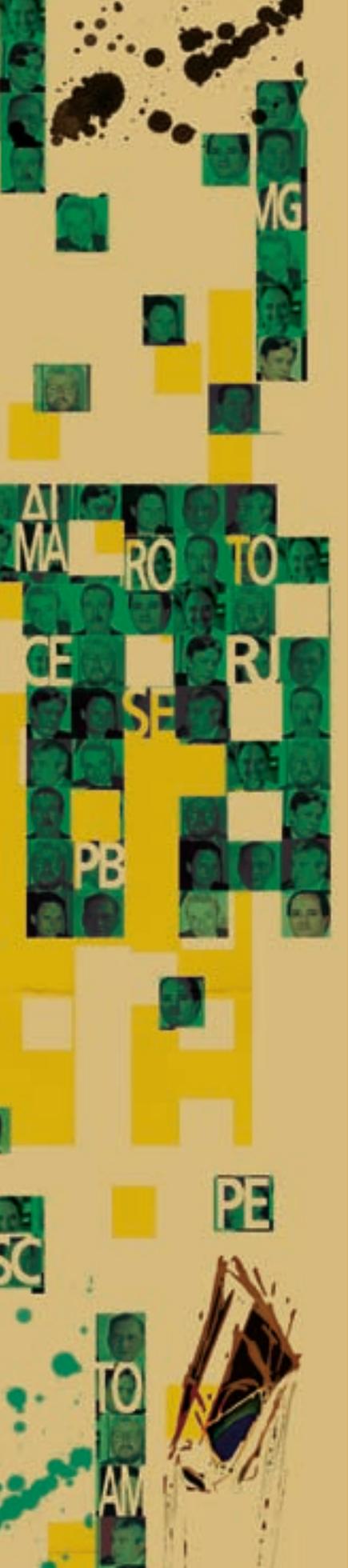
RN

SP

P

MI





A experiência nacional demonstra que um sistema estadual de saúde organizado está diretamente relacionado com a capacidade de mobilização e organização dos gestores municipais, através do Cosems.

OS COSEMS, como o CONASEMS, estão em um permanente processo de evolução administrativa, técnica e política. A participação da gestão municipal inclusive no financiamento de sua instituição representativa é fundamental para garantir uma melhor capacidade de pactuação e organização do sistema estadual de saúde e de seu próprio município.

Cada Cosems se organiza de forma diferente. Alguns consideram as regiões de saúde como base da organização, indicando a partir dos CGR os representantes para os conselhos regionais de representantes. Este respaldo certamente fortalece a representatividade política da instituição no estado e dá permeabilidade as discussões e resoluções das reuniões do Cosems. Este fortalecimento baliza as discussões e pactuações nos foros estaduais a partir da realidade local e regional. Outros COSEMS têm procurado desenvolver outras formas de organização.

Há que se considerar a história de cada Cosems, que acima de tudo representa o movimento dos secretários municipais de saúde do seu estado, na construção da descentralização.

Para reflexão:

1. Como voce vê o cosems em seu estado?
2. Voce participa de alguma forma em reuniões ou representações do cosems?
3. Como esta a organização da representação regional do seu cosems?
4. Qual a sua proposta para melhorar a representatividade do seu cosems?

Anotações

Anotações

12



A BIPARTITE

A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é o foro maior de pactuação da gestão do SUS no estado. Nesta comissão só participam os gestores.

A representação dos gestores estaduais é indicada pela Secretaria de Estado da Saúde e a representação dos municípios é feita pelo Cosems, sendo que o Secretário de saúde da capital é membro nato no colegiado. Esta composição é um desdobramento regulamentado a partir da lei 8.142, no seu artigo 1º §3º:

8142/90 - § 3º- O Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde CONASEMS terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

Cada estado possui uma regulamentação própria de constituição, organização e funcionamento das bipartites, expressa em seu regimento interno.

A CIB é um foro interfederativo e como tal não pode aprovar suas resoluções a partir de votação, mas apenas a partir de consensos.

Quando não há consenso, ou se aprofunda a discussão ou se encaminha para outra instância colegiada do SUS, que pode ser o próprio Conselho Estadual e dependendo da natureza do dissenso, à CIT (Tripartite) ou Conselho Nacional de Saúde (CNS). Tudo isso deve estar previsto no Regimento Interno. A melhor orientação é sem dúvida aprofundar a discussão.

Na maior parte das vezes as discordâncias são de natureza técnica e não apenas da perspectiva da gestão. Neste caso o assunto deveria ser pautado primeiramente em uma câmara técnica da bipartite, onde as representações de técnicos do estado e dos municípios devem construir uma proposta de consenso para a bipartite.

A diversidade de assuntos e as suas especificidades fazem surgir grupos de trabalhos técnicos para apoiar a construção das propostas - as câmaras técnicas da bipartite. Estes grupos de trabalhos demandam grandes esforços dos Cosems, de tal forma que os representantes municipais nestes grupos sejam preparados tecnicamente e defendam propostas que estejam de acordo com a orientação política do colegiado maior de gestores municipais no estado que é o Cosems.

Cada Cosems disponibiliza representação para câmara técnica de formas diferentes no país. O importante é que haja representação da diretoria nesta câmara e que esta representação participe ou acompanhe a bipartite. Portanto, pelo menos parte desta representação deva ser de gestores municipais.

As bipartites tiveram o seu papel ampliado na construção do SUS, e expressa nos regulamentos do Pacto o que se conhece como “choque de descentralização”. Esta descentralização constitucional não é um ato normativo, mas um processo estratégico que se dá na mais coerentemente na medida em que a bipartite esta mais preparada e equilibrada. Uma bipartite onde um gestor é preponderante sobre o outro geralmente valoriza mais as políticas de governo (partidárias) que as necessárias construções de uma política de estado, federativa e que contempla todo o universo político partidário.

Esta claro que o bom funcionamento da bipartite esta diretamente relacionado a capacidade do Cosems em desenvolver a sua tarefa de negociação e pactuação em nome dos municípios daquela unidade federada. Isto não se dá de uma maneira rápida, depende de acúmulo político e técnico, de capacidade de mobilização, de preparo dos diretores, de adequação administrativa da instituição Cosems, de financiamento adequado para o funcionamento do COSEMS entre outras demandas mais específicas regionais.

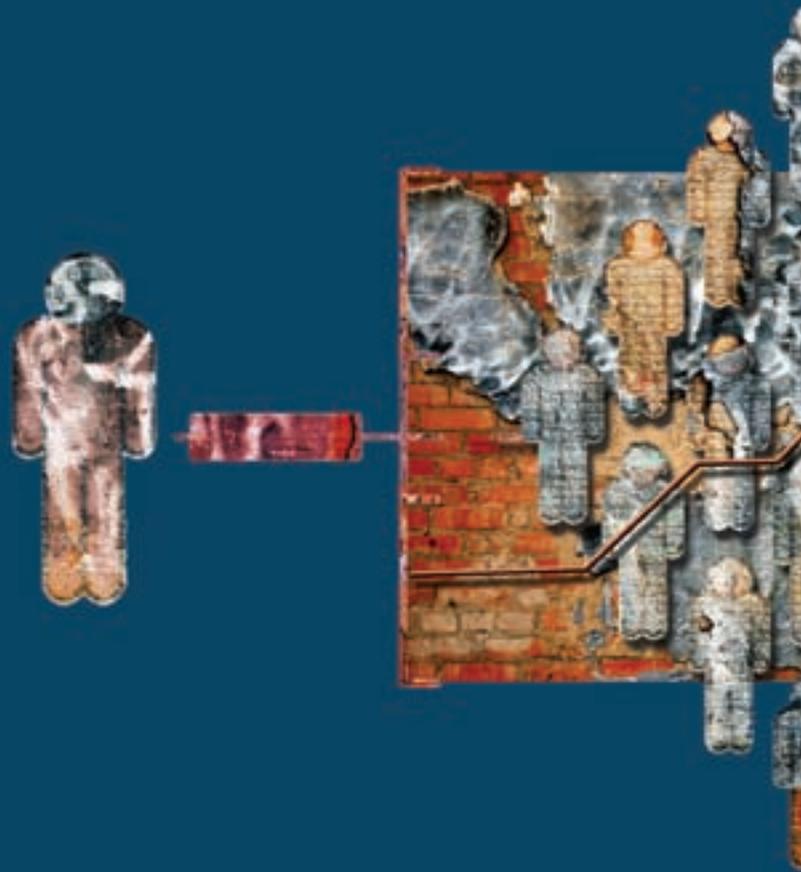
O gestor municipal não pode desconsiderar a importância desta participação, buscando sempre melhorar a capacidade de atuação da instituição que representa o município na construção do SUS. Neste sentido o planejamento estratégico do Cosems é uma estratégia que nunca pode ser negligenciada, como não se pode negligenciar o planejamento municipal.

Para Reflexão:

1. Existe câmara técnica na bipartite de seu estado? Como funciona a participação nesta câmara?
2. O cosems recebe e participa da construção da pauta da cib?
3. Os representantes do cosems na bipartite discutem e difinem a posição do cosems antes da reunião desta comissão?
4. Como alterar ou implementar esta situação?

Anotações

Anotações



13

MODELOS DE GESTÃO E FORMAS DE
ADMINISTRAÇÃO

Para entender:

A Saúde vem sendo gerida, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) seguindo o modelo estabelecido pelos marcos jurídicos e administrativos que norteiam as administrações públicas de municípios, estados e União. Trata-se, porém, de uma forma de gestão em que a ação do Estado volta-se para atividades indelegáveis. No caso da Saúde, envolve o planejamento e a definição de políticas, a vigilância sanitária e epidemiológica, a regulação, o controle, a avaliação e a gerência do Fundo e do próprio sistema de saúde. São atividades desenvolvidas diretamente pela administração pública, não podendo ser delegada a entidades da administração indireta ou privada. Amarrado pelos princípios do Artigo 37 da Constituição Federal, o modelo de gestão da administração direta, todavia, tem se mostrado incapaz de suprir as necessidades e especificidades da Saúde, em particular da área hospitalar, por revelar-se inadequado em responder às complexidades do setor. Isso fez com que se desencadeasse intenso debate no âmbito do SUS sobre outras modalidades jurídico-administrativas que possam atender com maior eficácia à gestão da Saúde.

Desenvolver novos modelos de gestão no SUS requer:

A institucionalização do processo de planejamento

A adoção de normas e protocolos

O desenvolvimento da flexibilidade e inteligência organizacional com a constituição de espaços colegiados de gestão e adoção de sistema de prestação e prestação de contas

Regulação do sistema, do acesso e da oferta de serviços e seus resultados

Acompanhamento e avaliação permanente por meio de metas e Indicadores

Desenvolver mecanismos de comunicação interna e externa e processos de motivação de equipes e usuários...

...enfim, desenvolver a autonomia necessária para ser gestor de uma política que não é de governo e sim de estado. Qualquer que seja a opção é importante lembrar que não é possível outorgar a responsabilidade do gestor Municipal a outro ente, ou seja, a gestão é da Secretaria Municipal de Saúde e seu titular sempre será o responsável pelo cumprimento da constituição. Quando falamos de Gestão do SUS, estamos falando das responsabilidades na Gestão, indelegáveis a formas de administração.

É bem distinto o “Estar Gestor” compromisso assumido de forma pontual – político ou técnico ou mesmo com uma área de governo do “Ser Gestor” que exige compartilhar um Projeto com competência política, capacidade técnica e sustentabilidade.

Passo-a-passo:

Trata-se de um debate complexo que requer aprofundamento antes de qualquer tomada de decisão, já que as mudanças na forma de gestão terão, inevitavelmente, profundas implicações políticas, técnicas, assistenciais, jurídicas e financeiras.

Várias modalidades de gestão (muitas vezes em combinação) têm sido implementadas em áreas específicas da gestão da Saúde, por municípios e estados, entre as quais se destacam:

- **Administração direta** – Gestores que adotam essa forma de gestão buscam maior grau de autonomia administrativa e financeira, por meio do Fundo Municipal de Saúde (FMS).

- **Empresas públicas** – Voltam-se à exploração de atividades econômicas e prestam serviços ao público exclusivos do Estado (tarifados), sendo, portanto, inadequadas à execução de serviços públicos gratuitos, como os prestados pelo SUS.

- **Autarquias** – Pessoas jurídicas de direito público com capacidade exclusivamente administrativa para realizar atividades públicas. Integram a administração indireta, têm orçamentos públicos próprios e estão sujeitas aos princípios e regras do serviço público. Contam com patrimônio próprio, bens indisponíveis, têm maior autonomia

do que a administração direta, desfrutando das mesmas vantagens tributárias.

Estão sujeitas à Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e ao teto salarial. São apropriadas à execução de atividades típicas de Estado, tais como normatização, fomento, fiscalização, exercício do poder de

polícia. Proporcionam maior capacidade de gestão, mas seriam, ainda, insuficientes para a gestão de hospitais, por exemplo.

- **Fundações públicas de direito público** – Formadas a partir de patrimônio ao qual se atribui uma personalidade jurídica, com determinada finalidade social. Após a Constituição de 1988, passaram a ser consideradas “fundações autárquicas ou



autarquias fundacionais”, com as mesmas vantagens e limitações que as autarquias.

- **Fundação estatal de direito privado** – Modelo recente e promissor vem sendo instituído por gestores estaduais e municipais.

Goza de maior autonomia e flexibilidade, porque sua estrutura é de direito privado;

É regido pelo Código Civil e usa os mesmos regramentos das empresas públicas.

Por meio de um contrato de gestão, fixa metas, compromissos e resultados. Em troca, tem ampla autonomia gerencial, orçamentária, patrimonial e financeira.

A receita desse modelo de fundação é a do contrato, sendo vedada a não-universalizante. Pode fazer compras de bens e serviços, com regimes especiais para licitação pública e o regime financeiro é o da contabilidade das empresas estatais (Lei 6.404).

Pessoal contratado pela CLT, sem estabilidade; mas o acesso se dá por concurso público.

Tem Plano de Carreiras e Salários, dissídios, gestão do trabalho e reajustes por critérios próprios, com limite e regra estabelecida na lei ou estatuto.

A LRF só se aplica se receber subvenção governamental, já que o orçamento é flexível (precificação) e não está vinculada ao orçamento público.

No momento, tramita no Congresso Nacional sua regulamentação, o que não tem impedido prefeituras e governos estaduais de implantá-las, por meio de legislação estadual e municipal. Situa-se no âmbito da administração pública indireta.

• **Organizações sociais** – Criadas a partir da Reforma Bresser/FHC, são entidades privadas, qualificadas livremente pelo titular do órgão regulador ou supervisor. Atuam em diversas áreas e relacionam-se com o poder público mediante contrato de gestão.

Não têm fins lucrativos e devem atender aos requisitos da lei, para serem qualificadas.

Essa qualificação é livre e não depende de nenhum processo público de seleção.

A Lei federal tem sido utilizada como modelo para leis estaduais e municipais. Algumas, como as OSS do Governo de São Paulo diferem por só poderem executar novos serviços.

Enfrentam questionamentos jurídicos, ainda não definitivamente solucionados.

Não integram a administração pública, ainda que executem serviços públicos com recursos, pessoal e bens públicos.

Têm sido utilizada pelos gestores municipais e estaduais com frequência.

Na prática, entretanto, apresentam problemas administrativos e de custos. (Uma dificuldade é que relutam em aceitar regulação do gestor do SUS e tendem a fazer seleção de demanda).

• **Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP)** – Modelo de entidade privada sem fins lucrativos que pode ser qualificada e habilitada a firmar termo de parceria com o poder público.

Não pode ser sociedade comercial, organização social, entidade religiosa, cooperativa etc., nem declaradas como de utilidade pública ou beneficentes (filantrópicas).

Pode selar parcerias restritas ao desenvolvimento de programas e projetos (mediante termo de parceria).

Não pode substituir o poder público na realização de atividades ou serviços públicos.

Atua em cooperação com o poder público; não pode, por exemplo, executar serviços de assistência hospitalar; apenas ser parceira no desenvolvimento de algum projeto ou programa específico.



Para saber mais:

AZEVEDO, Eurico de Andrade – Organizações Sociais. Disponível em <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/revistaspge/revista5/5rev6.htm>

BAHIA. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. Fundação Estatal Saúde da Família: proposta para debate. 2ª. Versão. Salvador: SESAB, 2007. Disponível em <http://www.saude.ba.gov.br>

BRASIL. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. Secretaria de Gestão Projeto Fundação Estatal – Principais Aspectos; Perguntas e Respostas; Brasília: MP, 2007.

REVISTA SP. Gov. Versão Eletrônica. Por que organizações sociais na Saúde, São Paulo. Disponível em:

<http://www.revista.fundap.sp.gov.br/revista2/paginas/parceria.htm>

MARTINS, P.H. Qual a diferença entre Organizações Sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público? Disponível em:

http://www.rits.org.br/legislacao_teste/lg_testes/lg_tmes_out99.cfm

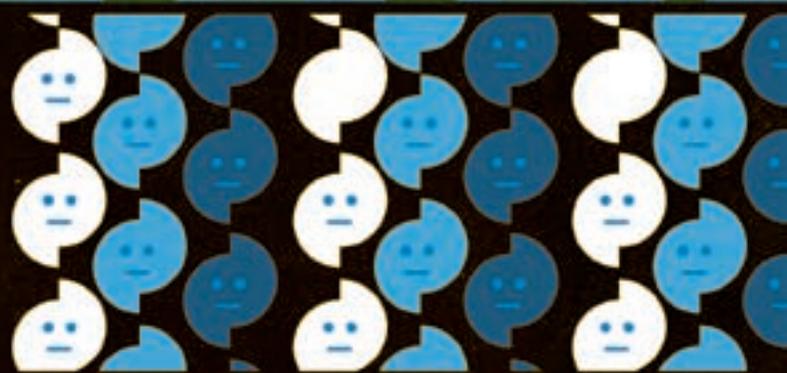
SANTOS, L. Da Reforma do Estado à Reforma da Gestão Hospitalar Federal: algumas considerações. Campinas, 2006. Disponível em www.idisa.com.br

Para reflexão

1. Qual o modelo de gestão em sua secretaria municipal de saúde e qual o grau de autonomia de sua instituição?
2. Quais as formas de administração que seu município tem atualmente com os prestadores de serviço em saúde?
3. Quais os problemas destas formas de administração e como voce os enfrentará em sua administração?

Anotações

Anotações



14

MODELO DE ATENÇÃO

Para entender:

Modelo de atenção é a forma como se organizam os recursos humanos, tecnológicos e materiais no enfrentamento dos riscos e atenção às necessidades de saúde da comunidade, proporcionando promoção, prevenção, proteção, assistência e recuperação de forma integral.

Devem-se priorizar as ações de prevenção e promoção, de forma a se antecipar os eventos que causam danos à população, a direcionar a atenção à saúde para responder a prevalência dos problemas de saúde e a superar a dicotomia entre assistência médica e prevenção/proteção e modelos de atenção nos quais o relacionamento com o paciente se dá por meio da “queixa conduta”.

Redes regionalizadas e hierarquizadas permitem organizar socialmente as respostas do sistema de saúde às necessidades da população, melhorar os serviços, definir fluxos e referências, e aumentar a resolutividade do sistema. É a única forma de responder de forma socialmente organizada aos problemas e necessidades de saúde da população.

Para isso, é preciso superar de vez a relação de programação de oferta substituindo-a pela programação das respostas às necessidades da população. Passar da lógica da oferta de procedimentos à lógica do cuidado. Deve-se levar em conta, ainda, a economia de escala dos serviços em relação à sua qualidade sem deixar de considerar o nível de acesso dos cidadãos.

Passo-a-passo:

Na implantação ou implementação de um modelo é importante considerar os níveis de atenção à saúde, definidos pelo SUS – Atenção Básica e Atenção Especializada – tendo em vista o porte e a capacidade da rede instalada, além dos recursos financeiros disponíveis. Fazer atenção básica é mais complexo do que fazer atenção especializada.

As ações e os serviços da Atenção Básica devem estar amplamente distribuídos em todo o território, de modo a atingir a toda a população e cumprindo seu protagonismo na promoção da saúde municipal. Além disso, só a atenção básica é capaz de fazer prevenção e promoção da saúde primária, secundária e terciária.

Já a atenção especializada compõe um amplo espectro de serviços com diferentes graus de especialização e modalidades de atendimento, cuja instalação deve ser muito bem avaliada pelo gestor, pois demandam recursos altos e podem se tornar ociosos, além do que, em várias áreas, o volume de pacientes é fator decisivo da qualidade no atendimento prestado por vários profissionais de saúde.

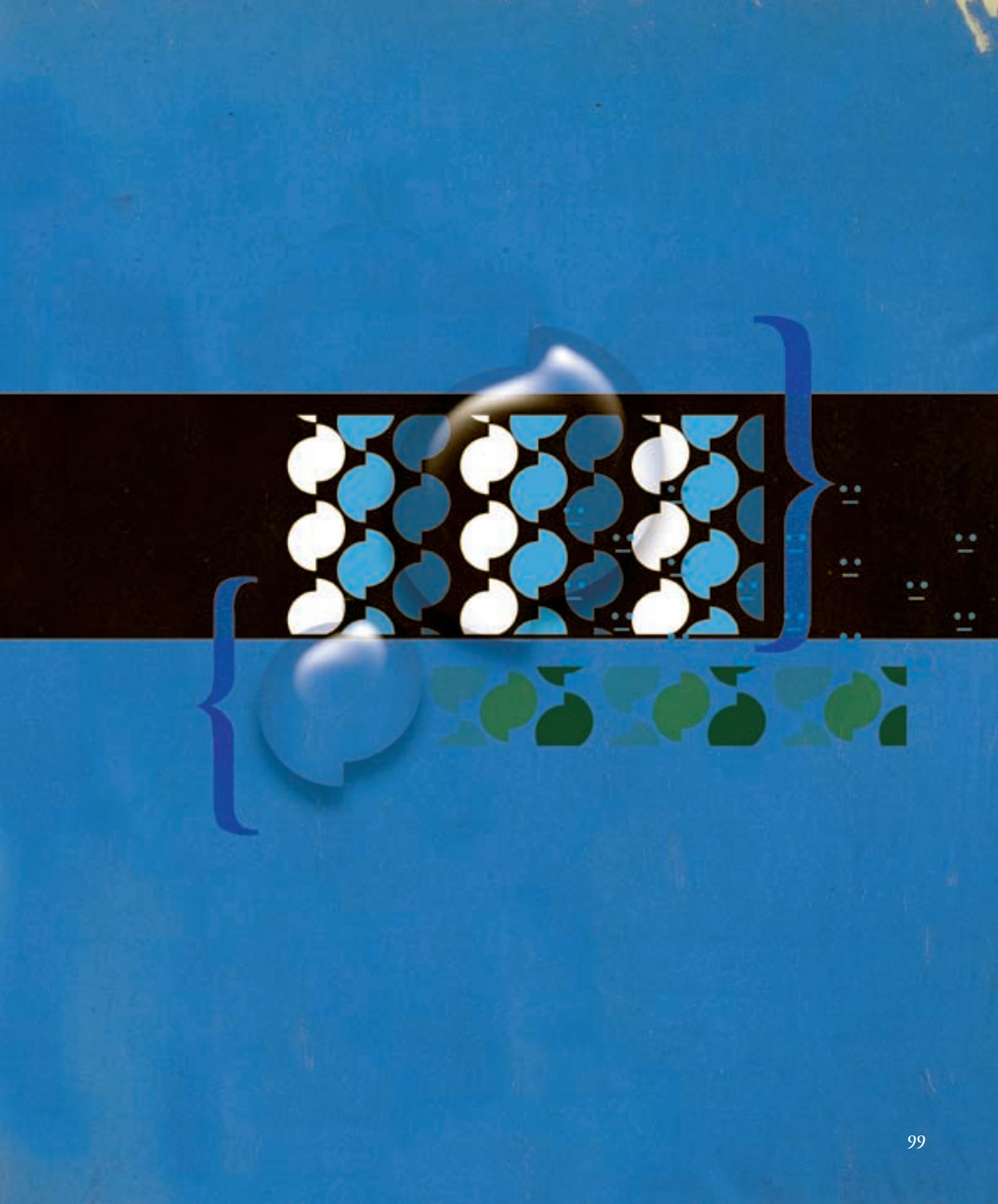
Em muitos casos, é mais interessante satisfazer estas demandas em municípios da mesma Região de Saúde, por meio de pactuações no Colegiado Regional. Acima de tudo, a rede municipal de atenção à Saúde deve considerar parâmetros e evidências de gestão, técnicos e epidemiológicos, além de critérios que incluam economia de escala, qualidade, nível de acesso e, ainda, as dimensões social, política e cultural do município.

Para saber mais:

- BUENO, W.S. & MERHY, E.E. “Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?” Campinas, Unicamp, (mimeo) 1997.
- CAMPOS, G.W.S.; MERHY, E.E. & NUNES, E.D. “Planejamento sem normas”. São Paulo, Hucitec, 1989.
- MENDES, E.V. “Uma agenda para a Saúde”. São Paulo, Ed. Hucitec, (2ed) 1999.
- MERHY, E.E. & ONOKO, R (orgs.) “Agir em saúde: um desafio para o público como política”. São Paulo, Hucitec, 1997.
- MERHY, E.E. “O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano”. São Paulo. Hucitec, 2003.
- REIS, A.A.C. “Cartas sanitárias: Um Instrumento para o Processo de Planejamento Participativo e de Gestão Estratégica de Serviços Básicos de Saúde”. [Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas – Unicamp], 2001
- Silva, Silvio Fernandes. Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas, SP: IDISA : CONASEMS, 2008.

Para Reflexão:

1. Reflita sobre o modelo de atenção à saúde de seu município.
2. Quais as diferenças deste modelo com o proposto pelo SUS?
3. Como você pretende trabalhar em sua gestão para enfrentar estas diferenças?



Anotações

Anotações

15 ATENÇÃO BÁSICA / ATENÇÃO PRIMÁRIA



Para entender:

A **Atenção Básica** (AB) ou **Atenção Primária de Saúde** (APS) deve ser a primeira preocupação do gestor, ao assumir a responsabilidade pela Saúde, em seu município.

Ela é a porta de entrada do SUS e o ponto de partida para sua estruturação no âmbito local, com grandes conseqüências no espaço regional, estadual e nacional. Só uma AB organizada e resolutiva dá acesso aos demais níveis do Sistema, com qualificação e de forma racional e humanizada. Não há registro de experiências no país de um sistema municipal que se legitime e impacte as condições locais de Saúde sem a concretização de uma AB de qualidade, que se caracteriza por um conjunto de ações desenvolvidas próximas aos locais de moradia dos usuários, buscando atingir um nível de atenção integral.

A AB tem como metas: a interação com as famílias, com grupos sociais e populacionais e com as comunidades, em um território delimitado sobre o qual as equipes de saúde se responsabilizam.

Ela continua com criação de vínculo entre os usuários e as equipes de saúde, o desenvolvimento de ações voltadas aos grupos mais vulneráveis, o acolhimento das demandas de saúde, a promoção de hábitos de vida saudáveis, o reconhecimento e o enfrentamento dos fatores de risco para os indivíduos e para a coletividade, as ações de prevenção específicas, o atendimento às demandas espontâneas, às intercorrências clínicas e aos casos agudos, além do encaminhamento dos casos oportunos à atenção especializada e o acolhimento da contra-referência, responsabilizando-se por esses processos por meio de regulação.

Implica ainda na adoção de protocolos de gestão, de linhas de cuidado e protocolos de atenção e clínicos capazes de organizar o processo de atenção à saúde. Portanto significa muito mais que organizar a rede básica, ou as equipes de saúde da família e de agentes comunitários de saúde.

A AB constitui a primeira ação de regulação sobre o sistema de saúde. A programação das ações especializadas tem de ser elaborada em função das necessidades da porta de entrada e das linhas de cuidado adotadas.

O funcionamento da rede de atenção tem que ser coordenado e ordenado pela AB. Isto é o que conhecemos como atenção primária estruturante

Passo-a-passo:

A AB no SUS é usualmente estruturada por meio da estratégia da Saúde da Família ou de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Em qualquer desses casos, são fundamentais para a organização de uma AB resolutiva atender aos seguintes pressupostos:

- **Territorialização** – Definição clara da área de abrangência do atendimento de cada equipe de SF ou da UBS; reconhecimento das áreas descobertas e de grupos populacionais com maiores dependências do SUS, o que pode representar um importante passo no diagnóstico da Saúde local, orientando na definição das prioridades de investimentos.

- **Equipes adequadas** – A composição das equipes de AB deve adequar-se às características da população adstrita, assim como aos problemas de saúde a serem enfrentados. É necessário diferenciar, por exemplo, áreas com maior concentração populacional ou áreas rurais com baixa densidade populacional e difícil acesso. O gestor deve, ainda, avaliar o estágio em que se encontra a implantação e desenvolvimento da estratégia de saúde da família, incluindo os Agentes Comunitários de Saúde, considerando que o trabalho integrado em equipes é condição essencial para a efetivação de ações educativas e de promoção da saúde da população.

- **Gestão dos serviços** – O gestor deve ter claramente definidas as suas responsabilidades, sendo uma delas garantir a participação dos trabalhadores da Saúde e da população nas decisões, assim como a formação e educação permanente de todos.

- **Diretrizes operacionais** – As ações a serem desenvolvidas, com base no Pacto pela Saúde, no Termo de Compromisso de Gestão do Município e no Plano Municipal de Saúde, também devem estar claramente definidas.

- **Rede de retaguarda** – Definição da rede de retaguarda para urgência/emergência e de mecanismos de referência e contra-referência.

- **Infra-estrutura** – Devem ser avaliados e garantidos, se necessários, investimento em estrutura predial e na aquisição de equipamentos, de modo que garanta a resolutividade do Sistema, boas condições de trabalho e a legitimidade da AB junto à população.

- **Qualificação** – Estabelecer as prioridades para a capacitação e educação permanente das equipes de Saúde do município, por meio do Colegiado de Gestão Regional (CGR) e da Secretaria de Estado da Saúde (SES).



Regulamentação:

- Portaria nº. 648/GM, de 28 de março de 2006 – Aprovou a Política de Atenção Básica, revisando diretrizes e normas de sua organização e para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs).

- Portaria MS nº. 649/GM, de 28 de março de 2006 – Financiamento para o ano de 2006, com vistas à estruturação de Unidades Básicas de Saúde para as equipes Saúde da Família

- Portaria MS nº. 650/GM, de 28 de março de 2006 – Financiamento do PAB fixo e variável

A INTEGRALIDADE na atenção básica



“O Gestor municipal deve promover a idéia de que as unidades de saúde construam projetos locais de intervenção baseados na análise de situação da saúde por meio do diagnóstico participativo local focado no território, na intersectorialidade e na integralidade que abarque as metas nacionais, estaduais e locais”. (XXIV Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde)

Entre as dimensões conceituais da integralidade está a necessidade da continuidade da assistência a partir da **atenção primária de saúde** (APS). Além da dimensão horizontal da integralidade, qual seja o desenvolvimento das ações práticas na assistência que incorporem os saberes de prevenção, proteção, cura e reabilitação, resultando na formulação de um projeto terapêutico holístico e cidadão, é preciso formatar as linhas de cuidado.

Nestas linhas necessárias se acham os serviços para uma assistência de diferentes tecnologias incorporadas, capazes e suficientes para a resolução da demanda expressas pela singularidade do sujeito individual ou coletivo.

A operação prática de todas estas linhas de cuidado e seus serviços estruturam a rede de serviços.

Será que de fato estaríamos operacionalizando a integralidade quando formatamos a rede e garantimos a sua funcionalidade, que em sua grande parte é realizada em diferentes entes da federação?

Na nossa visão, um dos instrumentos do SUS para esta operacionalização é a PPI e a regulação deste acesso. Nesta lógica, é fácil constatar a natureza estruturante que a atenção primária tem, ou deveria ter, do sistema como um todo. Quando o gestor opera a PPI e a regionalização, propicia a integralidade.

Quais as necessárias linhas de cuidado devem ser formatadas na rede?

Esta demanda é mensurada através da AB. Assim, quanto menos capacidade resolutive tiver a APS, maior a demanda induzida em outros pontos da rede.

Nas regiões que observamos uma AB não resolutive, também observamos hospitais sobrecarregados e por consequência subfinanciados.

A adoção de linhas de cuidado deve sempre se basear na prevalência dos problemas de saúde e na complexidade inerente às mudanças necessárias ao processo de trabalho/ produção desse cuidado. Linhas de cuidado não são determinadas por ato normativo, mas adotadas por permanente análise e avaliação dos processos de produção da saúde, no estado, no município, nas unidades, nas equipes.

Qual a dimensão da APS?

Quais as especificidades da APS?

O conceito de Atenção Primária de Saúde pode ser entendido como diferente de Atenção Básica por alguns teóricos e acadêmicos. Entretanto, no SUS, Atenção Básica tem sido usada como a expressão da Atenção Primária de Saúde no Brasil, e nestes textos de apoio estamos usando como sinônimos.

Como não existem duas regiões iguais, é difícil imaginar duas regiões com APS iguais. As necessidades de saúde, os agravos, os objetos de vigilâncias, as necessidades de estrutura funcional dos trabalhadores, o meio ambiente, a estrutura sócio-econômica, a cultura, as dificuldades e as oportunidades, as fraquezas e as fortalezas são características próprias de cada região.

Estas características são objetos da promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde e que devem ser expressas no projeto de intervenção da APS.

A integralidade neste caso se expressa na ponderação simultânea das características da região, durante o processo de elaboração do projeto de intervenção por todos os atores que podem alterar estas características e suas singularidades. Isto deve caracterizar o processo permanente de planejamento.

Entre as possibilidades da operação da integralidade na APS está na construção do diagnóstico sanitário e na elaboração de metas estratégicas para a transformação da realidade inicial, na dimensão do sujeito coletivo.



Como se manifesta esta integralidade?

O planejamento municipal é um processo contínuo e permanente que se inicia na unidade de saúde, e se soma a todo o momento ao planejamento municipal.

Pensar o planejamento como um único momento e determinado é não considerar a possibilidade de transformação de seus projetos de intervenção ou não realizar avaliações do desempenho das ações planejadas. Em outros termos, é considerar o plano algo meramente burocrático, exigido por normas do SUS. O Gestor que assim o faz tem pouca chance de alterar o futuro da saúde local.

Entretanto, se a gestão é pautada por um modelo de gestão e uma agenda alterada permanentemente estrategicamente por acompanhamento e avaliação da situação de saúde e das demandas sociais, o gestor tem assim a capacidade de alterar uma situação de fato.

Tudo começa na unidade, que deveria conter a representação de todas as áreas de proteção, prevenção, promoção e assistencial. Esta representação pode ser matricial, com a abrangência possível no município. Em outros termos, não há a necessidade de se ter um especialista de cada área da assistência em todas as unidades de saúde. Entretanto, é importante a participação destes, conforme a disponibilidade e organização do município, durante a reflexão da situação de saúde.

Um projeto de intervenção só está completo com a participação de todas estas áreas e da comunidade, em sua construção, em cada unidade que elabora seu plano local de intervenção que devem ser baseados nos agravos e problemas de saúde da região.

Os agravos são situações mensuráveis epidemiologicamente, daí a necessidade de participação da vigilância epidemiológica. Em cada unidade a experiência mostra que pode haver a manifestação de diferentes agravos à saúde, além dos que são normalmente considerados como de notificação compulsória.

Os **problemas** de saúde são mensuráveis a partir da participação da comunidade de abrangência daquela unidade. Reuniões freqüentes com a comunidade nos fazem considerar a percepção de problemas de saúde que a comunidade expressa. São as necessidades sentidas daquela comunidade.

Lembre-se que o conjunto dos trabalhadores da unidade também deve ter a oportunidade de expressar estas necessidades sentidas.

Em alguns locais esta organização se expressa através de Conselhos gestor da unidade. Não necessariamente este conselho precisa estar instituído para que esta participação ocorra.

O gestor que consegue esta interlocução desenvolve uma experiência de boa sustentabilidade política para a administração municipal.

A integralidade não termina com a participação das vigilâncias. A Assistência, com as referências e contra referência, com protocolos para a regulação do acesso deve disponibilizar a estrutura existente para ofertar a esta unidade. Organizar esta oferta é muito importante, quer seja dentro de seu município, quer seja através da participação de seu município no planejamento regional de saúde, que inclui a PPI.

Conclusões

Podemos observar então que a integralidade é um processo de trabalho que perpassa todas as formas e ações de saúde:

- Na consulta do médico que deve incorporar não somente ações de cura, mas de prevenção e promoção da saúde do usuário.
- Na consulta de enfermagem
- Na atuação de cada profissional de saúde da rede.
- Na reunião da equipe da saúde da família
- Na reunião da equipe da unidade básica de saúde, com a participação das áreas de promoção e proteção.
- Na equipe técnica municipal ao considerar seu projeto e adequações municipais.
- Nos conselhos municipais de saúde, ao aprovarem o plano municipal de saúde.
- No CGR ao elaborar a PPI, no planejamento regional de saúde.
- Na CIB e no CES em suas abrangências.



Para Reflexão:

1. Como está organizada a atenção primária em seu município? Qual a sua cobertura?
2. Qual a cobertura de atenção primária no seu município?
3. Considerando a integralidade, como está o funcionamento atual desta atenção?
4. Onde está e como esta a promoção da saúde em seu município?
5. O que voce pretende fazer para implementar a atenção primária em seu município, nos aspectos de cobertura, processo de trabalho e de modelo de atenção?



Anotações

Anotações

16

VIGILÂNCIA EM SAÚDE



Para entender:

O conceito de Vigilância em Saúde não pode ser considerado como definitivo no Brasil. Expressa a organização de serviços de vigilâncias de formas muito diferentes nos diversos entes da federação, inclusive no Ministério da Saúde.

No Ministério da Saúde a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) é uma reorganização da área de epidemiologia e controle de doenças a partir da extinção do Cenepi (Centro Nacional de Epidemiologia). Inclui atualmente a coordenação dos programas nacionais de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, Promoção de Saúde e Saúde do Trabalhador.

Esta organização espelha a proposta pelo CDC (Centro de Controle de Doenças dos EUA). Na esfera federal, a coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária é feita pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), embora as definições das políticas desta área seja papel da SVS.

Na esfera municipal, a lógica da integralidade tem exigido uma organização de forma mais unificada, incorporando todas as vigilâncias. Embora não seja uma regra, esta forma de organização tem sido formulada desde os primórdios da municipalização, quando os pioneiros começaram a construir os sistemas municipais de saúde, como em Campinas, Niterói entre outros.

Passo-a-passo:

A existência de uma estrutura física unificada entre as vigilâncias é um passo importante, mas isto não é suficiente para o desenvolvimento do necessário processo de trabalho integrado.

A primeira etapa para a implantação da Vigilância em Saúde é conhecer a organização e a operação dos serviços de vigilância, no município, abrangendo:

Ações realizadas; profissionais (e seus vínculos com o Sistema);

As legislações municipais específicas;

O cumprimento das legislações estaduais e federais.

Os profissionais das Vigilâncias precisam ser funcionários efetivos e concursados para o pleno e legal desenvolvimento da função de autoridade sanitária. A vigilância epidemiológica, em geral, é mais estruturada, pois sua municipalização é mais antiga que a das demais vigilâncias.

Em alguns municípios a vigilância ambiental e de saúde do trabalhador estão contempladas no escopo da Vigilância Sanitária, como ocorre nas esferas estaduais e nacional. Em outros, isso não ocorre, mas o mais importante é verificar o fluxo do atendimento e de Vigilância, como por exemplo:

Qual é o Centro de Referência (Cerest) da Região de Saúde à que está vinculado o município e sua inserção na rede de atenção?

O mesmo ocorre com o controle de zoonoses: nem todos possuem Centros de Referência e usam os apoios dos municípios vizinhos.

Outro aspecto a ser observado é a retaguarda laboratorial para ações de Vigilância.

A segunda etapa do processo é conhecer os principais problemas de saúde e os riscos sanitários do município. Para isso, é importante articular e integrar com a AB, ter acesso aos planos já existentes, seja o Plano Municipal de Saúde ou as propostas de ação para as vigilâncias.

A partir do Pacto pela Saúde, todos os municípios vêm elaborando propostas de Ação, incluindo as ações de Vigilância Sanitária e a definição de metas para superação dos principais agravos de relevância epidemiológica, pactuadas entre as três esferas de gestão do SUS. Uma parte da avaliação desses pactos é realizada, por meio de metas e indicadores definidos pelas esferas estaduais e federal.



VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Este tema é sempre polêmico principalmente com os chefes do executivo municipais. É importante como instrumento de intervenção nos determinantes da saúde e se não estiver bem coordenada à ação junto às demais ações do sistema de saúde, frequentemente é foco de desgaste político.

DISFUNÇÕES ADMINISTRATIVAS E BUROCRÁTICAS GERAIS

São observadas em todas as organizações e podem manifestar-se nos serviços de vigilância sanitária com exuberância. Entre elas podemos citar:

- Os regulamentos são transformados de instrumentos para o exercício da regulação em objetivo em si, desvirtuando a missão e supervalorizando as normas sanitárias. Isto pode construir uma programação de ações que tem como fundamento o regulamento e não a melhoria da qualidade de vida e saúde da população.
- Gera o surgimento de *Especialistas em normas* e não na atividade de proteção.
- O cartório burocrático, expresso no papelório extenso tende ao excesso de formalismo, minimizando o humanismo do trato da coisa pública, gerando dificuldades com clientes.
- A rotinização induz a resistência às transformações de adequação necessárias, tornando-as indesejáveis.
- A impessoalidade enfatiza os cargos e minimiza o relacionamento pessoal dentro da organização, despersonaliza e leva a excessiva hierarquização.
- Desenvolve a tendência de exibição de sinais de status como o uso de credenciais, uniformes e ao isolamento como organização independente e não como instrumento de intervenção da saúde, dificultando os processos constitucionais da integralidade.

O gestor municipal deve estar atento a estas distorções e de maneira planejada, corrigi-las.

O objeto da vigilância é o homem e não o seu regulamento.

Neste momento de crescimento do SUS nos aponta para uma necessidade de recompor o processo de financiamento e organização das ações de promoção e vigilâncias para dar conta das atuais regulamentações, na perspectiva do Pacto pela Saúde.

O Pacto considera a nova dinâmica de organização dos subsistemas de vigilâncias, como as expressas no Plano Diretor de Vigilância Sanitária, nos subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental, na Portaria 1172/2004 GM/MS e, em especial, o que está explicitado no seu artigo 24 e a Portaria no. 133, de 21 de janeiro de 2008; que considera a integralidade necessária ao planejamento e desenvolvimento das ações de vigilâncias e entre as vigilâncias e a atenção a saúde.

O regulamento nacional da Vigilância Sanitária, expresso em um plano diretor (PDVISA), determina inclusive os mecanismos que devem nortear a relação entre os entes federados, conforme o texto abaixo:

- *A). Articulação, cooperação e apoio efetivo entre Ministério da Saúde, Anvisa, estados, Distrito Federal e municípios, visando à consolidação do processo de estruturação do SNVS, por meio da pactuação entre as três esferas de governo;*
- *B). Definição e implementação de instrumentos de pactuação e gestão que favoreçam maior eficiência, eficácia e efetividade à ação de Vigilância Sanitária, reconhecendo e respeitando a diversidade e especificidade loco - regional;*
- *C). Aprofundamento da estruturação do SNVS para o gerenciamento dos riscos e controle sanitário de portos, aeroportos e fronteiras, por meio da pactuação e do fortalecimento da articulação entre as esferas de governo;*



O relatório de gestão (portaria que GM 1229 de 24/05/07) como instrumento de prestação de contas e avaliação das ações pactuadas pelas instâncias gestoras do SUS, incluindo o município e seu Conselho Municipal de Saúde, passam a ser o principal instrumento de certificação de que as metas propostas de fato serão realizadas.

“5. Desenvolvimento de processos de planejamento, monitoramento, avaliação e auditoria compartilhados e contínuos, nas três esferas de governo, para melhor apoiá-las no processo de assunção de suas responsabilidades”;

a. Desenvolvimento de processos e instrumentos de avaliação dos serviços e das ações de Vigilância Sanitária - expressos nos Relatórios de Gestão das três esferas de governo - visando à redução dos riscos e agravos à saúde;

b. Definição de metas de cobertura e de indicadores de desempenho e incorporação dos resultados das avaliações ao processo decisório nas três esferas de governo;

Veja que esta proposta cancela a **lista de ações básicas**, conhecida como Ações Básicas de Vigilância Sanitária explicitada na Portaria SAS/MS nº. 18, de 21 de janeiro de 1999, mas ordena a utilização deste recurso na estruturação do serviço.

A programação das ações locais deve contemplar o diagnóstico sanitário local, na perspectiva de que o ente federado deva cumprir a plenitude de suas responsabilidades sanitárias, nas diretrizes do eixo 1 da proposta de ação nacional:

“2. Revisão do processo de planejamento e execução das ações de Vigilância Sanitária, sob a ótica da responsabilidade sanitária, com a definição do elenco norteador para subsidiar a descentralização da gestão e das ações, mediante:

A). A análise dos riscos sanitários, da situação de saúde e das necessidades sociais;

B). O levantamento e análise dos recursos físicos, financeiros e humanos existentes e os necessários ao desenvolvimento das ações de Vigilância Sanitária;

C). A definição de agendas de prioridades locais, com vistas a intervenções;”

Esta programação deve obedecer ao elenco básico de ações sobre os objetos de visa, em conformidade com o risco sanitário local, elucidados a partir do risco sanitário, do conhecimento dos agravos locais e dos problemas de saúde.

Não existe mais o conceito de média e alta complexidade em vigilância sanitária, na lógica da organização dos níveis de complexidade da assistência.

A organização da vigilância sanitária deverá obedecer à lógica da responsabilidade sanitária, em conformidade com a legislação.

A somatória das ações necessárias para uma intervenção universal nos determinantes de saúde locais a partir dos objetos de visa podem ser definidos como o **elenco básico municipal**. O elenco básico municipal deve contemplar não somente a programação sobre os objetos de visa, mas incluir também ações de integralidade com as vigilâncias e assistência e a intersetorialidade, principalmente as necessárias para a promoção da saúde.

A programação deste elenco básico depende do diagnóstico sanitário local, devendo ser pactuado loco regionalmente compondo o Pacto pela Saúde, e explicitado no termo de compromisso e no plano municipal de saúde.

A lista que compõe a descrição dos possíveis objetos de visa pode ser pactuada na CIB. Uma sugestão deste elenco pode ser a que esta se construindo através do SINAVISA ou na que deriva do CNAE fiscal.

O atual processo de financiamento da Vigilância sanitária, ainda tem de ser modificado de forma a contemplar a regulamentação atual e responder a plenitude das necessidades dos municípios, principalmente no que se refere aos mecanismos que estimulem ou reconheçam a integralidade das ações das vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental desenvolvidas pela maioria dos municípios.

Neste momento, a respeito da discussão sobre a integralidade das vigilâncias, na perspectiva de vigilância **em, de** ou **para a** saúde parece não haver um consenso conceitual. Entretanto, sobre a integralidade, tratando-se de uma diretriz constitucional cujo significado tem sido muito discutido, tem resultado em experiências práticas interessantes em todas as esferas do SUS. Mas ainda parece que ponderamos sempre que “como é o SUS que realiza sempre as ações são integrais” e esquecemos-nos de programar esse esforço de reconstrução destes processos de trabalhos que se caracterizam pela integralidade.

Na esfera municipal a integralidade entre as vigilâncias tem sido mais frequentemente operacionalizada, até por conta de uma racionalidade no uso dos poucos recursos e porque na prática operacional da atenção a saúde não se justifica uma especificidade absoluta de cada uma destas áreas na maioria das ações executadas ou de seu planejamento.

Neste sentido, é importante nos voltarmos para uma afirmação interessante:

“A concretização de um sistema integral não passa, portanto, pela aplicação exclusiva dos saberes disciplinares já existentes, mas pela construção incessante de ‘práticas eficazes’. (Pinheiro e Luz, 2003)”.

A prática cotidiana no município necessita objetividade de sua ação e quando se dá após uma reflexão na perspectiva da integralidade, minimiza os esforços de intervenção e maximiza os resultados sobre os determinantes de saúde, o que se dá de maneira muito mais eficiente no nível local.

A construção da integralidade das vigilâncias e da atenção no nível local não é uma premissa conceitual acadêmica, mas uma necessidade prática e permeada de incessantes tentativas experimentais diferentes, tão diferentes quanto às realidades locais, suas histórias e seus instrumentos e recursos disponíveis.

É também essencial atentar para o seguinte:

A organização da atenção básica é uma das prioridades da agenda da saúde, considerando-se o PSF a estratégia mais importante para a mudança do modelo assistencial. Nas formulações do PSF as ações e atividades de vigilância sanitária não foram contempladas, sequer são referidas enquanto uma preocupação, uma vez que no discurso propõe-se avançar para um modelo assistencial pautado na integralidade das práticas em saúde. Como incluir nessa estratégia ou articular com ela as ações de proteção da saúde do âmbito da vigilância sanitária? Cabe lembrar que os participantes da 11ª Conferência Nacional de Saúde postularam a aproximação das ações de vigilância sanitária da atenção básica e das ações de assistência médica em geral (MS, 2003). Os participantes da Conferência Nacional de Vigilância Sanitária também reivindicaram tanto a integração das diversas vigilâncias quanto a articulação da sanitária com os demais programas de demais ações de saúde e ainda com as atividades de informação, educação e comunicação em saúde (CNVS - relatório final). **(Costa. E.A., 2007)**.



A 10ª diretriz do eixo 1 (ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA), no âmbito do SUS da portaria que regulamenta o Plano diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA) cita:

10. Articulação efetiva das políticas e práticas de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental e Vigilância da Saúde do Trabalhador;

Ao propormos uma formatação da organização sem as paredes específicas de cada vigilância não significa destruir as pilstras técnicas que estruturam os saberes e práticas de cada uma delas. Suas identidades são imprescindíveis, mas seus saberes devem ser socializados.



Uma perspectiva da gestão municipal da DENGUE

Este texto busca traduzir as discussões acumuladas no Conasems. A proposta é a de ponderar alguns aspectos da gestão neste controle vetorial e epidêmico.

Introdução

Aedes – do grego: *odioso*

“A dengue é um flagelo mundial que só será equacionada adequadamente a partir da viabilização da vacinação em massa contra os seus vírus. Se bem que mesmo assim o *Aedes aegypti* continuará vetor de outros vírus não menos importantes clinicamente”.

Esta parece ser a opinião de boa parte dos técnicos e gestores na atualidade.

Uns poucos fazem apologia à necessidade de centralização das ações, revivendo instituições como a Sucam, publicando trabalhos de avaliação extremamente pessimistas das propostas em construção atualmente, como as que observamos no Rio de Janeiro no início de 2008. Lá foram reincorporados os 3000 mata-mosquitos da Sucam.

Já a mídia, financiada pelo setor privado ou privatizante, se ocupa de avaliar o insucesso do SUS como um todo, julgando-o pelas epidemias de dengue. Como se a existência deste sistema devesse eliminar de pronto todos os problemas de saúde do país e que todos estes problemas fossem de exclusiva responsabilidade do setor saúde.

Algumas áreas técnicas do Ministério da Saúde se revoltam com a falta de instrumentos “coercitivos” para que os municípios sigam rigorosamente suas proposições, julgando que o insucesso na luta contra a dengue é o descompromisso do gestor municipal no desenvolvimento de seus programas.

Em nossa abordagem vamos tentar argumentar com essas opiniões e instrumentalizar o gestor municipal na consolidação de um trabalho que efetivamente pode mudar este panorama.

A responsabilidade sanitária

As ações de vigilância epidemiológica e integralidade com a assistência são preceitos do SUS, expressas desde a Constituição, pela Lei Orgânica da Saúde e pelas regulamentações pactuadas federativamente sob a forma de portarias (1172) ou de políticas aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

A responsabilidade dos entes federados na execução das ações de vigilâncias e de assistência está também expressa no arcabouço jurídico do SUS.

Sempre tivemos epidemias na história da humanidade e no Brasil sobremaneira, quer pela nossa condição biológica e tropical, quer por nossa organização social e política ou condição econômica.

Nem sempre tivemos definição dos papéis como as que temos hoje, mas sempre fomos subfinanciados em nossas ações de controle epidemiológico, como ainda somos atualmente. A diferença é que o município agora participa de maneira significativa no financiamento destas ações, e gradativamente observamos uma diminuição da participação da União.

Constitucionalmente a responsabilidade pelo munícipe é do município. Na saúde também isto é uma verdade. Cabe às outras esferas de gestão e de governo o apoio técnico e financeiro, como explicita o artigo 30 da constituição. Embora este regulamento venha sendo construído responsabilmente, ainda se apresenta de maneira insuficiente.

As ações necessárias para o controle do aedes, para a vigilância epidemiológica e para uma assistência clínica na vigência de processos epidêmicos são de responsabilidade do município.



Vejamos algumas circunstâncias:

O controle efetivo dos aedes depende de ações que necessitam da participação da comunidade e de outros setores da administração municipal. O estado não vai coletar lixo que serve como criador. O Ministério da Saúde não vai financiar a urbanização necessária para eliminar os criadouros urbanos. Os recursos da Funasa para saneamento básico são suficientes para alterar a necessidade de investimentos nacionais? O país tem um grande atraso na construção do saneamento básico, e isto não pode ser atribuído ao município, mas a federação como um todo.

Está claro que este enfrentamento deve se dar no âmbito municipal, com ações intersetoriais ou não ocorrerão.

A notificação epidemiológica é uma ação primária de saúde, que deve ser realizada pelas equipes básicas de saúde, nos municípios. Pensar o estado ou o Ministério executando estas ações é uma proposta impossível tecnicamente.

A integralidade entre as ações de controle de vetores, de vigilância epidemiológica e das necessidades assistenciais dos doentes de dengue, construindo as necessárias linhas de cuidado, passa pela atenção básica, qualquer outro caminho ou fluxo passaria por desinteligência organizacional.

Imagine notificar um caso suspeito de dengue sendo encaminhado ao Ministério, que encaminharia para a sua área responsável pelo controle de vetores, que devolveria para a coordenação estadual, que devolveria a um eventual órgão operador local, para então produzir o controle focal.

Imagine este caso suspeito necessitando de exames, solicitando às centrais reguladoras do Ministério ou do Estado, depois agendando este exame, e conforme um protocolo como os que temos nestas circunstâncias. O paciente, então, se encaminha para a referência, aguarda o resultado, que ai deve dirigir-se outra vez a central de regulação do Ministério, que deverá garantir a assistência clínica necessária.

Agora imagine estas condições aplicadas a todas as doenças e problemas de saúde.

O melhor mesmo é compreender porque a nossa Constituição responsabiliza o município para estas questões e construirmos um sistema que dê conta destas demandas, com financiamento adequado e apoio técnico suficiente.

Neste caso, as responsabilidades municipais são:

- Controle de vetores
- Vigilância epidemiológica
- Assistência integral ao doente de dengue

Estas atividades necessitam apoio e solidariedade entre os entes federados na construção da integralidade. Não é possível que todos os municípios tenham laboratório e suporte assistencial completo em todas as tecnologias. Nesta dimensão, há um compartilhar de responsabilidades de forma interfederativa.

A programação das ações da saúde e o plano municipal de saúde

A dengue precisa ser enfrentada com responsabilidade e profissionalismo.

Nenhuma instituição responsável no mundo enfrenta problemas sérios sem o devido planejamento.

O programa nacional de controle da dengue aponta para uma série de ações necessárias nas áreas de Vigilância epidemiológica; de Combate ao vetor; de Assistência aos pacientes; de Integração com atenção básica; de Ações de saneamento ambiental; de Ações integradas de educação em saúde, comunicação e mobilização social; de Capacitação de recursos humanos; de Legislação e de Sustentação político-social.

Todas estas ações devem ser incorporadas no plano municipal de saúde. Existem para isto parâmetros de programação que podem ser utilizados para o desenvolvimento deste plano municipal. Não se podem desvincular no planejamento as questões de controle, vigilância e assistência. Estas programações devem ser organizadas a partir da realidade do município. Não há programação igual entre os municípios como não há municípios iguais.

Como boa parte das ações contra dengue são intersetoriais, o município deve se ocupar em propor um planejamento intersetorial, que contemple as questões de urbanismo e de saneamento. Não podemos considerar estas ações como operações extraordinárias, mas devemos programá-las na rotina permanente e no planejamento municipal.



A Regulamentação municipal da dengue

Neste caso, entendemos como regulação a capacidade de produzir regulamentações municipais capazes de modificar uma condição sanitária específica e que deve ser complementada pelo papel do estado e da União.

No caso da dengue, por exemplo, o município poderia regulamentar a proibição do uso de caixa d'água nas regiões onde não há desabastecimento de água. Este equipamento além de propiciar a contaminação da água, é sem dúvida um dos importantes criadouros de significado nacional.

Outra questão que o município poderia regulamentar é a utilização das calhas de telhados domiciliares. Temos tecnologia de engenharia da construção suficiente para eliminar este equipamento, poderoso criador em determinadas regiões do Brasil.

Os ralos externos domiciliares deveriam ser construídos sem que houvesse neles qualquer depósito ou acúmulo de água.

As caixas de descarga em sanitários expostos a ventilação externa deveriam ter acionadas o seu enchimento somente quando o domicílio estivesse em uso constante.

Também é importante que o município crie mecanismos para multar terrenos baldios que estejam sujos, ou executar a limpeza e cobrar pelo serviço.

A regulamentação da ocupação do solo, de tal forma que considere as questões de infra-estrutura urbana, como coleta de lixo, abastecimento regular de água, coleta e tratamento de esgoto, coleta e destinação das águas pluviais, além dos necessários equipamentos sociais.

Ação intersetorial

O entendimento atual de saúde, seus campos, e seus determinantes e principalmente os determinantes sociais são bases para a formulação de que a saúde é na verdade um produto social. A dengue não pode ser vista de forma diferente. A existência da dengue é na verdade um produto social. Não haveria criadouros de aedes se a sociedade não permitisse. Portanto podemos afirmar que se a sociedade quiser, ela elimina os criadouros dos “odiosos”.

A saúde municipal deve ser preparada para a construção de um projeto social de um ambiente sem aedes. É bem verdade que não é possível eliminar este vetor, principalmente quando ele se soma ao *Aedes albopictus* ou tigre asiático, também vetor, de menor significado epidemiológico, mas de maior adaptação biológica a natureza brasileira. O controle da infestação do aedes pode ser feito, mas não a sua eliminação.

A participação social nesta ação que é um componente da atenção primária de saúde deve ter as mesmas dimensões citadas desde a Declaração de Alma Ata em 1978, ou seja, com espírito de auto-responsabilidade e de autodeterminação.

Desenvolver a auto-responsabilidade pela saúde como atributo do indivíduo passa, por exemplo, em eliminar o paternalismo da limpeza no domicílio pelos trabalhadores da saúde e desenvolver uma educação pessoal sobre esta responsabilidade. Às vezes os momentos de persuasão passam pela coerção financeira, como multas nos casos reincidentes ou prêmios nos casos de evidente compromisso. Alguns municípios fazem isto com bastante sucesso.

Ações coletivas organizadas pela comunidade podem ser entendidas como um processo de autodeterminação. Desde mobilizações para limpeza até as mobilizações políticas para a implementação do saneamento básico ou outros benefícios urbanos que possam ter impacto sobre as responsabilidades sanitárias dos poderes públicos, democraticamente realizadas.



A gestão de recursos

São poucos os recursos destinados à saúde no Brasil, e são menores ainda aos destinados às ações coletivas, de atenção básica e de vigilâncias.

Os recursos destinados aos municípios além de insuficientes vêm em sua maioria na forma de incentivos e com o uso restrito a partir de programação que frequentemente tem dimensões nacionais. Isto propicia a sobra de recursos em determinadas áreas em regiões específicas e falta em outras.

Este equacionamento é difícil, mas o SUS tem aprimorado estes mecanismos gradativamente.

Os recursos do Ministério da Saúde para o desenvolvimento das ações municipais de controle da dengue são transferidos em conformidade com a portaria MS 1172, de 15 de junho de 2004. Esta portaria explicita os compromissos entre os entes federados.

Os recursos recebidos são utilizados em conformidade com a portaria MS 204, de 26 de janeiro de 2007, que estabelece os blocos de financiamento e cria o bloco da vigilância.

Estes recursos são destinados ao município e devem ser usados no financiamento das ações das vigilâncias e do controle de vetores.

A não utilização destes recursos por um período de seis meses pode acarretar na suspensão do envio mensal destes recursos (artigo 21 da portaria 1172)

Entretanto, o município pode optar em acumular estes recursos para compra estratégica de equipamentos mais caros que o repasse mensal deste teto financeiro (TFVS), mesmo para um prazo superior ao permitido na portaria. Para isto é necessária apenas uma justificativa junto a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Não se justifica a não utilização destes recursos. O surgimento da dengue nestas circunstâncias expõe a população do município e pode ser entendida como uma forma de corrupção, pois os recursos não se transformaram em ações de saúde. Isto inclusive dificulta a negociação por um financiamento melhor para o setor.

Gestão e a AIDS

Desde 2003 o Ministério da Saúde repassa regularmente através de um instrumento conhecido como PAM, recursos aos municípios prioritários na perspectiva da epidemia de AIDS. São 461 municípios que concentram mais de 95% dos casos de AIDS no Brasil.

Observamos a importância da transmissão entre os heterossexuais e ainda a relevância da transmissão homo e bissexual.

Nos municípios a abordagem preventiva sobre estas populações vulneráveis tem sido de extrema importância na grande capacidade brasileira de controle desta epidemia. Entretanto, nosso sucesso ainda não é suficiente para um afrouxamento deste trabalho, dado que é uma epidemia em crescimento e de custos direto cada vez mais alto para o sistema municipal de saúde.

Na maior parte, o custeio deste trabalho se dá com a aplicação de recursos próprios municipais, embora o incentivo repassado pelo PNDST/Aids seja muito importante.

O **Pacto pela Saúde**, instrumento de organização do SUS, em implantação nos últimos dois anos alterou a lógica da aplicação dos recursos financeiros, criando os blocos de financiamento, com possibilidade de utilização dos recursos na lógica de cada um destes blocos. Assim, os recursos do PAM do PNDST/Aids estão inseridos dentro do bloco de Vigilância em Saúde.

A compreensão deste novo regulamento parece ainda não ter sido assimilada plenamente pelos gestores municipais quando observamos a sobra de recursos como estes do PAM.

Observamos a sobra de recursos do PAM em vários municípios prioritários, alguns com o equivalente a muitos meses de repasse. O gestor deve estar atento a utilização destes recursos e de outros recursos que compõe o bloco de vigilância em saúde, segundo a regulamentação do SUS. A não utilização destes também implica na diminuição de nossa capacidade de negociação por mais recursos, limitando nossa capacidade de resposta a estas necessidades locais.

Regulamentação:

- Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), da Presidência da República – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.



Para saber mais:

www.saude.gov.br/svs - Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde (MS).

www.anvisa.gov.br - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, vinculada ao Ministério da Saúde (MS).

PAIM, J. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUALYROL, MZ e ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e Saude, 6ª edição, Editora Guanabara/Koogan, 2003

TEIXEIRA, C (org.); PAIM, J.; VILASBOAS, AL. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde - In. Promoção e Vigilância da Saúde, Instituto e Saúde Coletiva (ISC), Salvador, 2002.

WALDMAN, E.A. Vigilância como prática de saúde pública. In: CAMPOS, G.W.S. e cols. Org. Tratado de Saúde Coletiva. Editora Hucitec/Editora Fiocruz. São Paulo - Rio de Janeiro, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde,. Boletim Epidemiológico Eletrônico. Ano 05, Nº 02 Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília, 2005. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/bol_epi_2_2005.pdf

TEIXEIRA, C.F. e cols. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. Iesus, VII (2), Abr/Jun, 1998.

PAIM, J.S. & TEIXEIRA, M.G.LC. - Reorganização do sistema de vigilância epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS) - Informe epidemiológico do SUS, Cenepi, outubro de 1992.

Para reflexão:

1. Como estão organizadas as vigilâncias em seu município?
2. Qual o pensamento do seu prefeito frente às obrigações sanitárias da vigilância sanitária?
3. Você acha importante o trabalho integrado entre as vigilâncias e a assistência?
4. Como você pretende alterar ou implementar esta situação em seu município?
5. Como está a dengue em seu município?
6. Você acha necessária a interação intersetorial para o enfrentamento deste problema?
7. Qual a importância atual da AIDS em seu município?
8. Quanto a Saúde e a sociedade já gastam com este problema em seu município?
9. Como você pretende enfrentar os custos sociais da epidemia da aids, drogas e violência em seu município?

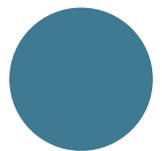
Anotações

Anotações

17

GESTÃO

DO TRABALHO



Para entender:

O Sistema Único de Saúde (SUS) abrange estruturas organizacionais que demandam profissionais qualificados e atuando com autonomia, tendo em vista a complexidade e a diversidade do ambiente da Saúde, no qual interagem atores com interesses distintos a serem mediados.

Gerenciar o trabalho, no SUS, implica administrar toda e qualquer relação de trabalho necessária ao seu funcionamento, que deve estar contratualizada por meio de instância única. Deve envolver todas as relações de trabalho e prestações de serviços ofertadas aos usuários, assim como o conjunto das ações e atividades necessárias ao desenvolvimento das atividades-meio (tais como formação, atos e ações administrativas).

A gestão do trabalho pressupõe que o gestor tenha clareza de que só será possível a consolidação do SUS se implementarmos uma política de valorização do trabalhador de saúde. Para tanto, o trabalhador deve ser visto como um sujeito no seu processo de trabalho que pode contribuir significativamente com o planejamento, formulação e execução das ações de saúde. É importante que ele participe das decisões e se sinta co-responsável na execução das ações. Para que isto aconteça, é necessário promover um ambiente de trabalho democrático, saudável e participativo que possibilite o “sentimento de pertencimento”.

Para se programar uma política de Gestão do Trabalho merece atenção temas como: peso da folha de pagamento de pessoal; modos de remuneração; valorização do trabalhador com a instituição de PCCS-SUS que possibilite a perspectiva de carreira; processos burocráticos longos para ingresso de profissionais na rede; tipos de vínculos com a instituição; paralisações e greves de trabalhadores; política geral de previdência e assistência do trabalhador, mesas permanente de negociação.

É importante, também, definir uma Política Municipal de Gestão do Trabalho descentralizada, democratizada e transparente, com regras claras e negociação permanente, conduzidas de forma humanizada e preservando o respeito nas relações e processos de trabalho.

Passo-a-passo:

1. Deve-se identificar o nível hierárquico do setor e garantir a inserção da Gestão do Trabalho no organograma da Saúde, onde for possível, dependendo do tamanho da instituição da saúde e do porte do município.

2. Deve-se produzir o diagnóstico da situação dos trabalhadores na rede de Saúde, que não pode sofrer com descontinuidades. Mudanças devem ser pactuadas, em acordos formalizados. É importante conhecer: a legislação municipal, a estrutura organizacional, o quadro de pessoal da rede, os regimes de trabalho, as formas de ingresso na rede.

3. Deve-se implantar o censo dos trabalhadores da Saúde, atualizado periodicamente e contendo informações para se qualificar as tomadas de decisão (quantos são? categorias, origens; especialidades, profissões que se extinguem e sua substituição).

4. Deve-se manter uma mesa de negociação permanente, que faça a medição de conflitos, mas exige habilidade para lidar com questionamentos. É fundamental, também, institucionalizar as regras e haver comunicação com os trabalhadores.

5. Deve ser desenvolvida uma gestão colegiada de Administração e Remuneração de Pessoal, com representação dos trabalhadores, órgãos de decisão de outras esferas do governo municipal e da sociedade. Este espaço organizará os debates e propostas sobre remuneração e carreiras.

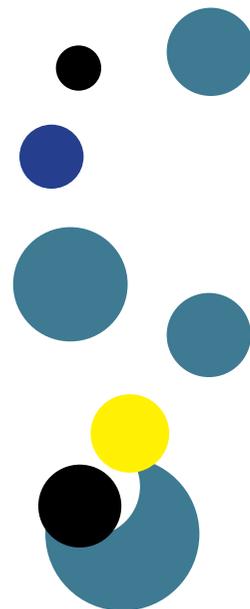
6. É importante profissionalizar os trabalhadores, zelando pela não-precarização das relações de trabalho, independente do tipo de regime jurídico (estatutário ou celetista). Mesmo quando o trabalhador for de outras organizações, deve ser exigida a seleção pública.

7. Deve-se adequar permanentemente as profissões de acordo com as necessidades dos trabalhos. A valorização do trabalhador deve ser feita pelo Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS), que possibilita o seu desenvolvimento na carreira pública.

8. Deve-se cuidar da saúde do trabalhador que é um “cuidador de pessoas”, garantindo-lhe condições de trabalho adequadas, assim como a organização das Comissões Locais de Saúde do Trabalhador e as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPA).

9. Deve-se ter um processo contínuo de avaliação do desempenho institucional, contemplando a definição de indicadores, coletiva e solidariamente construídos, para se monitorar a Saúde local.

10. Deve-se administrar a situação funcional dos trabalhadores, buscando no cotidiano implantar as soluções mais simples e apoio da informática, que agiliza os trabalhos.



Regulamentação:

- Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) – Decreto-Lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943 – Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho, posteriormente ocorrem inúmeras atualizações.

- Lei Complementar n.º 101, de 04.05.2000 – Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. (Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF).

- Lei Federal n.º 10.507, de 10 de julho de 2002 – Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências.

Fique sabendo:

- Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1013.
- Escola Nacional de Administração Pública (Enap) /Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão: www.enap.gov.br
- Conselho Nacional de Saúde: <http://conselho.saude.gov.br>
- Fundação Oswaldo Cruz: www.fiocruz.br
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea): <http://www.ipea.gov.br>
- Centro de Estudos Sindicais e de Economia do Trabalho: www.eco.unicamp.br/pesquisa/CESIT
- Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da Central Única dos Trabalhadores: <http://www.cntsscut.org.br>

Para saber mais:

BERGUE, ST. Gestão de pessoas em organizações públicas: uma abordagem orientada para a administração pública municipal. Caxias do Sul: Educs; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para NOB/RH/SUS. Brasília: MS; 2003. 112p. (Série J. Cadernos).

DUTRA, JS. Gestão de pessoas: modelo, processos, tendências e perspectivas. São Paulo: Atlas; 2002.

DUTRA, JS. Gestão por competências: um modelo avançado para o gerenciamento de pessoas. São Paulo: Gente; 2003.

LONGO, F. Mérito e flexibilidade: a gestão das pessoas no setor público. São Paulo: Edições Fundap; 2007.

MOTTA, PR. Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. Rio de Janeiro: Record; 1994.

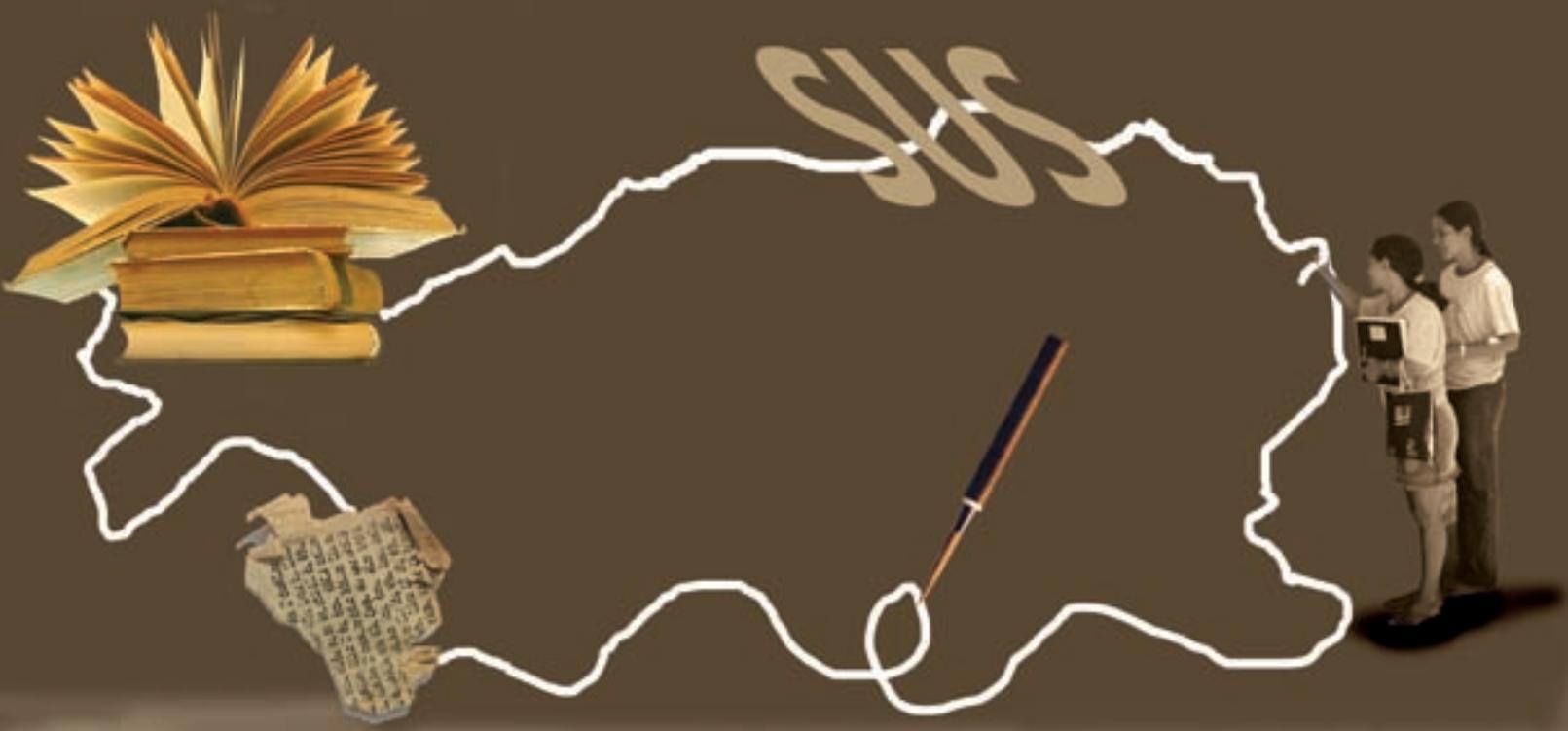
REVISTA DO SERVIÇO PÚBLICO, Enap (pode ser acessada pela internet): <http://www.enap.gov.br>

Para reflexão:

1. Quais os vínculos trabalhistas dos trabalhadores em saúde de seu município?
2. Quais as áreas que ficaram descobertas por problemas relacionados à mudança da gestão e lei de responsabilidade fiscal?quais as consequências atuais deste problema?
3. Como voce vai trabalhar estas demandas em sua gestão?

Anotações

Anotações



18

EDUCAÇÃO PERMANENTE

Para entender:

Uma das maiores dificuldades que o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta é a qualidade da atenção aos usuários. Apesar de ser princípio do SUS o direito de todos à integralidade da saúde, na prática a atenção acontece de modo fragmentado, pois muitas equipes se desresponsabilizam pela continuidade dos atendimentos.

Além disso, enfrentamos uma atenção clínica sumária (de baixa qualidade) e desrespeitos ao usuário. Tradicionalmente, a principal estratégia para se mudar essas situações é a capacitação, pela qual se pretende preencher lacunas de formação e promover a adesão ao uso de protocolos e programas, estimulando modos de cuidar coerentes com os princípios do SUS. Os resultados dessa prática, porém, têm se mostrado insuficientes.

A Educação Permanente em Saúde surge como uma estratégia para se lidar com essa realidade, partindo do reconhecimento que: adultos aprendem procedimentos novos se são convencidos de que os modos antigos não funcionam; a percepção das insuficiências precisa sair do discurso e ser vivida na prática; os próprios trabalhadores precisam identificar os problemas em seu universo de trabalho; diferenças de opinião são comuns em equipes.

A Educação Permanente em Saúde propõe a implementação pelos municípios de uma série de estratégias educacionais, das simples reuniões de equipe aos processos formais por meio de instituições de ensino, sendo o “apoio institucional” a principal delas.

O “apoio institucional” aproxima a gestão do cotidiano das equipes, como consequência do processo de educação permanente. É importante que a gestão enfrente os problemas identificados nas conversas, legitimando o espaço e aumentando a confiança dos trabalhadores:

1º passo – Identificar na Secretaria Municipal de Saúde profissionais que tenham perfis adequados ao trabalho como “apoiadores institucionais”: eles devem estar dispostos ao diálogo, ter experiência como facilitadores de trabalhos em grupo e estar inseridos na gestão.

Dependendo de experiência de cada um e da complexidade das unidades de Saúde, um apoiador pode acompanhar uma ou duas UBSs, por exemplo.

2º passo – Dar a esses apoiadores ferramentas para o trabalho que vão exercer, viabilizado, por meio, por exemplo, do curso de facilitador de Educação Permanente em Saúde, oferecido pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), mediante solicitação de um ou de um grupo de municípios.

Eles podem iniciar o trabalho enquanto fazem a formação.

3º passo – Identificar um profissional experiente para acompanhar os apoiadores, que também precisará de Educação Permanente.

4º passo – Colocar o processo em marcha: o apoiador deve visitar a UBS que estará acompanhando, conhecer a equipe e seu modo de trabalho.

No começo, aparecem muitos problemas administrativos e é importante que sejam enfrentados, de modo eficaz. Vencida essa etapa, é o momento de se pensar no modo como se trabalha e identificar os problemas referentes ao processo de trabalho e também os problemas de saúde da comunidade – como filas, reclamações de usuários e, sobretudo, do que as pessoas mais adoecem e morrem naquela região –, analisando o processo cotidiano (usando, por exemplo, o Fluxograma Analisador para avaliar as etapas de um caso mais complexo tratado pela UBS), avaliando resultados (indicadores de saúde ou de produtividade) ou encaminhamentos feitos.

Cada trabalhador tem um olhar diferente e é importante considerar as diferentes visões. A solução deve ser coletiva, produzindo a pactuação por outro modo de cuidar, nascido do diálogo, da negociação e do comprometimento.

5º passo – Financiamento: se o Colegiado de Gestão Regional (CGR) ao qual o município pertence estiver de acordo, o trabalho pode ser efetivado com os recursos da Educação Permanente em Saúde destinada pelo SUS (conforme estabelecido na Portaria 1996/2007), anualmente, a todos os estados e regiões de Saúde.

O curso da ENSP, desenvolvido por meio de EAD, não envolve desembolsos pelo município; que se responsabiliza apenas pelo custeio do profissional que vai apoiar os apoiadores.

Regulamentação:

- Portaria GM/MS nº. 1.996 , de 20 de agosto de 2007 - Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências.

- Diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em saúde no Estado de SP, disponível em:

<http://portal.saude.sp.gov.br/content/croshisted.mmp>

- Resolução SS nº. 147, de 30 de outubro de 2008 (Secretaria de Saúde do Estado de SP) – Estabelece a transferência, mediante adesão, de recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, referente à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, através das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (Cies). Disponível em:

ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsssp/bibliote/informe_eletronico/2008/iels.nov.08/iels208/E_RS-SS-147_301008.pdf

Fique sabendo:

- Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde (MS):

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1261

- Núcleo de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Conasems:

http://www.conasems.org.br/cgi-bin/pagesvr.dll/Get?id_sec=31

Para saber mais:

MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE – ENSP; 2005. Curso “Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde”; inclui quatro cadernos: “Aprendizagem: Integradora” (vermelho), “Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho em Saúde” (azul), “Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde” (verde) e “Trabalho e Relações na Produção do Cuidado” (amarelo).

FEUERWERKER, L.C.M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, 2005.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002 (principalmente os capítulos 2 e 4 e o Apêndice 1 - ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde).

MERHY, E.E. FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación Permanente en Salud. Salud Colectiva, v. 2, p. 147-160, 2006, Buenos Aires, Argentina (a revista pode ser acessada pelo seguinte link:

<http://www.unla.edu.ar/public/saludColectivaNuevo/index.php>).

Para reflexão:

1. Você acha importante ampliar os conhecimentos dos trabalhadores em saúde de seu município?
2. Este processo deve considerar o conhecimento atual e a necessidade apontada pelos trabalhadores e gestão locais ou pelas áreas técnicas das outras esferas de gestão do sus?
3. Como voce pretende fazer isto?

Anotações



19

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SUS

Para entender:

As informações estão sempre presentes nas nossas vidas e participam de diversas decisões do nosso cotidiano. Sem nenhuma dificuldade, poderíamos listar uma infinidade de situações **do dia a dia** onde as informações são utilizadas para orientar a tomada de decisões. Por exemplo: como estão as condições climáticas para decidir sobre que tipo de roupa vestir; quais são as condições da estrada para decidir sobre uma viagem etc. (FERREIRA, 1997¹).

O processo de gestão do setor saúde exige a tomada de decisões de alta responsabilidade e relevância social. Assim, trabalhar com as informações se coloca como uma questão central no cotidiano da gestão. É a partir delas que o gestor poderá qualificar seu conhecimento sobre a realidade sanitária **e subsidiar um processo de planejamento para enfrentamento dos problemas prioritários, orientando a formulação de estratégias de ação, bem como o monitoramento e avaliação dos resultados esperados.**

De acordo com as diretrizes do Pacto Pela Saúde², todo município deve alimentar regularmente os Sistemas Nacionais de Informação em Saúde – disponíveis no site www.datasus.gov.br – e manter os cadastros atualizados. Para produzir informações não contempladas pelos sistemas nacionais, o gestor pode elaborar mecanismos próprios de coleta de dados, como questionários, análises de prontuários, dentre outros.

Para a gestão em saúde, os sistemas de informação considerados básicos podem ser divididos em áreas relacionadas com:

- Assistência e produção de serviços de saúde;
- Cadastramentos;
- Eventos vitais;
- Vigilância em saúde e
- Orçamentos.

¹ Curso de Aperfeiçoamento para Gestores Municipais de Saúde – Unidade III; Gestão Operacional de Sistemas e Serviços Municipais de Saúde – Módulo 13: Sistemas Municipais de Informação em Saúde: conceitos básicos e utilização.

² Lembrando que a partir de 1974 iniciou-se a criação de Sistemas de Informação de Base Nacional que deviam ser alimentados por todo o país. O mais conhecido e ainda em operação é o SIM – Sistema de Informações de Mortalidade

Passo-a-passo:

Todos os dados referentes aos Sistemas Nacionais de Informações em Saúde podem ser consultados no endereço www.datasus.gov.br.

Entretanto, merece destacar que o grande desafio não é somente ter acesso às informações (o SUS reconhecidamente conta com um dos maiores acervos de dados/informações em saúde do mundo), mas coloca-se também na capacidade da gestão para analisar essas informações e efetivamente utilizá-las na tomada de decisões.

Assim, para obter uma análise mais detalhada dessas informações,

é necessário que a Secretaria Municipal de Saúde estruture uma área de informação em saúde que possa, regularmente, alimentar com informações (devidamente analisadas) os processos de tomada de decisões.

Para tanto, pode-se contar com ferramentas para processar essas análises como os aplicativos “TABWIN” e “TABNET”, disponíveis gratuitamente na página do DATASUS na Internet.

A seguir, identificamos alguns dos principais sistemas nacionais de informação que devem receber dados coletados na rede municipal de saúde.

Assistência e Produção de Serviços:

- SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais
- SIH – Sistema de Informações Hospitalares
- SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica (relativo à Estratégia de Saúde da Família)
- SISPRENATAL – Sistema de Informações do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
- SISCOLO – Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
- SISMAMA – Sistemas de Informação do Câncer da Mulher

Cadastramentos:

- CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
- Cartão SUS – Cadastro Nacional de Usuários do SUS

Vigilância em Saúde:

- SI-PNI – Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
- SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificação

Eventos vitais (informações partem dos estabelecimentos de saúde para cartórios de registro civil):

- SIM – Sistema de Informações de Mortalidade
- SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos

Orçamentos:

SIOPS – Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde

Regulamentação:

Existe uma extensa lista de atos normativos³ que definem as regras referentes aos sistemas nacionais de informação em saúde, várias delas em processo de revisão, com destaque para aquelas relacionadas ao Cartão SUS. Ao acessar os sistemas através do DATASUS é possível conhecer mais detalhadamente essa regulamentação.

Para exemplificar, destacamos a portaria abaixo que impactou significativamente vários sistemas de informação:

- Portaria GM N^o. 2848, de novembro de 2007 – que aprova a Tabela Unificada de Procedimentos.

Fique sabendo:

- <http://cnes.datasus.gov.br>
- <http://cartaonet.datasus.gov.br>
- <http://siops.datasus.gov.br>
- <http://sigtap.datasus.gov.br> (acesso à tabela unificada de procedimentos; digite usuário “publico” e senha “público”)

Para saber mais:

Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS. Serie A. Normas e Manuais Técnicos. Ministério da Saúde, 2006.

Para reflexão:

1. Qual a importância da informação em saúde no seu município? Ela está presente no processo de tomada de decisões?
2. Como voce pretende organizar esta área?

³ Portarias específicas para um Sistema de Informação; Artigos existentes em Portarias voltadas para outros temas etc.

Anotações

20

F I N A N C I



A M E N T O



Para entender:

Ações e serviços de Saúde são financiados com recursos próprios da União, estados e municípios e de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da Seguridade Social.

Cada esfera governamental deve assegurar o aporte regular de recursos à Saúde de acordo com a Emenda Constitucional nº. 29, de 2000. As transferências, regulares ou eventuais, da União para estados, municípios e Distrito Federal estão condicionadas à contrapartida destas esferas de governo, em conformidade com as normas legais vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras).

Esses repasses ocorrem por meio de transferências “fundo a fundo”, realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente para os estados, Distrito Federal e municípios, ou pelo Fundo Estadual de Saúde aos municípios, de forma regular e automática, propiciando que gestores estaduais e municipais contem com recursos previamente pactuados, no devido tempo, para o cumprimento de sua programação de ações e serviços de Saúde.

As transferências regulares contemplam, ainda, os pagamentos diretos a prestadores de serviços e beneficiários cadastrados de acordo com os valores e condições estabelecidas em portarias do Ministério da Saúde.



Para cumprir os preceitos do financiamento do SUS, o gestor tem de estar seguro quanto a algumas questões legais, tais como:

Gasto em Saúde: Os recursos da saúde só podem ser empregados em ações e serviços de Saúde definidos na Constituição Federal (Artigo 200) e nas Leis nº. 8080/90 e nº 8142/90. No município, o gestor não pode realizar gastos com ações ou serviços que não estejam previstos no Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e nas Leis Orçamentárias (PPA, LDO e LOA). Para o início de 2009, o grande desafio para os gestores municipais será a elaboração do Plano Municipal de Saúde, do PPA (2010-2013) e da LDO 2010.

Recursos da Saúde: A Emenda Constitucional nº. 29/2000 define claramente o quantitativo mínimo que as esferas de governo devem investir em saúde: 1) a União deve investir o que foi empenhado no ano anterior, corrigido com o percentual de variação nominal do PIB; 2) os Estados, 12%, no mínimo, do montante de impostos recolhidos; 3) os Municípios, no mínimo, 15% de sua receita com impostos.

Administração dos recursos: Os recursos da Saúde devem ser administrados em um “Fundo de Saúde”, sob responsabilidade do Secretário de Saúde, que deve ser o único ordenador de despesas. No Fundo Municipal de Saúde, devem estar depositados todos os recursos do SUS (transferências da União e do Estado e os recursos próprios municipais) e não necessariamente em uma conta única. Nenhum recurso da Saúde pode ser administrado em outra conta da Prefeitura. Além disso, não podem estar fora de aplicações financeiras quando não estiverem sendo utilizados.

Transparência: O Conselho Municipal de Saúde tem obrigação constitucional de acompanhar e fiscalizar o Fundo Municipal de Saúde. Porém, nenhum conselho poderá cumprir este preceito se o secretário de Saúde não garantir as condições adequadas. O gestor deve dar publicidades às contas do Fundo, de modo a garantir a participação dos conselheiros e cidadão. Esta obrigatoriedade deve se concretizar principalmente nas prestações de contas trimestrais ao Conselho de Saúde e em audiência pública na Câmara Municipal. Anualmente deve ser elaborado o RAG, único instrumento de prestação de contas, parte do processo de planejamento que deve ser submetido ao CNS, e ter enviada a resolução do CMS ao CGR.

Regulamentação

- Lei nº. 8689/97
- Lei de Responsabilidade Fiscal (LC nº. 101/2000)
- Decreto nº. 1232/94
- Decreto nº. 1651
- Portarias e Resoluções do governo estadual, que digam respeito ao financiamento do SUS em São Paulo
- Lei Orgânica dos Municípios e outras Leis Municipais
- Portaria GM-MS nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006 – Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde
- Portaria GM-MS nº. 598, de 23 de março de 2006 – CIBs e processo da Gestão do SUS
- Portaria GM-MS nº. 648 – 28 de março de 2006 – Política Nacional de Atenção Básica
- Portaria GM-MS nº. 649 – 28 de março de 2006 – PSF – e UBS e Equipes Saúde da Família
- Portaria GM-MS nº. 650 – 28 de março de 2006 – Financiamento do PAB fixo e variável
- Portaria GM-MS nº. 687 – 30 de março de 2006 – Política Nacional de Promoção da Saúde
- Portaria GM-MS nº. 698, de 30 de março de 2006 – Financiamento tripartite no custeio das ações de saúde
- Portaria GM-MS nº. 699 – 30 de março de 2006– Regulamento operacional do Pacto.
- Portaria GM-MS nº. 822 – 17 de abril de 2006 – Altera critérios ESF Política de AB
- Portaria GM-MS nº. 1097 – 22 de maio de 2006 – PPI da Assistência à saúde
- Portaria SAS-MS nº. 494 – 30 junho de 2006 – Incentivo Complexos Reguladores
- Portaria GM-MS nº. 3.277 – 22 de dezembro 2006 – Contratualização
- Portaria GM-MS nº. 3.085 – 1 de dezembro de 2006 – Regulamenta Sistema de Planejamento do SUS
- Portaria GM-MS nº. 3.332 – 28 de dezembro de 2006 – Planejamento e o Relatório de Gestão
- Portaria GM-MS nº. 91 – 10 de janeiro de 2007 – Unificação dos Pactos.
- Portaria GM-MS nº. 153 – 17 de janeiro de 2007 – Prazo assinatura Compromisso de Gestão
- Portaria GM-MS nº. 204 – 29 de janeiro de 2007 – Regulamenta os Blocos de Financiamento.
- Portaria GM-MS nº. 1.497 – 22 de junho de 2007 – Operacionalização dos Blocos Financiamento
- Portaria GM-MS nº. 372 – 16 de fevereiro de 2007 – Altera parcialmente a PT 699-2006
- Portaria GM-MS nº. 2490 – 21 de outubro de 2008 – Altera PAB FIXO R\$16 setembro de 2008
- Portaria GM-MS nº. 325, de 2008 – Trabalha dos indicadores do pacto para 2008

Fique sabendo:

Ministério da Saúde – www.saude.gov.br (link “Legislação”).

Conasems – www.conasems.org.br

Para saber mais:

Anais do V Encontro Nacional de Economia da Saúde; ABRES. Salvador:1999

Brasil. Ministério da Fazenda – Tesouro Nacional. Relatório Resumido da Execução Orçamentária – Manual de Elaboração. Brasília: 2002

Carvalho G. Financiamento Federal para a saúde – 1988-2001. São José dos Campos; 2002

Carvalho GI de, Santos L. Comentários à lei orgânica da saúde (leis 8.080/90 e 8.142/90): Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; 2001

Mendes, Aquilas. A cumplicidade entre orçamento e planejamento in Tempos Radicais da Saúde: a construção do SUS na maior cidade brasileira. São Paulo: Hucitec; 2003

Piola, SF & Jorge, EA. 1º Prêmio Nacional em Economia da Saúde. Brasília: IPEA; 2005

Para reflexão

1. Qual a participação orçamentária real do seu município no financiamento da saúde local?
2. Qual o seu papel como ordenador de despesa?
3. Como voce pretende melhorar estas duas questões?

Anotações

Anotações

21

PROGRAMAÇÃO

E

REGULAÇÃO



Para entender:

A Programação Pactuada e Integrada (PPI) é parte do processo de planejamento, instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pelo qual são programadas e quantificadas as ações de assistência à saúde a serem ofertadas à população em cada município ou região, além de realizada a alocação de recursos financeiros federais, estaduais e municipais. Por meio dela e do PDR são, também, efetuados os pactos entre gestores dos diversos municípios de uma região ou macrorregião de Saúde, garantindo acesso da população aos serviços.

A PPI para concretizar o desenho de rede de atenção realizado no PDR deve estar consoante com o planejamento e as prioridades definidas pelos gestores, bem como com os recursos disponíveis. Ela define os Tetos e limites financeiros próprios e às referências recebidas de outros municípios. Portanto, ela ajuda a organizar a rede de serviços, conferindo-lhe visibilidade e formalizando os fluxos de referências (serviços que não dispõe em seu território) estabelecidos entre os gestores municipais e com o gestor estadual.

Por sua vez, a Regulação da Atenção é um instrumento importante no monitoramento dos pactos de referência (parcerias efetivadas entre municípios de uma mesma região), que têm como foco a produção direta de ações e serviços de saúde, bem como a facilitação do acesso dos usuários a esses serviços.

Regulação da Atenção à Saúde

Dispõe de mecanismos que auxiliam e subsidiam o gestor municipal nas tomadas de decisões. Compreende a contratação dos prestadores de serviços de Saúde, a manutenção de um cadastro de estabelecimentos e profissionais de Saúde (CNES) e de usuários (Cartão SUS) atualizados.

Prevê a programação orçamentária dos estabelecimentos; as autorizações de internações e procedimentos ambulatoriais especializados; o processamento da produção e preparo do pagamento dos prestadores privados; o monitoramento e a fiscalização da execução dos procedimentos; a auditoria e os mecanismos de regulação do acesso à assistência à saúde.

Uma estratégia para se regular a oferta e a demanda em Saúde envolve a constituição de Complexos Reguladores que permitem articular e integrar dispositivos como Centrais de Internações, Centrais Ambulatoriais, Centrais de Urgências e protocolos assistenciais com as demais ações da regulação da atenção citadas acima. A constituição de estruturas como as Centrais de Regulação dependerá do porte do município; porém,

Todo município deve realizar a regulação da Atenção Básica, tornando-a resolutiva, com solicitações padronizadas por protocolos pactuados, encaminhamentos responsáveis e adequados aos demais níveis da assistência, de acordo com os fluxos pactuados na PPI.

Regulamentação:

- Portaria GM nº. 1.097, de 22 de maio de 2006, do Ministério da Saúde – Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Portaria GM nº. 1559, de 1 de agosto de 2008 – Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Fique sabendo:

- Site da Secretaria de Atenção à Saúde do MS: www.saude.gov.br/sas
- Arquivos do processo de elaboração da PPI em SP: http://sistema.saude.sp.gov.br/plano_pacto
- Sistema de desenvolvimento da PPI (o login é o código IBGE do município e a senha o município escolheu; caso tenha se perdido deve-se solicitar à Secretaria de Estado da Saúde/CPS pelo tel.: 3066.8381 ou 3066 8734) : www.saude.sp.gov.br/ppioficial

Para saber mais:

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde, Série Pactos Pela Saúde, vol. 5, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores, Série Pactos Pela Saúde, vol. 6, 2006.

OPAS/OMS E MINISTÉRIO DA SAÚDE. A Política de Regulação no Brasil. Série técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, vol. 12, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS. Serie A.Normas e Manuais Técnicos,2006.

CONASS. Regulação em Saúde. Série Progestores – para enfrentar a gestão do SUS, vol.10, 2007.

Para reflexão

1. Como está organizada a regulação e a auditoria em seu município?
2. Quais as possibilidades para melhorar esta área?

Anotações

Anotações



22

CONTRATUALIZAÇÃO

Para entender:

Contratualização é o estabelecimento de relação formal entre Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e prestadores privados de serviços de saúde. Visa definir o papel da rede contratada, estabelecendo claramente direitos e obrigações de cada parte, objetivos e metas tendo como princípios legalidade e eficiência e, o interesse público.

Pressupõe a definição de demanda e objetivos, metas quantitativas e qualitativas por serviços, obrigações e responsabilidades para cada parte envolvida, critérios e instrumentos de monitoramento, avaliação de resultados e cumprimento de metas estabelecidas, mecanismos de participação e controle social, além da regulação do SUS como um todo.

Antes de recorrer à iniciativa privada, o gestor deve utilizar toda a capacidade pública instalada, de modo a inserir a contratação de serviços privados no planejamento da rede de atenção e promoção da saúde à população.

O processo de contratação deve ser resultado de um correto planejamento do Sistema de Saúde, contribuindo para o controle, planejamento e a avaliação do SUS – tarefas indelegáveis dos gestores públicos, em todas as esferas de governo. Em geral, os gestores que formalizam contratos adequados, por um lado, ao atendimento das necessidades de saúde da população e, por outro, ao SUS, rapidamente alcançam melhorias nos indicadores de saúde.

Passo-a-passo:

Antes de formalizar contratos, é necessário que o gestor tome conhecimento de sua rede, para isso devendo:

1. Verificar as necessidades de procedimentos de saúde da sua população, por meio de dados populacionais e parâmetros (Portarias GM MS nº. 1101, de 12 de junho de 2002 e Portaria GM nº. 1.097, de 22 de maio de 2006, do Ministério da Saúde) adequando sempre à realidade local;

2. Consultar o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde para verificar sua capacidade instalada;

3. Elaborar Plano Operativo de cada unidade pública sob sua gerência, para identificar se há ou não necessidade de complementação de serviços e organização de rede (se essa necessidade for verificada, deverá passar por aprovação do Conselho de Saúde e constar no Plano de Saúde);

4. Desenvolver a Programação Pactuada e Integrada (PPI)

Esses dados fornecerão ao gestor desenho da rede de saúde sob sua responsabilidade. Se o gestor verificar que a rede é capaz de suprir as necessidades da população, não há necessidade de complementação. Se constatar que a rede é insuficiente, o gestor deverá buscar, primeiro, a formalização de acordo com outras esferas governamentais, assinando o Termo de Cooperação entre Entes Públicos.

Por fim, se ainda for verificada a necessidade de complementação da rede, o gestor recorrerá aos serviços da rede privada. Para isso, deve:

1. Verificar a existência de entidades filantrópicas, que têm prioridade de contratação prevista na Constituição Federal e na Lei nº. 8080/90. O gestor poderá firmar convênio diretamente com a instituição, desde que firmada parceria para a prestação de serviços e ações de saúde;

2. Fazer uso da Lei nº. 8666/93, para a realização de qualquer contrato ou convênio com particular. Deve realizar licitação nos casos em que o valor total da compra de serviços for 10% do valor contido no Artigo 23, Inciso II, Alínea a, ou se a demora na aquisição do serviço pode trazer prejuízos (Artigo 24, Inciso IV);

3. Aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

Regulamentação

- Resolução nº. 71, do Conselho Nacional de Saúde, de 2 de setembro de 1993 – Aponta a necessidade do disciplinamento da contratação de instituições prestadoras de serviços complementares de saúde.
- Portaria GM MS nº. 3.277, de 22 de dezembro de 2006 – Dispõe sobre a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Portaria Interministerial nº. 1006/MEC/MS, de 27 de maio de 2004 – Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde (SUS)
- Portaria GM/MS nº. 1.044, de 1 de junho de 2004 – Institui a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte.
- Portaria GM/MS nº. 1.721, de 21 de setembro de 2005 – Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde (SUS)
- Manual de orientações para contratação de serviços do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. xx p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Para reflexão

1. Como são os contratos com os prestadores em seu município?
2. Isto tem representado um problema para a gestão municipal?
3. Como você pretende enfrentar esta demanda?

Anotações

Anotações

23

AUDITORIA E OUVIDORIA



Auditoria

A gestão municipal não se completa apenas com o planejamento, execução das ações e cumprimento das metas em todas as áreas técnicas da saúde, mesmo que de maneira integrada. É preciso avaliar seu desempenho.

O sistema municipal de saúde tem a responsabilidade constitucional de acompanhar o desenvolvimento das ações de todos os serviços municipais de saúde, ligados a administração direta ou indireta, mesmo os prestadores de serviços contratualizados ou contratados.

No caso dos prestadores dos serviços sob a gestão municipal, legalmente o gestor é responsável pela auditoria das contas destes serviços. Esta auditoria deve ser física, financeira e qualitativa. Este é um atributo da administração pública previsto no direito administrativo.

Caso o município não execute estas prerrogativas administrativas pode ter suas contas não aprovadas pelos órgãos de auditoria do SUS.

O SUS regulamenta a existência do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), do qual fazem parte auditores das três esferas de gestão, devidamente credenciados e habilitados. A definição do SNS esta explícita no inciso XIX do artigo 16 da Lei Orgânica da Saúde no. 8080. O SNA está em construção nas três esferas de gestão, mas é importante lembrar que seu papel deve ser fruto de uma pactuação tripartite.

Na esfera federal o DENASUS, órgão vinculado à Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa, é o responsável pela auditoria no SUS, dos recursos de origem federal.

A esfera estadual pode ser responsável pela auditoria de serviços e prestadores localizados no município, desde que estejam sob a gestão estadual. Os recursos estaduais repassados aos municípios também podem ser objeto de auditação nos municípios.

Nos municípios, o gestor deve estar atento a necessidade de estruturação da auditoria municipal que é obrigatória na existência de prestadores contratados ou contratualizados, sob a gestão municipal, e facultativa, embora necessário, quando da existência de apenas serviços municipais.

A avaliação qualitativa e quantitativa e o impacto sobre a saúde da população, alvo dos serviços municipais ajudam o gestor em seu planejamento e adequação de suas ações.

O Denasus mantém apoio aos municípios que necessitam estruturar a auditoria municipal.

Decreto 1651 de 28 de setembro de 1995

Art. 1º O Sistema Nacional de Auditoria - SNA, previsto no art. 16, inciso XIX, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e no art. 6º da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, é organizado na forma deste Decreto, junto à direção do Sistema Único de Saúde - SUS, em todos os níveis de governo, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo.

Art. 2º O SNA exercerá sobre as ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS as atividades de:

I - controle da execução, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento;

II - avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade;

III - auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial.

Lei 8689 de 27 de julho de 1993

Art. 6º Fica instituído no âmbito do Ministério da Saúde o Sistema Nacional de Auditoria de que tratam o inciso XIX do art. 16 e o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Ao Sistema Nacional de Auditoria compete a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do Sistema Único de Saúde, que será realizada de forma descentralizada.

§ 2º A descentralização do Sistema Nacional de Auditoria far-se-á através dos órgãos estaduais e municipais e de representação do Ministério da Saúde em cada Estado da Federação e no Distrito Federal.



Portaria 399

RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

4.1- MUNICÍPIOS

Todo município deve:

- Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros provenientes de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios; realizar a identificação dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;
- Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas em seu território, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais; manter atualizado o Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas do Ministério da Saúde;
- Adotar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais e estaduais;
- Adotar protocolos de regulação de acesso, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, estaduais e regionais;
- Controlar a referência a ser realizada em outros municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo à solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;



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

- Definir a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde; observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais;
- Processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços;
- Operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território, de acordo com a pactuação estabelecida, realizando a co-gestão com o Estado e outros Municípios, das referências intermunicipais.
- Executar o controle do acesso do seu município aos leitos disponíveis, às consultas, terapias e exames especializados, disponíveis no seu território, 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;
- Elaborar normas técnicas, complementares às das esferas estadual e federal, para o seu território.



Ouvidoria

A ouvidoria é um instrumento democrático de grande serventia à gestão municipal, pois acaba retratando o status da aceitação e resolutividade dos serviços municipais de saúde.

Os municípios que implantaram estes serviços tiveram um grande crescimento na capacidade da gestão em interferir na qualidade dos seus serviços.

Existem ouvidorias no Ministério da Saúde, nas secretarias estaduais e em boa parte dos municípios.

O gestor deve estar atento às demandas destas, para que não fiquem sem respostas, diminuindo assim a sua inserção na comunidade.

Quando ouvidorias de outras esferas de gestão demandar questões aos municípios, uma boa resposta seria a auditoria municipal instituir um processo sobre o assunto, visto que a gestão é do município. O resultado pode ser informado às ouvidorias de outras esferas.

A gestão municipal se completa com a auditoria e ouvidoria municipais.

Para reflexão:

1. Qual a importância da avaliação para a gestão?
2. Qual a importância social da ouvidoria?

Anotações

Anotações



24

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



Para entender:

Embora o modelo de atenção preconizado pelo SUS explicita a necessidade da desmedicalização, com certeza, o **acesso** aos medicamentos, é importante alvo de preocupação para todos: usuários, profissionais e gestores de saúde.

Cada um, segundo seu papel e responsabilidades, dá maior ou menor importância às diferentes ações para garantir esse acesso. Ou seja, é fundamental entender a assistência farmacêutica na sua totalidade, como um conjunto de ações que precisam estar bem articuladas para que ao final, o acesso aconteça com foco nas necessidades do usuário.

Outra questão importante é que esse acesso deve estar qualificado em relação a ser uma escolha terapêutica correta e que conte com argumentos racionais que justifiquem o seu uso.

Para tanto, a terapêutica com uso racional de medicamentos pressupõe o desenvolvimento, de forma integrada e articulada, de um “ciclo da assistência farmacêutica”, composto das seguintes etapas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, utilização (prescrição, dispensação e uso), farmacovigilância e gerenciamento.

O uso racional de produtos fármacos ocorre “quando os pacientes recebem os medicamentos apropriados às suas necessidades clínicas, em doses adequadas e individualizadas, pelo período de tempo requerido e a um custo razoável, para eles e sua comunidade” (Marin, 2003:287). A aplicação desse conceito é obrigatória para viabilizar a ampliação e qualificação do acesso aos medicamentos, indispensáveis para se cumprir os princípios da universalidade, integralidade e equidade da saúde, também na assistência farmacêutica.

Passo-a-passo:

- **Seleção** – Etapa em que se padronizam os medicamentos, considerando os seus valores terapêuticos comprovados e a literatura científica disponível. São referências, neste processo, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e o Centro Brasileiro de Informação de Medicamentos (CEBRIM). A gestão municipal deve divulgar a lista selecionada - disponível no Formulário Terapêutico Nacional⁴ (FNT) - para todos os prescritores, e informar sobre sua utilização.

- **Programação** – O gestor municipal deve implantar um bom sistema de controle de estoques, prevendo os recursos financeiros e orçamentários a serem empregados. Deve ser dispor dos medicamentos selecionados, nas quantidades necessárias e no tempo oportuno, o que exige a organização de uma logística eficiente.

- **Aquisição** – Deve cumprir a Lei Federal nº 8.666. O gestor deve implantar mecanismos para garantir: avaliação dos fornecedores; controle dos estoques, integrado com controle orçamentário e financeiro; modalidades adequadas de licitação; editais cumprindo as exigências técnicas e administrativas. Para ganhos de escala podem ser estabelecidos consórcios intermunicipais para a compra de medicamentos ou negociação para inclusão do município nas atas de registro de preços do Estado.

- **Armazenamento e distribuição** – O armazenamento de medicamentos deve ser feito em áreas físicas apropriadas, respeitando as exigências especificadas pelo fabricante, o que coloca a necessidade de um projeto técnico adequado. Minimizar os estoques e maximizar seu giro tem se mostrado como uma prática que torna mais eficientes o armazenamento e a distribuição.

- **Dispensação** – A dispensação é um momento de esclarecimento e sensibilização do usuário para a importância do cumprimento integral do tratamento proposto, complementando as orientações do prescritor. Os medicamentos devem ser entregues ao paciente certo, na dose prescrita, na quantidade adequada e com as informações para uso correto, tais como: doses, horários, quantidades, duração do efeito, como preparar e administrar, reações, interações, precauções, automonitoramento. A embalagem e a rotulagem devem ser corretas, com adequada preservação e inequívoca identificação do medicamento.

⁴ Consiste em documento com informações científicas sobre os medicamentos selecionados, visando subsidiar os profissionais de saúde na prescrição e dispensação dos medicamentos da relação de medicamentos essenciais.

É instrumento complementar a seleção de medicamentos, contendo todas as informações farmacológicas sobre cada medicamento da relação. Sua estrutura e formato devem favorecer a consulta, de forma prática e objetiva.

Regulamentação:

- Lei n.º 5.991, de 17 de dezembro de 1973, Presidência da República. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos e dá outras providências.

- Lei n.º 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; Presidência da República. Altera a lei n.º 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências.

- Política Nacional de Medicamentos, do Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica; Brasília, 2001.

- Portaria GM n.º 548, de 12 de abril de 2001, do Ministério da Saúde. Aprova o documento "Orientações Gerais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS".

o Relatório final da Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica; Brasília, Ministério da Saúde, 2003; 69 p. 1.

o Resolução n.º 338, de 6 de maio de 2004, do Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

o Portaria GM n.º 698, de 30 de março de 2006, do Ministério da Saúde. Define que o custeio das ações de Saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS.

o Portaria GM n.º 3237, de 24 de dezembro de 2007, Ministério da Saúde. Substitui a Portaria 2084 (26 de outubro de 2005) no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, ver <http://portal.saude.gov.br>.





Fique sabendo:

- Ministério da Saúde (MS): <http://www.saude.gov.br> – Assistência Farmacêutica
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA): <http://www.anvisa.gov.br>
- Organização Panamericana de Saúde (Opas): <http://www.opas.org.br>

Para saber mais:

- MARIN, Nelly et al. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. 334 p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 74 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Para reflexão

1. Como está organizada a assistência farmacêutica em seu município?
2. Qual a participação financeira do município nesta assistência, considerando todos os gastos?
3. Como você pretende otimizar esta assistência?

Anotações

Anotações



CONTATO

SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS

fone: (61) 3315-2839/ e-mail da Secretaria: gabinete.sctie@saude.gov.br

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA

Fone: (61) 3315-3197

DEPARTAMENTO DE ECONOMIA DA SAÚDE

Fone: (61) 3315-2790

DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS

Fone: (61) 3315-3362

SECRETARIA EXECUTIVA (GABINETE DA SE/MS)

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bl. "G", 3º andar, sala 305, Brasília-DF, Cep: 70058-900

Tel: (61) 3315-2130 / 2133 Fax: (61) 3321-4396

Chefia de Gabinete

Tel: (61) 3315-2078 / 2079 Fax: (61) 3321-4396

Subsecretaria de Assuntos Administrativos (SAA)

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bl. "G" Anexo-A, 3º andar, sala 307, Brasília-DF, Cep: 70058-900

Subsecretaria de Assuntos Administrativos

Tel: (61) 3315-2233 / 2521 Fax: (61) 3315-2277

Coordenação Geral de Recursos Logísticos (CGRL)

Fone: (61) 3315-2115 / 2443 Fax: (61) 3315-2288

Coordenação Geral de Recursos Humanos (CGRH)

Tel: (61) 3315-2505 / 2679 Fax: (61) 3315-2283

Coordenação Geral de Documentação e Informação (CGDI)

Tel: (61) 3315-2203 / 2431 Fax: (61) 3321-3731

Coordenação Geral de Modernização e Desenvolvimento e Institucional (CGMDI)

Tel: (61) 3315-2220 Fax: (61) 3315-2518

Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO)

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bl. "G", 2º andar, sala 253, Brasília-DF, Cep: 70058-900

Subsecretaria de Planejamento e Orçamento

Tel: (61) 3315-2243 / 2051 Fax: (61) 3224-9568

Subsecretaria Adjunta

Tel: (61) 3315-2977

Coordenação Geral de Orçamentos e Finanças (CGOF)

Tel: (61) 3315-3342 / 2243

Coordenação Geral de Planejamento (CGPL)

Tel: (61) 3315-2677 / 3223-4962

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (DATASUS)

Endereço DF: Esplanada dos Ministérios, Bl "G", Anexo-A, 1º andar, sl 107, Brasília-DF, Cep: 70058-900

Endereço Rio: Rua México, nº 128, 7º, 8º e 10º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, Cep: 20031-142

Tel: (61) 3315-2796 / 2764 Fax: (61) 3221-4787

Chefia de Gabinete

Tel: (61) 3315-2796

Coordenação Geral de Fomento e Cooperação Técnica (CGFCT)

Tel: (61) 3315-2915 / 3035 Fax: (61) 3315-2774

Coordenação Geral de Sistemas Internos de Gestão (CGSIG)

Tel: (61) 3315-2132 / 2254 Fax: (61) 3315-2774

Coordenação Geral de Informações e Tecnologia (CGINT)

Tel: (61) 3315-2132 / 2254 Fax: (61) 3315-2774

Centro Tecnológico de Informática (CTI)

Tel: (21) 3974-7206

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (FNS)

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bl. "G", Anexo-A, 2º andar, sala 205, Brasília-DF, Cep: 70058-900

Diretoria Executiva

Tel: (61) 3315-2777 / 2927 Fax: (61) 3225-2359

Chefia de Gabinete

Tel: (61) 3315-2777

Coordenação Geral de Acompanhamento e Prestação de Contas (CGAPC)

Tel: (61) 3315-3677 / 3844

Fax: (61) 3315-3844

Coordenação Geral de Execução Orçamentária, Financeira e Contábil (CGE OFC)

Tel: (61) 3315-2650

Fax: (61) 3315-3024

Coordenação Geral de Contratos e Convênios (CGCC)

Tel: (61) 3315-2602 / 2429

Fax: (61) 3315-4263

DIRETORIA PROGRAMA

End. (Gab/CGIS): Esplanada dos Ministérios, Bl. "G", 3º andar, sala 317, Brasília-DF, Cep: 70058-900

End. (CGP/CGAP): SEPN 510, Bl. "A", 3º andar, sala 315, Brasília-DF, Cep: 70750-521

Tel: (61) 3315-2359 Fax: (61) 3226-0286

Coordenação Geral de Investimentos em Saúde (CGIS)

Tel: (61) 3315-2567

Coordenação Geral de Projetos (CGP)

Tel: (61) 3347-6079

Coordenação Geral de Acompanhamento de Projetos (CGAP)

Tel: (61) 3349-8384

DEPARTAMENTO DE APOIO À DESCENTRALIZAÇÃO (DAD)

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bl. "G", 3º andar, sala 351, Brasília-DF, Cep: 70058-900

Diretoria de Apoio à Descentralização

Tel: (61) 3315-2649 Fax: (61) 3226-9737

Coordenação Geral de Apoio à Implementação das Políticas de Saúde (CGAIPS)

Tel: (61) 3315-2167

Fax: (61) 3226-9737

Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada (CGAGD)

Tel: (61) 3315-3442 Fax: (61) 3226-9737

Coordenação Geral de Integração Programática (CGIP)

Tel: (61) 3315-3510 Fax: (61) 3226-9737

Secretaria Técnica da Comissão Intergestores Tripartite (CIT)

Tel: (61) 3315-2285 Fax: (61) 3226-9737

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - SVS

Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, 1º andar, sala 105 - Brasília/DF CEP: 70058-900

(61) 3315 3777

Chefe de Gabinete

(61) 3315 3706

Apoio do Gabinete:

(61) 3315 3903

Apoio do Gabinete - Prestação de Contas de Passagens Aéreas

Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, 1º andar, sala 119 - Brasília/DF Cep 70058-900

E-mail: passagem.svs@saude.gov.br

(61) 3315 3655

Núcleo de Comunicação da SVS - NUCOM/GAB/SVS

Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, 1º andar, sala 119 - Brasília/DF Cep 70058-900

(61) 3315 3338

Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento - CGPLO

Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, 1º andar, sala 104 - Brasília/DF Cep 70058-900

(61) 3315 3382

Unidade de Gerência de Projetos - UGP

SCS Qd. 01 - BLOCO "A" Ed. Principal - 1º andar - Brasília/DF Cep 70304-000

Unidade IV - Ministério da Saúde

(61) 3213 8001

DIRETORIA TÉCNICA DE GESTÃO - DIGES

Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, 1º andar, sala 110 - Brasília/DF Cep 70058-900
(61) 3315 3641

DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA - DEVEP

Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, 1º andar, sala 155 - Brasília/DF Cep 70058-900
(61) 3315 3646

Programa Nacional de Controle da Hanseníase - PNCH

SCS Quadra 04 Bloco A Edifício Principal - 3º andar - Brasília/DF Cep 70304-000
E-mail: hanseníase@saude.gov.br
(61) 3213 8189

Programa Nacional de Controle da Malária - PNCM

Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, 1º andar, sala 151 - Brasília/DF Cep 70058-900
(61) 3315 3277

Programa Nacional de Controle da Dengue - PNCD

Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, 1º andar, sala 141 - Brasília/DF Cep 70058-900
(61) 3315 2755

Programa Nacional de Hepatites Virais - PNHV

SCS Quadra 04 Bloco A Edifício Principal - 4º andar - Brasília/DF Cep 70304-000
(61) 3213 8292

Programa Nacional de Controle de Tuberculose - PNCT

SCS Quadra 4 Bloco A - Ed. Principal 3º andar - Brasília/DF Cep 70304-000
(61) 3213 8232 - Fax: (61) 3213 8215

Programa Nacional de Imunizações - PNI

SCS Quadra 04 Bloco A Edifício Principal - 4º andar - Brasília/DF Cep 70304-000
(61) 3213 8296 / 8297

PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS

SEPN 511 Bloco C - 2º andar - Brasília/DF Cep 70750-543

Unidade III - Ministério da Saúde

(61) 3448 8081 / 8002

DEPARTAMENTO DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE - DASIS

Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, 1º andar, sala 148 - Brasília/DF Cep 70058-900
(61) 3315 3419 / 3498

Gerência Técnica de Doenças Emergentes e Reemergentes - GT-DER

SCS Quadra 04, Bloco "A", Edifício Principal - 6º andar, sala - Brasília/DF Cep 70304-000
E-mail: gtder@saude.gov.br
61 3213 8084



Gerência Técnica do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - GT-SINAN

Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede 1º andar - Sala 131, Brasília/DF Cep 70058-900
(61) 3315 3661

Programa de Treinamento Aplicado aos Serviços do SUS - EPISUS

SCS Quadra 04, Bloco "A", Edifício Principal - 6º andar, sala - Brasília/DF Cep 70304-000
E-mail: episus@saude.gov.br
(61) 3213 8290

Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica - CGIAE

Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede 1º andar - Sala 150, Brasília/DF Cep 70058-900
(61) 3315 3191 / 3192

Coordenação de Vigilância das Doenças Transmitidas por Vetores Antropozoonoses - COVEV

SCS Quadra 04 Bloco A Edifício Principal - 4º andar - Brasília/DF Cep 70304-000
(61) 3213 8095

Coordenação de Vigilância das Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar - COVEH

SCS Quadra 04 Bloco A Edifício Principal - 4º andar - Brasília/DF Cep 70304-000
(61) 3213 8190

Coordenação de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória e Imunopreveníveis - COVER

SCS Quadra 04 Bloco A Edifício Principal - 4º andar - Brasília/DF Cep 70304-000
(61) 3213 8092

Coordenação Geral das Doenças Transmitidas por Vetores - CDTV

SCS Quadra 04 Bloco A Edifício Principal - 4º andar - Brasília/DF Cep 70304-000
(61) 3213 8093

Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública - CGLAB

SCS Quadra 04 Bloco A Edifício Principal - 3º andar - Brasília/DF Cep 70304-000
(61) 3213 8193 / 8192

Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis - CGDT

SCS Quadra 04 Bloco A Edifício Principal - 4º andar - Brasília/DF Cep 70304-000
(61) 3213 8294

Coordenação Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis - CGDANT

Esplanada dos Ministérios, bloco G, edifício sede, sala 142 Brasília-DF CEP: 70058-900
Coordenação: Debora Carvalho Malta
E-mail: cgdant@saude.gov.br
(61) 3315 3784

Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental - CGVAM

SCS Quadra 04 Bloco A Edifício Principal - 6º andar - Brasília/DF Cep 70304-000
(61) 3213 8081

Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador - COSAT

SCS Quadra 04 Bloco A Edifício Principal - 6º andar - Brasília/DF Cep 70304-000
(61) 3213 8081

Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde - CIEVS

Esplanada dos Ministérios, Bloco "G", Ed. Sede, sala 121 - Brasília - DF CEP: 70.058-900
Dique Notifica: 0800-644-6645 - E-mail: notifica@saude.gov.br - FAX: (61)
(61) 3315 3899

Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços - CGDEP/SVS/MS

Setor Comercial Sul - Quadra 04 - Bloco A - Ed. Principal - 5º Andar - Brasília/DF Cep: 70304-000
(61) 3213 8387 / 3213 8393 / 3213 8392 / 3213 8394

Centros Vinculados à SVS:

Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz

Promover a saúde e o desenvolvimento social, gerar e difundir conhecimento científico e tecnológico, ser um agente da cidadania. Estes são os conceitos que pautam a atuação da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), vinculada ao Ministério da Saúde, a mais destacada instituição de ciência e tecnologia em saúde da América Latina.

Presidência

site: www.fiocruz.br

(21) 2598-4242

Central Nacional de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos - CENADI

Bio-Manguinhos é o principal fornecedor de vacinas do Ministério da Saúde e sua produção é feita a partir da previsão anual do PNI (Programa Nacional de Imunizações).

Presidência

Site: www.bio.fiocruz.br/interna/vacinas_distribuicao.htm

E-mail: info@bio.fiocruz.br.

(21) 3882-9393

Instituto Evandro Chagas - IEC

O IEC, localizado em Belém (PA), realiza investigações e estudos científicos nas áreas de ciências biológicas, meio ambiente e medicina tropical e análises laboratoriais para doenças tropicais e viroses, particularmente para a Região Amazônica, desenvolvendo trabalhos nas áreas de parasitologia, virologia geral, bacteriologia, micologia, patologia, ecologia humana e meio ambiente, hepatologia e arbovírus.

Presidência

Site: www.iec.pa.gov.br

E-mail: contato@iec.pa.gov.br

(91) 3226 7732 / 3211 4407

Centro de Referência Professor Hélio Fraga – CRHF.

O CRHF é o órgão de excelência nacional em pneumologia sanitária, sendo vanguarda em pesquisa, tecnologia, ensino e produção de insumos estratégicos para o combate e o controle da tuberculose e das doenças pulmonares ambientais e ocupacionais em todo o País. O Centro está situado na cidade do Rio de Janeiro (RJ).

Presidência

Site: www.coppe.ufrj.br/recope/tecsup/crhf/

(21) 2441 0392 / 2448 6811

Centro Nacional de Primatas – CENP.

O Centro Nacional de Primatas, localizado em Belém (PA), é o responsável pela criação e reprodução de primatas não humanos, sob condições controladas, para apoiar investigações biomédicas desenvolvidas no Brasil e no exterior e assegurar a preservação das espécies.

Presidência

Site: www.mentoronline.com.br/cenp

(91) 3255 3774 / Fax: (91) 3265 1837

SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE (SGTES)

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Ed. Sede, 7º andar, sala 705

Zona Cívico-Administrativa - Brasília/DF - 70058-900

Telefones: (61) 3315.2224 - 3315.2248 - 3315.2061

Fax: (61) 3226.0063

E-mail: sgtes@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315.2224

Chefe de Gabinete

Telefone: (61) 3315.2224

DEPARTAMENTO DE GESTÃO E DA REGULAÇÃO DO TRABALHO (DEGERTS)

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Ed. Sede, sala 751

Zona Cívico-Administrativa - Brasília/DF - 70058-900

Telefones: (61) 3315.2550 - 3315.3767

Fax: (61) 3315.2345

E-mail: degerts@saude.gov.br

Coordenação Geral da Gestão do Trabalho em Saúde

Telefone: (61) 3315.2834

Coordenação Geral da Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde

Telefone: (61) 3315.3691

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE (DEGES)

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Ed. Sede, 7º andar, sala 717

Zona Cívico-Administrativa - Brasília/DF - 70058-900

Telefones: (61) 3315.3394 - 3315.2189

Fax: (61) 3315.2974

E-mail: degess@saude.gov.br

Coordenação Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde

Telefone: (61) 3315.2303

Coordenação Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

Telefone: (61) 3315.2189

Rede Observatório de Recursos Humanos na Saúde

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Ed. Sede, 7º andar, sala 716

Zona Cívico-Administrativa - Brasília/DF - 70058-900

Telefones: (61) 3226.4222 - 3315.2798

Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Ed. Sede, sala 752

Zona Cívico-Administrativa - Brasília/DF - 70058-900

Telefones: (61) 3315.2581 - 3315.3284

E-mail: mnnp.sus@saude.gov.br

SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA

Esplanada dos Ministérios - Ministério da Saúde
Bloco G Edifício Sede - 4º andar
70058-900, Brasília, DF
Tel.: (61) 3315-3616/3326
Fax: (61) 3322-8377
E-mail: gestaoparticipativa@saude.gov.br

Chefia de Gabinete

Tel.: (61) 3315-3616

DEPARTAMENTO DE APOIO À GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA

Tel.: (61) 3315-3594

DEPARTAMENTO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA GESTÃO DO SUS

Tel.: (61) 3315-3624

DEPARTAMENTO DE OUVIDORIA GERAL DO SUS

Tel.: (61) 3448-8612

DEPARTAMENTO NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS

Tel.: (61) 3448-8393

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SAS

Tel.: 3315.2626/3315.2627

Chefe de Gabinete

Tel.: 3315.2626/3315.2627

Coordenação-Geral de Planejamento e Orçamento – CGPO

Tel.: 3315.3038/3226-8252

Assessoria aos Estados e Municípios

Tel.: 3315.2949

Política Nacional de Humanização - PNH

Tel.: 3315.2562

Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no SUS – QualiSUS

Tel.: 3315.2587

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA – DAE

Tel.: 3315.2261

Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar

Tel.: 3315.2739/3315.2162

Coordenação-Geral de Urgência e Emergência

Tel.: 3315.3397



Coordenação-Geral de Média Complexidade

Tel.: 3315.2849

Coordenação-Geral de Alta Complexidade

Tel.: 3315.3619/3315.2247

Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplante

Tel.: 3315.2021

Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados

Tel.: 3315.2440

DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE – DRAC

Tel.: 3315.2690

Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas

Tel.: 3315.2691

Coordenação-Geral de Sistemas de Informação

Tel.: 3315.2437/3315.2698

Coordenação-Geral de Suporte Operacional de Sistemas e Programação Assistencial

Tel.: 3315.2719

Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação

Tel.: 3315.2817

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA – DAB

Tel.: 3315.2497

Coordenação de Acompanhamento e Avaliação

Tel.: 3315.3434/3315.2918

Área Técnica de Saúde Bucal

Tel.: 3315.2728

Programa Nacional de Hipertensão Arterial e Diabetes Melittus

Tel.: 3315.3302

Área Técnica de Alimentação e Nutrição

Tel.: 3448.8040

Coordenação de Gestão

Tel.: 3315.2898/3315.3025

Coordenação da PROESF

Tel.: 3315.2562/ 3315.2524/3315.3303

DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS - DAPE

Tel.: 3315.2850

Diretoria

Tel.: 3315.3429

Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal

Tel.: 3315.2187

Área Técnica de Saúde do Homem

Tel.: 3315.3841/3315.2867

Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno

Tel.: 3315.2866

E-mail: crianca@saude.gov.br

Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem

Tel.: 3315.2375

Área Técnica de Saúde da Mulher

Tel.: 3315.2933

E-mail: saude.mulher@saude.gov.br

Saúde no Sistema Penitenciário

Tel.: 3315.2959

E-mail: sprisonal@saude.gov.br

Área Técnica de Saúde Mental

Tel.: 3315.3414

E-mail: saudemental@saude.gov.br

Área Técnica de Saúde do Idoso

Tel.: 3315.2859

Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência

Tel.: 3315.2271

E-mail: pessoacomdeficiencia@saude.gov.br

Diretoria de Articulação de Redes de Atenção - DARA

Tel.: 3315.3196 / 3315.2535

E-mail: daras@saude.gov.br

DEPARTAMENTO GESTÃO HOSPITALAR NO RIO DE JANEIRO - DGH

Tel.: 021 3985.7480

Relação Nacional de COSEMS

COSEMS - AC

Rua José de Melo, 187 - Bosque - Rio Branco - AC
69908-330 - Tels: (68) 3224 5400 / 3244 1970 - Fax: (68)
3224 5400
e.mail: cosemsac@conasems.org.br

COSEMS - AL

Av. Dom Antonio Brandão, 218 - Farol - Maceió - AL
57021-190 - Tels: (82) 3336 7304 - Fax: (082) 3326 5859
e.mail: cosemsal@conasems.org.br

COSEMS - AM

Av. André Araújo, 701 - Aleixo - Manaus - AM
69060-001 - Tels: (092) 3643-6338 / 4663 / 6300 - Fax:
(092) 3643 6324
e.mail: cosemsam@conasems.org.br

COSEMS - AP

Av. Intendente Alfredo Pinto, 161 - Centro - Mazagão - AP
68940-000 - Tels: (96) 3271 1390 - Fax: (096) 3271 1101
e.mail: cosemsap@conasems.org.br

COSEMS - BA

3º Avenida, 320 - CAB / Sede da UPB - Salvador - BA
41750-300 - Tels: (071) 3371-8703 / 3115 5946 - Fax: (071)
3371-8703
e.mail: cosemsbahia@upb.org.br

COSEMS - CE

Rua dos Tabajaras, 268 - 2º Andar - Praia de Iracema -
Fortaleza - CE
60060-510 - Tels: (85) 3101 5444 / 3219 9099 - Fax: (085)
3219 9099
e.mail: cosemsce@conasems.org.br

COSEMS - ES

Rua Antonio Athaide, 744 - Sala 905 - Centro - Vila Velha
- ES
29052-345 - Tels: (27) 3185 5853 - Fax: (27) 3185 5862
e.mail: cosemses@conasems.org.br

COSEMS - GO

Rua 26, S/Nº - Bairro Santo Antonio - Goiânia - GO
74853-070 - Tels: (62) 3201 3412 - Fax: (062) 3201 3421
e.mail: cosemsgo@conasems.org.br

COSEMS - MA

Rua Conde D`euº 93 - Bairro Monte Castelo - São Luis -
MA
65030-003 - Tels: (98) 3232 7057 - Fax: (098) 3232 7057
e.mail: cosemsma@conasems.org.br

COSEMS - MG

Av. Afonso Pena, 2300 - 4º andar. Bairro Funcionários -
Belo Horizonte - MG
30130-007 - Tels: (31) 3287 3220 / 5815 - Fax: (31) 3284
2423
e.mail: cosemsgmg@conasems.org.br

COSEMS - MS

Rua Joel Dibo, 267 - 2º Andar Centro - Campo Grande -
MS
79002-060 - Tels: (067) 3383 4069 / 3312 1108 - Fax: (067)
3312 1108
e.mail: cosemsms@conasems.org.br

COSEMS - MT

Avenida Historiador Rubens de Mendonça, 3920 Prédio da
AMM - Cuiabá - MT
78.070.00 - Tels: (65) 3644 2406 / 2123 1238 - Fax: (65)
3644 2406
e.mail: cosemsmt@conasems.org.br

COSEMS - PA

Av. Conselheiro Furtado, 1086 - Nazaré - Belém - PA
68040-100 - Tels: (091) 3223 0271 / 3224 2333 - Fax: (091)
3223 9258
e.mail: cosemspa@conasems.org.br

COSEMS - PB

Av. Pedro II, 1826 - Torre - Secretaria Estadual de Saúde -
João Pessoa - PB
58040-903 - Tels: (083) 3218 7366 - Fax: (083) 3218 7366
e.mail: cosemspb@conasems.org.br

COSEMS - PE

Praça Oswaldo Cruz, s/n - FUSAN - Boa Vista - Recife -
PE
50050-210 - Tels: (081) 3221 5162 / 3181 6256 - Fax: (081)
3412 6179
e.mail: cosemspe@conasems.org.br

COSEMS - PI

Av. Pedro Freitas, s/n - Centro Administrativo - Teresina - PI
64018-900 - Tels: (086) 3211 0511 / 0595 R233 - Fax: (086) 3211 0511
e.mail: cosemspi@conasems.org.br

COSEMS - PR

Av. Prudente de Moraes, 885 - Maringá - PR
87020-010 - Tels: (044) 3218 3150 Fax: (044) 3218 3150
e.mail: cosemspr@conasems.org.br

COSEMS - RJ

Rua Mexico, 128 Sobre loja 1 Sala 01 - Centro - Rio de Janeiro - RJ
20031-142 - Tels: (021) 2240-3763 - Fax: (021) 2240-3763
e.mail: cosemsrj@conasems.org.br

COSEMS - RN

Rua Romualdo Galvão, 1017, Bairro Tirol - Natal - RN
59022-460 - Tels: (84) 3222 8996 - Fax: (84) 3222 8996
e.mail: cosemsrn@conasems.org.br

COSEMS - RO

Esplanadas das Secretarias - Rua Padre Angelo Cerri S/ N° - Bairro Pedrinho - Porto Velho - RO
78903-974 - Tels: (69) 3342 2316 / 3216 5371 - Fax: (69) 3342 2316
e.mail: cosemsro@conasems.org.br

COSEMS - RR

Av. Getúlio Vargas 678 - Centro - Boa Vista - RR
69301-031 - Tels: (95) 3623 0817 - Fax: (095) 3623 2005
e.mail: cosemsrr@conasems.org.br

ASSEDISA - RS

Rua Marcílio Dias, 574 Bairro Menino de Deus - Porto Alegre - RS
90130-000 - Tels: (051) 3231-3833 - Fax: (051) 32313833
e.mail: cosemsrs@conasems.org.br

COSEMS - SC

Rua Esteves Júnior, 160 - 8 andar - Centro - Florianópolis - SC
88015-530 - Tels: (048) 3221 2385 / 3224-0267 - Fax: (048) 3221-2029
e.mail: cosemssc@conasems.org.br

COSEMS - SE

Rua Maruim, 100 - Galeria Interprise Center - Aracajú - SE
49010-160 - Tels: (79) 3214 6277 / 3346 1960 - Fax: (079) 214 6277
e.mail: cosemsse@conasems.org.br

COSEMS - SP

Av. Dr. Arnaldo 351 - 2º andar - sala 205 - São Paulo - SP
01246-000 - Tels: (011) 3066-8259 / 8146 - Fax: (011) 3083-7225
e.mail: cosemssp@conasems.org.br

COSEMS - TO

Praça dos Girassóis - Esplanada das Secretarias S/N - Centro - Palmas - TO
69060-001 - Tels: (63) 3218 1782 - Fax: (63) 3218 1782
e.mail: cosemsto@conasems.org.br

