

SÉRIE SUS NO COTIDIANO · VOLUME 1

Manual para referencia técnica

Como organizar um serviço de controle, avaliação e regulação municipal

Gisélia Cristina Sena Pinheiro e Mariana Bertol Leal

Manual para referencia técnica
Como organizar um serviço de controle, avaliação e regulação municipal
Série SUS no Cotidiano - Volume 1

Publicação Cosems RJ - 2012

Autoras - Gisélia Cristina Senna Pinheiro e Mariana Bertol Leal
Organização - Marina Herriges e Rodrigo Oliveira

Projeto editorial - Marina Herriges - Tessela Comunicação e Design
Adaptação de linguagem e revisão - Marcelo Garcia
Diagramação - Marina Herriges - Tessela Comunicação e Design
Ilustrações - Latuff

Impressão - Walprint Gráfica e Editora
Tiragem - 1.000 exemplares

SÉRIE SUS NO COTIDIANO · VOLUME 1

Manual para referencia técnica

Como organizar um serviço de controle, avaliação e regulação municipal

Gisélia Cristina Sena Pinheiro e Mariana Bertol Leal

COSEMS RJ

Apresentação

Esta cartilha tem como objetivo apresentar e reforçar entre os gestores e os profissionais de saúde os princípios do Sistema Único de Saúde buscando ressaltar a importância da organização, avaliação e monitoramento de todos os seus processos. O serviço de atenção primária, o médico de família e a emergência do hospital são apenas portas de entrada de um sistema muito amplo e complexo que pretende promover um atendimento universal, integral e gratuito a todos os cidadãos brasileiros. Vamos mergulhar na história do SUS, entender seus princípios e diretrizes e recordar como eles se traduzem na prática para entendermos melhor quais papéis devem ser desempenhados em cada nível de gestão e pelas instituições, gestores e profissionais de saúde para garantir o funcionamento pleno do sistema de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada.

Para começar a entender o funcionamento do SUS, primeiro vamos conhecer a dona Maria, moradora do município de Lugar Nenhum, na região central de um estado da região nordeste do Brasil. Aos 50 anos, 25 deles dedicados ao magistério, dona Maria é professora do ensino fundamental de uma escola municipal e nunca teve problemas graves de saúde.

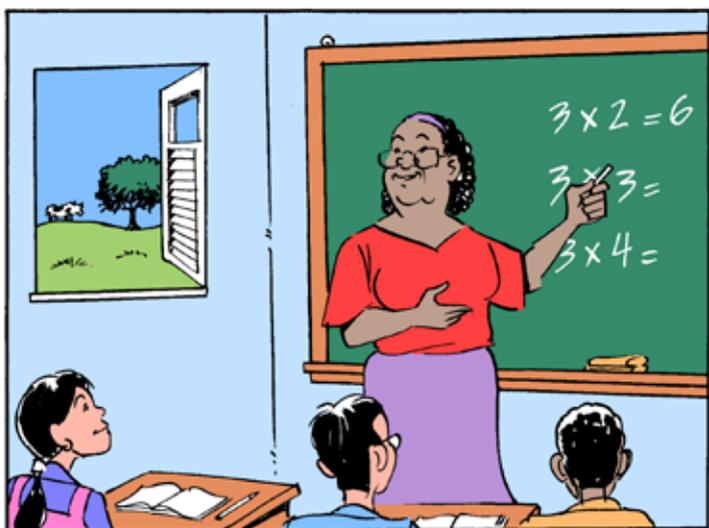
No dia primeiro do mês de outubro, Dona Maria começou a sentir uma dor na barriga. Acreditando tratar-se apenas de algo que havia comido e estava estragado, esperou. Mas a dor pouco se modificou e ela não teve nenhum outro sintoma intestinal, como imaginou. Os dias passaram e dona Maria seguiu sua vida, trabalhando, cuidando da família e fazendo até piada de seu incômodo, certa de que seria algo muscular ou apenas um “mau jeito”.

Cerca de dois meses depois, ela acordou com uma forte dor, enjoo e vômito. Resolveu pro-

curar a unidade básica de saúde e lá foi recebida pela equipe que diagnosticou o problema como um incômodo intestinal, receitou uma medicação para náusea e a liberou para que voltasse para casa. Durante dois dias, dona Maria seguiu as prescrições que recebeu mas sentiu apenas um alívio da sua dor. Decidida, resolveu voltar à unidade de saúde.

A história da dona Maria certamente não acaba aqui, mas o que será que vai acontecer com ela agora que, pela primeira vez, precisa recorrer ao Sistema Único de Saúde (SUS) para investigar e tratar um problema que pode ser grave?

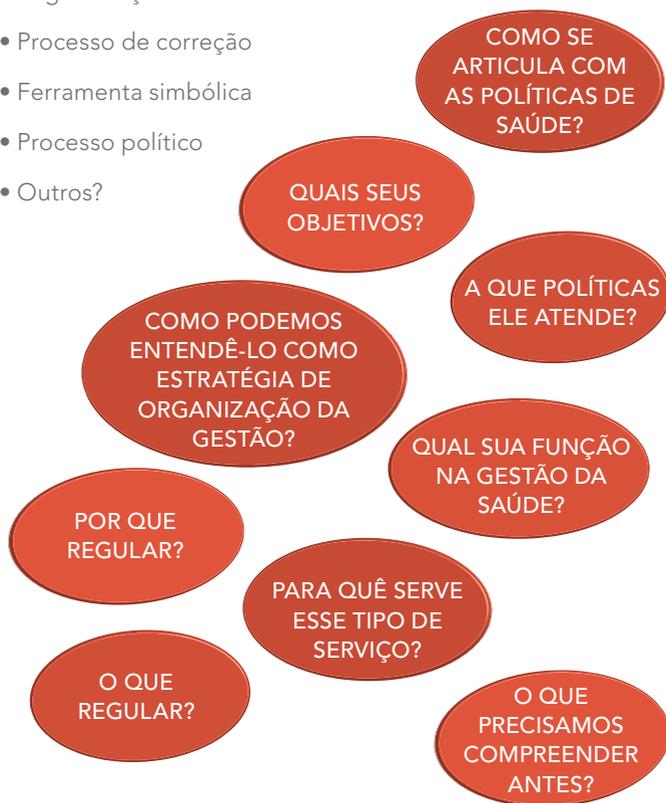
Para responder a essas perguntas, é fundamental entender o funcionamento do sistema de saúde brasileiro, seus processos organizacionais, instâncias de gestão e seu planejamento. O caso dessa nordestina arretada é muito parecido com o de muitos brasileiros e refletir sobre o SUS e as nossas políticas públicas é fundamental para garantir o nosso direito à saúde. Vamos começar nossa viagem?



Em grupo ou individualmente, para refletirmos um pouco mais, vamos fazer um exercício simples:

Como é organizado um serviço de controle, avaliação e regulação municipal? Quais os conceitos que envolvem o tema da regulação?

- Direcionamento de fluxo
- Regularização
- Processo de correção
- Ferramenta simbólica
- Processo político
- Outros?



Para entender de onde vem essa construção no SUS: um pouco da história!

O SUS no Brasil

Durante toda a década de 1980, o Brasil testemunhou o fortalecimento e a articulação do chamado Movimento Sanitarista, formado por gestores, docentes e profissionais da saúde que lutavam por uma nova forma de organizar a saúde no Brasil de forma integral e universal. O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma conquista social que começou a sair do papel na VIII Conferência Nacional de Saúde e se consolidou pela Constituição Federal de 1988. Nela, está garantido o direito à saúde como direito universal e fundamental do todo ser humano e como dever do Estado. O sistema baseia-se num conceito ampliado de saúde, que pressupõem a qualidade de vida como objeto do sistema de saúde, levando em consideração, ainda, as desigualdades sociais, étnico-raciais e culturais presentes na sociedade.

Os princípios do SUS

- Universalidade – para todos
- Integralidade – em todos os níveis de atenção
- Equidade – de forma equânime

As diretrizes do SUS

São responsáveis por apresentar os princípios organizativos do sistema e orientar seu funcionamento.

- **Hierarquização/ Regionalização:** serviços organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos em um território delimitado. O objetivo é corrigir desigualdades no acesso e fragmentação dos serviços de saúde, adotando fluxos de referência e a responsabilização dos municípios para garantir o acesso em todo território nacional e fortalecer a cooperação entre os gestores.

- **Participação social:** focada na efetivação da democracia, pretende estimular a inclusão de novos sujeitos sociais nos processos de gestão do SUS. Convida a população a participar da elaboração e da fiscalização das políticas desenvolvidas pela saúde pública local/nacional, de forma a englobar as peculiaridades das comunidades.

- **Descentralização:** refere-se ao processo de transferência de responsabilidades de gestão para estados e municípios, e que define atribuições específicas de cada esfera de governo.

Desde a década de 1990, o Brasil vem tentando viabilizar estes princípios e diretrizes com a organização da produção de serviços de saúde através da implementação de um modelo de atenção. Apesar dos avanços da descentralização, do controle social e de experiências positivas, o grande desafio é a obtenção de um modelo que favoreça a implementação dos princípios do SUS. Os modelos atuais são centrados na produção de cuidado, que apresenta a necessidade imperativa de um controle de oferta, a chamada regulação da oferta de serviços.

Regionalização nas diretrizes do SUS:

De acordo com o artigo 198 da Constituição Federal, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo, municipal, estadual e federal;
- Atendimento integral, para todos e em todos os níveis de complexidade, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- Participação da comunidade.

Descentralização

A partir da lógica da regionalização, ao organizarmos as regiões de saúde, precisamos avançar na descentralização do SUS para dar autonomia de gestão aos municípios e a esses arranjos regionalizados. Dessa forma, uma das características organizacionais mais importantes na formulação do SUS é seu caráter descentralizado. Entre as práticas relacionadas a esse conceito previstas no sistema, pode-se destacar:

Desconcentração: desloca responsabilidades administrativas e operacionais para outros níveis, sem redistribuição do poder;

Delegação: desloca responsabilidades gerenciais para a sociedade civil, com financiamento e regulação estatais;

Devolução: desloca poder decisório de uma organização a outra, que adquire autonomia política e administrativa;

Privatização: desloca recursos para a iniciativa privada, regidos sob o domínio do mercado.

Dimensões da descentralização

Política

autonomia de formular e proceder escolhas

Financeira

liberdade para alocação de recursos e critérios de aplicação

Administrativa

liberdade para a adoção de princípios e diretrizes para a organização da máquina administrativa

Não se engane: o SUS é único, mas diverso!

O conceito de unicidade do sistema de saúde não é sinônimo de uma forma única de organização em todo o território nacional. Cada região tem suas peculiaridades e é preciso levar em consideração as enormes desigualdades identificadas no país.

O SUS é único pois apresenta um conjunto de elementos comuns aos diversos modelos ou sistemas de saúde existentes ou que possam vir a existir. Esses elementos têm natureza doutrinária – a universalidade, a equidade e a integralidade – e organizacional - a descentralização, a regionalização e o controle social.



Fonte: Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei - NOB SUS 01/93

A operacionalização do SUS

Durante os mais de 20 anos de existência do SUS, foram criadas diversas normas para operacionalizar seus serviços. Ainda em 1990, a lei 8.080 já determinava que definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde passava a ser atribuição comum da União, Estados, Distrito Federal e municípios, com competências específicas quanto a regulação, controle, avaliação e auditoria – porém, o fez de maneira ainda genérica.

Com a instituição das Normas Operacionais Básicas (NOBs), das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) e do Pacto de Gestão foram conquistados os principais avanços na regulação e operacionalização do sistema.

A primeira delas, NOB91, estabeleceu o repasse de recursos do orçamento do INAMPS aos estados e municípios para custeio da atenção ambulatorial e hospitalar. A NOB seguinte, de 1992, discriminou que os municípios responderiam pelo controle e avaliação sobre os serviços assistenciais, cabendo aos estados controlar serviços periodicamente e controlar o “controle municipal”.

Com a terceira NOB, de 1993, foi instituída a transferência fundo a fundo, para os municípios habilitados em gestão semiplena. Em 1995, foi criado o Sistema Nacional de Auditoria-SNA, que compreendia as três esferas de gestão do SUS a partir da extinção do INAMPS, em 1993. Entre 1993 e 2000, a prática da maioria dos estados foi a de um controle contábil/financeiro focado no gasto do “teto” financeiro transferido pelo Ministério da Saúde.

A NOAS 2002 reforça as exigências sobre as ações de controle, avaliação e auditoria. A norma introduz o conceito de regulação ligado estritamente à regulação do acesso dos usuários aos

serviços de saúde. A partir dessa percepção, surgiu o esforço de caracterizar e qualificar conceito e processos de trabalho atrelados a regulação, como por exemplo a Portaria SAS nº 423/2002, que tinha por objetivo ratificar as diretrizes da política de “Controle, Avaliação e Regulação” e a Portaria SAS nº 729/2002, que elegeram indicadores com a função de orientar tanto a elaboração quanto avaliar a implementação de planos de Controle, Regulação e Avaliação de estados e municípios. Esta última foi reforçada com o Pacto de gestão em 2006, que define as diretrizes operacionais do SUS.

Pacto pela Saúde

Durante os mais de 20 anos de existência do SUS, foram criados diversos instrumentos para sua regulação. A partir das experiências obtidas com as Normas Operacionais Básicas (NOBs) e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), em 2006 foram adotados os Pactos pela Saúde – Pacto pela Vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de Gestão. O objetivo desse conjunto de pactuações é contribuir para a reavaliação do papel das instâncias gestoras do sistema, fortalecendo os espaços de pactuação regionalizados e auxiliando na definição das prioridades do SUS, no sentido de fortalecer a regionalização da atenção, a descentralização das ações e serviços e a qualificação do sistema de saúde.

Entre os principais ganhos trazidos pelos Pactos, pode-se destacar:

- Flexibilização da forma de habilitação dos estados e municípios (Termos de Compromisso de Gestão);
- Indução do processo de descentralização e regionalização;
- Diminuição do número de “caixinhas” de carimbos para o

repassa financeiro, com a criação de cinco blocos de financiamento: Atenção básica/primária, Atenção de média e alta complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS;

- Contratualização de todos os prestadores de serviços;
- Disponibilização de todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados sob regulação;

Pacto pela Vida:

Representa o compromisso entre os gestores do SUS para o fortalecimento das ações de atenção à saúde em torno de áreas identificadas como prioridades estratégicas para a saúde da população brasileira. O Pacto propõe uma agenda estratégica para adesão dos diferentes níveis gestores.

Pontos importantes

- Promoção da Saúde
- Atenção Básica
- Saúde do Idoso
- Influenza, dengue, tuberculose, malária
- Mortalidade infantil e materna
- Câncer de mama e colo do útero
- Saúde do trabalhador
- Saúde mental
- Reabilitação

Pacto de Gestão:

As propostas dos pactos estabelecem grandes diretrizes às esferas gestoras para implementação das políticas de saúde e propõem novos mecanismos e dispositivos de gestão, que pretendem superar a fragmentação causada ao longo da implantação do SUS.

Pontos importantes

- Descentralização
- Regionalização
- Financiamento
- Planejamento e PPI
- Regulação
- Participação Social
- Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
- Implantação dos Programas de Saúde Mental, CEO, SAMU, CEREST e outros estratégicos

Pacto em Defesa do SUS:

Pretende reafirmar o compromisso dos gestores com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira e com os princípios do SUS, desenvolvendo ações para qualificar e assegurar o SUS como política pública.

Pontos importantes

- Repolitização da saúde (Reforma Sanitária)
- Promoção da Cidadania (Direito à Saúde)
- Garantia do financiamento de acordo com as necessidades do sistema
- Carta dos Direitos dos Usuários
- Relação com os movimentos sociais
- Aprovação dos Orçamentos 2006
- Projeto de Lei Complementar 01/2003 e Regulamentação da Emenda Constitucional 29

O pressuposto da Regionalização

A regionalização é uma diretriz do SUS e um eixo estruturante do Pacto de Gestão. Por isso, deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. Os principais instrumentos de planejamento da Regionalização são o Plano Diretor da Regionaliza-



ção, o Plano Diretor de Investimentos e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção.

Plano Diretor de Regionalização (PDR)¹

Define as regiões de saúde e o recorte territorial de cada uma delas a partir do desenho assistencial existente, visando garantir a integralidade do cuidado em cada região e objetivando a garantia do acesso, da equidade e da integralidade da atenção, além da qualificação da descentralização e a otimização de recursos.

Plano Diretor de Investimentos

Aponta a necessidade de investimentos em cada região de saúde, de acordo com o PDR, visando garantir a integralidade do cuidado para toda população de abrangência da região recortada. Vai orientar os investimentos na qualificação e expansão da rede assistencial nas diversas regiões.

Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI)²

Define e quantifica as ações de saúde para a população residente em cada território, organizando a rede de serviços, dando transparência aos fluxos e determinando, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios, em consonância com o processo de regionalização e considerando as regiões interestaduais e as redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços.

¹Fonte: Diretrizes para a PPI da Assistência, MS, 2006

²Fonte: Diretrizes para a PPI da Assistência, MS, 2006

E a Regionalização no Rio de Janeiro?

A trajetória da regionalização no estado do Rio de Janeiro ganhou força no ano de 2007, com o Programa “Saúde na Área” e com a adesão do estado ao Pacto pela Saúde. Em 2009, foram realizados eventos como a Acolhida aos Secretários Municipais de Saúde, Oficinas de Regionalização e Seminários de Planejamento Regional, fundamentais para pactuar a configuração das regiões de saúde e criar os Colegiados de Gestão Regional.

Regulação da Regionalização

Em 28 de junho de 2011, foi assinado o Decreto Presidencial 7.508, que regulamenta a Lei no 8.080, de 1990, e aborda a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Em seu texto, o documento traz um conjunto de conceitos que auxiliam na implantação de desenhos assistenciais, tais como:



- **Região de Saúde** - espaço geográfico constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados. Sua criação tem como finalidade integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, servindo de referência para os processos organizativos do SUS, a conformação de suas ações e serviços, e para sua programação financeira, com a definição de limites, responsabilidades e critérios de acessibilidade. Deve conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde.

- **Mapa da Saúde** - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho avaliado a partir dos indicadores de saúde do sistema;

- **Rede de Atenção à Saúde** - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;

- **Portas de Entrada** - serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS;

Redefinindo a PPI

Quanto ao planejamento e gestão regionalizada, a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI) muda com o Decreto 7.508, passando a abranger o conjunto de ações e serviços de saúde e não somente a média e alta complexidade (de financiamento federal). No âmbito dessa nova proposta, ago-

ra a **Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde** deverá contemplar o conjunto da programação a partir da **Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde do SUS (Renases)** e comporá parte importante do **Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (Coap)**. Mais abrangente, terá papel estratégico no planejamento dos sistemas de saúde regionalizados e no gerenciamento do conjunto de fontes de financiamento do SUS, trazendo mais transparência à gestão dos recursos do sistema.

Acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, além de critérios de avaliação de desempenho e divisão de recursos financeiros.¹

Processo de gestão que identifica e prioriza os investimentos necessários da Rede de Atenção à Saúde. Define os quantitativos físicos e financeiros das ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos, no âmbito regional, além dos fluxos de referência para sua execução. Abrange as ações de assistência, promoção e vigilância em saúde e de assistência farmacêutica, constantes da RENAME e RENAME.

Segundo as diretrizes definidas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), instância de articulação e pactuação do SUS na esfera federal, a Renases tem por finalidade tornar públicas as ações e serviços de saúde que o SUS oferece à população. Os estados, o Distrito Federal e os municípios também podem adotar relações complementares de ações e serviços, que deverão ser submetidos à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde.

Impacto no PDR

Os Planos Estaduais de Saúde passam a incluir as questões do Plano Diretor de Regionalização (PDR), como a preocupação

¹Fonte: Decreto 7.508, publicado no DOU de 28 de junho de 2011

com o desenho das regiões de saúde, o investimento estadual e o desenho das redes de atenção à saúde. O mapa da saúde subsidiará a visualização do desenho das regiões de saúde e o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap) consolidará as responsabilidades dos estados e expressará os investimentos das três esferas de governo a serem aportados nos municípios que compõem as regiões de saúde.

O conjunto de novos dispositivos organizativos do SUS ainda está em elaboração. Repensar a regionalização, a programação e a organização das redes para fortalecer o SUS é o convite que o Ministério da Saúde, o **CONASS** e **CONASEMS** fazem aos gestores da saúde!

Quais os maiores desafios da regionalização?

O maior deles é fazer com que os princípios e diretrizes do SUS sejam efetivados em todos os seus âmbitos, de forma a garantir acesso e acolhimento de qualidade, em tempo adequado, a todas as necessidades de saúde dos cidadãos, de forma integral e em todos os níveis de complexidade.

Para isso, é necessário definir o desenho das redes, formalizar os pactos entre os gestores para definição de responsabilida-

Entidade de direito privado, sem fins lucrativos, criada em 1982, que congrega os Secretários de Estado da Saúde e seus substitutos legais, enquanto gestores oficiais das Secretarias de Estado da Saúde (SES) dos estados e Distrito Federal.

Associação civil de direito privado, sem fins lucrativos, que congrega as secretarias municipais de saúde ou órgão equivalente e seus respectivos secretários para atuarem em prol do desenvolvimento da saúde pública, da universalidade e da igualdade do acesso, promovendo ações conjuntas que fortaleçam a descentralização política, administrativa e financeira do SUS.

des e compromissos e estabelecer um planejamento integrado que permita avançar na descentralização e regionalização, com a construção do Mapa da Saúde e a aproximação do sistema das necessidades de cada recorte de região de saúde.

Também é preciso avançar no monitoramento e avaliação contínuo e permanente da qualidade do acesso e da atenção, conforme já está previsto no Programa de Avaliação para Qualificação do SUS, através de iniciativas como o estabelecimento e pactuação do índice de desempenho do SUS e do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Não menos importante, é preciso superar os processos institucionalizados para garantir a integralidade e promover a vida na perspectiva de avançar radicalmente no processo de organização do SUS conforme idealizado pela nossa constituição, ou seja, tornar real o que já está escrito no papel.



Para pensar:

- Como repensar as formas de organização do sistema de saúde para avançar diante desses desafios?
- Quais os mecanismos necessários para garantia de acesso e cuidado integral?

Para enfrentar estes desafios, 3 passos básicos:

- Resignificação do financiamento em saúde
 - Produção de novos espaços colegiados para deliberações,
 - Criação de instrumentos e ferramentas que apoiem a organização e a regulação do SUS

Saúde em rede: a lógica do cuidado

A lógica do cuidado é um modo de organizar e gerir os serviços de saúde de forma que seja garantido ao usuário o cuidado integral, de maneira responsável e oportuna, ao longo de todo o percurso dele nos pontos de atenção (serviços de saúde) em uma rede regionalizada. Baseia-se em linhas de cuidado, formas de articulação de recursos e práticas, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta as suas necessidades.

Para isso, são necessárias a pactuação, a conectividade de papéis e de tarefas e a co-responsabilização dos diferentes pontos de atenção e profissionais envolvidos, além da garantia dos recursos materiais e humanos necessários; de processos de educação permanente e de gestão de compromissos pactuados e de resultados. A implantação das linhas de cuidado deve ser feita a partir das unidades de atenção básica, responsáveis pela organização e coordenação do processo de cuidado nas redes de atenção à saúde.

Mas como implementar as Linhas de Cuidado?



A Portaria 4.279

Publicada em 30 de dezembro de 2010, a Portaria 4.279 estabelece diretrizes para a organização de Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Apesar de reconhecer que não existe um modelo único de organização, apresenta um conjunto de atributos fundamentais para seu funcionamento, que inclui:

- População e território definidos, com amplo conhecimento de suas necessidades, para determinar a oferta de serviços de saúde;
- Variedade de estabelecimentos de saúde que prestem serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos e reabilitação e cuidados paliativos, integrando os programas focalizados em doenças e populações específicas aos serviços de saúde individual e coletiva;
- Atenção Primária em Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde;
- Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por toda a cadeia de atenção;
- Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população;
- Sistema de governança único para toda a região de saúde, com missão, visão e estratégias compartilhada pelas organizações que a compõem; com objetivos de metas de curto, médio e longo prazo definidos e capacidade de gestão para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações;
- Participação social ampla;
- Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;

- Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede;
- Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes;
- Financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede;
- Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde; e
- Gestão baseada em resultado.



Para pensar:

Ou seja, é preciso reorganizar o sistema para poder avançar e fortalecer o SUS? Como?

Regulação da Saúde



Regulação de Sistemas de Saúde - Regulação de sujeitos sociais sobre outros sujeitos sociais, que tem como objeto a produção de bens e serviços no setor da saúde. Engloba a ação do Gestor federal sobre os sistemas estaduais, municipais, produtores de bens e serviços de saúde e sistemas privados vinculados à saúde suplementar; do Gestor estadual sobre sistemas municipais e produtores de bens e serviços; do Gestor municipal sobre produtores de bens e serviços, além da autorregulação de cada esfera de gestão.

Entre suas ações, pode-se destacar:

- Controle sobre os sistemas
- Avaliação dos sistemas
- Auditoria
- Ouvidoria
- Controle social
- Vigilância sanitária
- Ações integradas
- Regulação da saúde suplementar

Regulação da Atenção à Saúde - Tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde. Envolve a contratação de prestadores de serviço de saúde pelos gestores, a regulação assistencial, a auditoria assistencial e as regulamentações da vigilância epidemiológica e sanitária, além da avaliação da atenção à saúde (qualidade, humanização, resolutividade e satisfação) e do controle assistencial, que engloba a programação orçamentária (FPO), o monitoramento e fiscalização hospitalar e ambulatorial e a autorização de internações e de procedimentos de alta complexidade.

Regulação Assistencial - É o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários e o acesso aos serviços de saúde. Ou seja, trata da disponibilização da alternativa assistencial adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada e qualificada, dentro dos sistemas reguladores de urgências, consultas, leitos e outras demandas. Como um observatório do sistema de saúde, visa integrar seus serviços e qualificar a assistência, de forma a atender plenamente seus usuários.

Diretrizes para Política de Regulação da Atenção à Saúde

- Articular e integrar as ações de contratação, controle, regulação e avaliação da atenção

- Integrar a regulação dos sistemas e da atenção à saúde com as demais ações de gestão, como planejamento e financiamento

- Implementar os contratos como pactos entre gestores e prestadores

- Promover a articulação com as demais políticas de saúde para garantir a integralidade

Complexos Reguladores

A instituição dos Complexos Reguladores é a principal estratégia para garantir a implementação das diretrizes da política de Regulação da Atenção à Saúde. Os complexos Reguladores permitem aos gestores articular e integrar dispositivos como Centrais

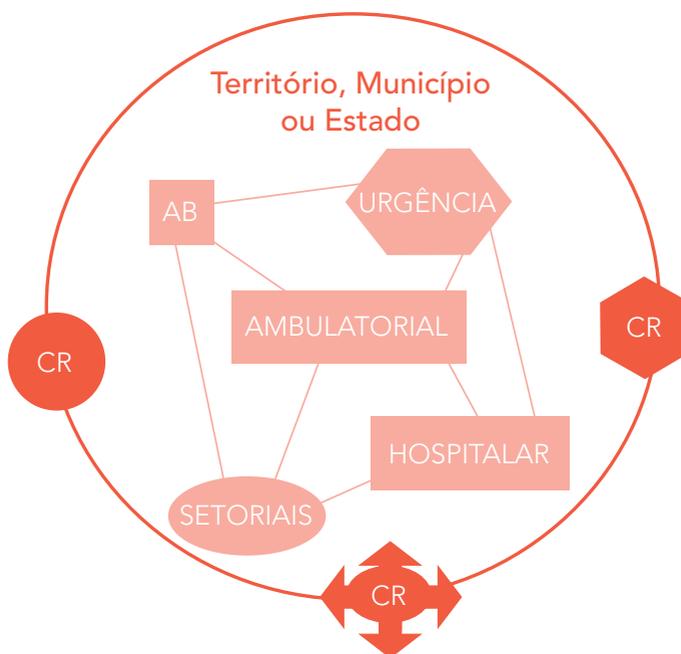
de Consultas e Exames, Centrais de Internação e Protocolos Assistenciais com outras ações da regulação da atenção à saúde, como contratação, controle assistencial e avaliação, assim como com outras funções da gestão, como programação e regionalização. Sua função é articular os vários pontos de atenção do SUS a partir da necessidade de cuidado dos usuários, potencializando o funcionamento das redes de forma regionalizada e com critérios técnicos para o acesso.

Para efetivar a regulação do acesso: os desafios dos complexos reguladores

- Regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências
 - Controle e regulação dos leitos clínicos e cirúrgicos, das agendas de consultas especializadas e dos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento (SADTs) informados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)
 - Padronização das solicitações de internações, consultas, exames e terapias especializadas por meio dos protocolos assistenciais
 - Estabelecimento de mecanismos de referência entre as unidades segundo fluxos e protocolos padronizados, a partir da integração entre as ações de solicitação e de autorização
 - Organização dos fluxos de referência especializada intermunicipal por meio da conformação da rede hierarquizada e regionalizada e da Programação Pactuada e Integrada (PPI), articulados pelo Tratamento Fora do Domicílio (TFD)
 - Controle e monitoramento da utilização dos níveis de complexidade, partindo dos protocolos e fluxos padronizados e consensuais

As Centrais de Regulação

São estruturas que compreendem toda a ação-meio do processo regulatório - recebem solicitações de atendimento, avaliam, processam e agendam, garantindo o atendimento de forma integral, ágil e qualificada, a partir da capacidade instalada nas unidades. Além disso, são responsáveis por identificar demandas e necessidades, atualizar informações nos sistemas de informação, avaliar a PPI, ordenar a utilização dos recursos e serviços, fundamentar atividades de gestão, controle, avaliação e auditoria etc



Instrumentos de regulação

Os principais instrumentos de regulação são os protocolos clínicos ou diretrizes clínicas, recomendações que orientam sobre cuidados clínicos específicos, decisões assistenciais, de prevenção e de promoção da saúde e sobre condições de saúde de relevância sanitária. Elaboradas a partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença, têm como foco a integralidade, incorporando as melhores evidências da clínica, da saúde coletiva e da gestão.

Assistência e Acesso

As diretrizes desdobram-se em Guias de Prática Clínica/Protocolos Assistenciais e Protocolos de Regulação do Acesso. Os primeiros orientam as Linhas de Cuidado e viabilizam a comunicação entre os serviços e a programação de ações e recursos. Os Protocolos de Regulação do Acesso orientam a utilização racional das tecnologias e o ordenamento dos fluxos de encaminhamentos entre os níveis de complexidade.

Contratualização

A estratégia da contratualização é fundamental para reforçar o princípio da regulação e, conseqüentemente, melhorar a qualidade dos serviços de saúde e dar mais transparência e garantia de acesso aos usuários. Representa o processo de pactuação entre gestores e prestadores de serviços que se dá para além do ato da contratação pois pressupõem acordos e pactos que auxiliam na definição do perfil assistencial e no papel de cada serviço na rede, considerada a realidade de saúde de cada local.

A contratualização pressupõem necessidades locorregionais e a programação da PPI, verificando a capacidade instalada pelo CNES e estabelecendo um controle e avaliação a partir de cada contrato.

Para o sucesso da estratégia, são fundamentais a formulação de metas a serem cumpridas pelas partes, a legitimação da transferência de recursos públicos à iniciativa privada, o estabelecimento de mecanismos de subordinação do processo às diretrizes das políticas públicas e a utilização dos contratos como instrumentos de regulação e de avaliação dos resultados na prestação de serviços.

A contratualização e o COAP

Para entender a organização do SUS, é fundamental avaliar como a contratualização está inserida no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP). Nesse sentido, vale resgatar a resolução 02/2011 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 29 de setembro de 2011, que define três formas de avaliar os pactos interfederativos:

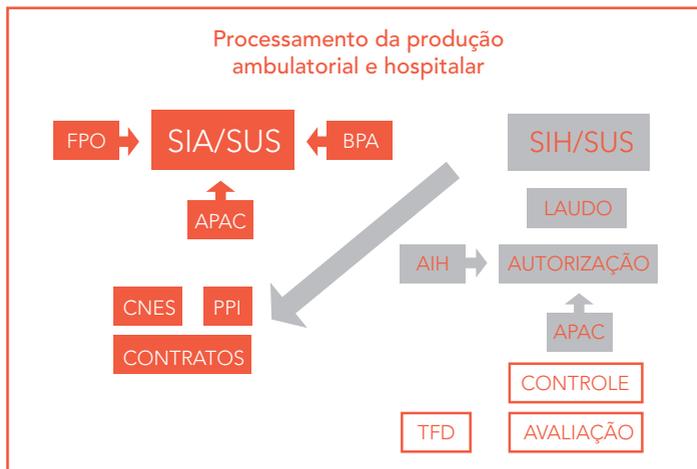
- O Indicador Nacional de Garantia de Acesso deverá estar disposto nos objetivos e metas do COAP e será componente prioritário do monitoramento e avaliação de desempenho.
- Cabe ao Sistema Nacional de Auditoria, em cada esfera de governo, fiscalizar a execução do COAP.
- A avaliação da execução do COAP será realizada por meio do relatório de gestão anual, elaborado pelos entes federativos signatários.

Nesse contexto, ganham importância o acompanhamento, monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde, contemplados pelo Índice de Desempenho do SUS e contidos em cada COAP, assim como o monitoramento do desempenho dos serviços a partir dos sistemas de informação do SUS e considerando a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde, que integra o COAP.

Já ficou claro que a capacidade de monitorar e avaliar o sistema de saúde é fundamental para seu funcionamento. Mas o que compõe o Controle e Avaliação em Saúde?

- Cadastramento dos profissionais de saúde e dos usuários (Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde)
 - Credenciamento, monitoramento e fiscalização dos estabelecimentos
 - Programação orçamentária por estabelecimento, em nível ambulatorial (Ficha de Programação Orçamentária)
 - Autorização das internações e dos procedimentos especializados e de alta complexidade (Autorização para Procedimento de Alta Complexidade)
 - Monitoramento e fiscalização dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio de ações de supervisão hospitalar e ambulatorial
 - Monitoramento e revisão das faturas de cada estabelecimento
 - Processamento das informações que viabilizem o pagamento dos serviços prestados
 - Controle da regularidade dos pagamentos efetuados aos estabelecimentos de saúde
 - Processamento da produção Ambulatorial e Hospitalar (SIA/SUS)

O monitoramento das ações e serviços de saúde deve ser realizado de forma sistemática e contínua, com base nos dados fornecidos pelo Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e pelo Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).



No entanto, para que o processamento e o monitoramento sejam adequados e funcionem como estratégias de controle, é essencial que o trabalhador desta área desenvolva a qualificação do seu olhar para identificar possíveis distorções nos dados observados, e para isso, é fundamental a existência e o fortalecimento de algumas ferramentas, tais como:



Ferramentas para o monitoramento da produção ambulatorial e hospitalar:

- Relatório de Acompanhamento da FPO
- Relatório Síntese da Produção Ambulatorial
- Relatório Síntese da Produção da APAC
- Relatório Demonstrativo de AIHs pagas no processamento
- Relação de AIHs pagas
- Relatório de Procedimentos Especiais

Os sistemas de informação utilizados pelo SUS permitem gerar uma série de relatórios, cuja análise pode ser útil para o aprimoramento do SUS. Entre eles, merecem destaque:

- **Relatório de Acompanhamento da Programação Físico-Orçamentária** - permite analisar os resultados por unidade, por secretaria, por município, por regiões de saúde e por gestores/rubrica (FAEC, por exemplo). Também é possível, em cada um desses relatórios, especificar por procedimento, grupo e sub-grupo, mantendo históricos de seis meses. É possível analisar a programação realizada, apresentada, aprovada e o percentual das mesmas.

- **Relatório Síntese da Produção Ambulatorial** - Pode ser emitido por unidade, todas as unidades e regiões de saúde, sendo possível ver a apresentação de até três meses anteriores no mesmo relatório, mostrando as críticas de aprovado ou não aprovado como, por exemplo, profissional não cadastrado etc.

- **Relatório Síntese da Produção da APAC** - Permite o acompanhamento dos procedimentos realizados, identificando o usu-

ário em Oncologia, Terapia Renal Substitutiva (TRS) e outros procedimentos cobrados através da APAC.

- **Relatório Demonstrativo de AIHs pagas** - Relatório individualizado por hospital, que reflete todos os serviços prestados e pagos por meio da AIH. Seus dados permitem identificar a pertinência da frequência dos procedimentos quanto ao porte do hospital e as condições técnico-operacionais da unidade.

- **Relação de AIH Pagas (RD)** - São arquivos abertos em planilha eletrônica onde todos os campos da AIH são disponibilizados, com exceção do nome do paciente.

- **Relatório de Procedimentos Especiais – PE** - é um relatório idêntico ao anterior, onde estão descritos os arquivos do tipo Procedimentos Especiais (PE).

- **Outros Mecanismos de Controle:**



Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde

O que considerar?



A partir da análise das informações fornecidas pelos diversos sistemas de avaliação e monitoramento do sistema, será possível:

- identificar distorções que alertam para a necessidade de auditorias;
- melhorar critérios para a contratação;
- redefinir protocolos para a regulação do acesso aos serviços;
- reajustar a programação físico-orçamentária;
- avaliar e replanejar;
- acompanhar os gastos e a qualidade dos serviços prestados;
- realocar os recursos por nível de atenção e programas prioritários;
- reorganizar a rede para a repactuação da PPI;
- acompanhar a produção dos estabelecimentos de saúde.

Desafios do SUS

Apesar do aprimoramento constante do sistema e das novas estratégias de pactuação e de organização das ações de saúde que vêm sendo implementadas, o SUS faz parte de um processo ainda em construção. Para sua plena implementação e para a verificação, na prática, de seus princípios e diretrizes, o SUS precisa ainda superar uma série de desafios.



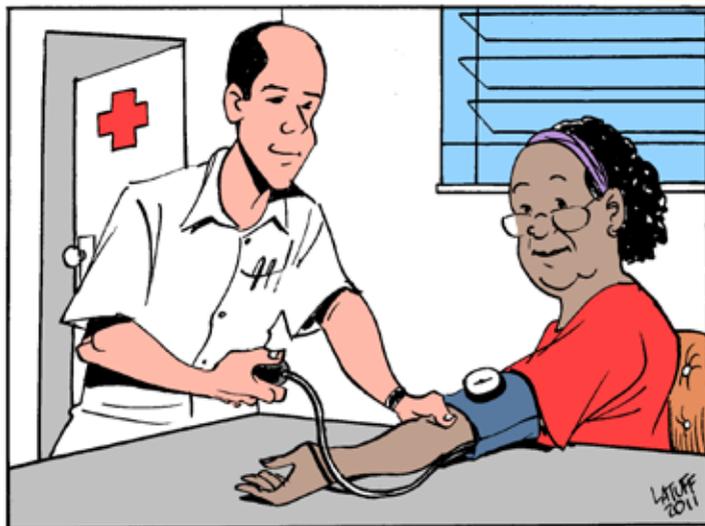
Para pensar: Alguns dos maiores desafios do SUS

- Vontade política e clareza sobre a proposta
- Infraestrutura e estrutura administrativa e de gestão
- Mudança na lógica da organização da(s) rede(s) – pactuação e articulação
- Novos pactos entre gestores e prestadores (COAP)
- Qualificação Técnica e profissional
- Sistemas de informação convergentes e adequados (Cartão SUS e Mapa de Saúde)
- Programação adequada – garantia de recursos, estabelecimento de fluxos, regulação, controle e avaliação – Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde)
- Apoio da SES e do Ministério da Saúde, em articulação com COSEMS, CONASEMS e CONASS

De volta ao caso da Dona Maria

Vocês lembram do caso da dona Maria? A professora da escola pública de 50 anos, que foi a unidade básica de saúde após dois meses sentindo uma dor forte no estômago? A medicação prescrita na unidade básica não funcionou e ela decidiu voltar a unidade. É nesse momento que ela terá que percorrer as engrenagens do SUS no seu município para ser diagnosticada e tratada a tempo, caso tenha algum problema grave.

Depois de ler sobre as diretrizes, formas de organização e de controle do SUS, vamos conhecer um pouco mais sobre o município de Lugar Nenhum. Localizado no nordeste do Brasil, tem cerca de 40 mil habitantes e uma infraestrutura considerada boa pela população, com acesso ao ensino fundamental na rede pública em duas escolas municipais, uma na zona urbana e outra na zona rural.



A rede de serviços de saúde, que apresenta cobertura de 100% da população pelo Programa de Saúde da Família, ainda tem um pequeno hospital de 20 leitos, onde são realizados procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade e procedimentos ambulatoriais – como exames de laboratório, raios X e ultrassonografias. Lugar Nenhum também conta com um pequeno pronto atendimento no hospital, que mantém apenas um médico clínico e um ambulatório, onde outro médico clínico dá plantão dois dias na semana e um cardiologista, um psiquiatra e um pediatra se revezam no atendimento nos outros três dias. A região não possui CAPS e CEO próprio. Quando necessita destes atendimentos, tenta encaminhar para um município que está situado há 100km de distância.

Quando os habitantes de Lugar Nenhum precisam de atendimento de média e alta complexidade, são enviados para o município de referência para a maioria desses procedimentos, localizado a 230Km de distância. Para poder marcar exames, consultas e procedimentos cirúrgicos, contam com um carro e uma ambulância que fazem o transporte dos usuários duas vezes por semana, mas não há nenhum processo formal de referenciamento e encaminhamento – um técnico da secretaria municipal de saúde do município vai, uma vez por semana, até os serviços de saúde de referência e tenta marcar o atendimento aos usuários. A partir do que foi agendado e marcado, o transporte é organizado. Contudo, nem sempre existe vaga para marcação e, se os casos são graves, o transporte leva os usuários para a emergência do Hospital Geral do Estado, que atende qualquer especialidade.

Essa situação dificulta o acesso a todos os serviços para população e gera descontentamento. No entanto, dificilmente será superada caso não haja um movimento regionalizado de organização das redes de serviços de saúde. O que será que ocorreu com dona Maria? Qual foi o desfecho dessa história que é parecida com tantas outras de outros brasileiros?



Para Pensar: Agora que você já conhece os ideais do SUS, entendeu detalhes de seu funcionamento e conhece a situação de Lugar Nenhum, que tal parar durante algum tempo para avaliar estas perguntas reflexivas:

- O que o caso da Dona Maria nos faz pensar?
- Como você acha que foi o desfecho desse caso?
- Que questões estão por trás desse desdobramento do caso?
 - Por que Dona Maria vivenciou tudo isso?
 - O que você acha que poderia ter sido diferente?
 - Como o SUS pode se organizar, a partir dos conteúdos desse documento, para que Dona Maria tenha seu direito à saúde garantido?

Referências

- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender o SUS. Brasília: CONASS, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para implantação de Complexos Reguladores. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011: regulamentação da Lei 8.080/90. 1 ed. 1. Reimpr – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL, Casa Civil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/legislacao.php?esc=4>
- BRASIL, Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS - SUS 01/2001. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/legislacao.php?esc=4>
- BRASIL, Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS - SUS 01/2002. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/legislacao.php?esc=4>
- BRASIL, Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/91. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/legislacao.php?esc=4>
- BRASIL, Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/93. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/legislacao.php?esc=4>
- BRASIL, Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica - NOB 01/96. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/legislacao.php?esc=4>
- BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria no 423 de 09 de Julho de 2002. Disponível em: www.saude.am.gov.br/docs/Portaria_423_2002.pdf

Diretoria 2011-2013

Presidente

Maria Juraci Andrade Dutra (Rio Bonito)

Vice-presidente

Suely Das Graças Alves Pinto (Volta Redonda)

Secretário Geral

Fábio Volnei Stasiaki (Japeri)

Tesoureira

Maria Da Conceição De Souza Rocha (Piraí)

Secretário Extraordinário de Acompanhamento dos Programas de Saúde

Luiz Alberto Barbosa (Três Rios)

Secretário Extraordinário de Regionalização

Armando de Nijs (Casimiro de Abreu)

Secretário Extraordinário de Redes de Serviços de Saúde

Hans Fernando Rocha Dohmann (Rio de Janeiro)

Secretário Extraordinário de Planejamento

Edilson Santos (Tanguá)

Secretário Extraordinário de Apoio à Gestão

Mário Jorge Assaf (Cachoeiras de Macacu)

Vices Presidentes Regionais – Titulares e Suplentes

Noroeste

(T) Edson Gomes Vieira (São José de Ubá)

(S) Lucinea Nogueira Neves (Cardoso Moreira)

Norte

(T) Paulo Roberto Hirano (Campos dos Goyacazes)

(S) Alexei Pinheiro Lisboa (Conceição de Macabu)

Serrana

(T) Aparecida Barbosa da Silva (Petrópolis)

(S)

Baixada Litorânea

(T) Ângelo Monaco (Arraial do Cabo)

(S) Fernando Daniel da Silva Lima (Araruama)

Metropolitana II

(T) Carlos Alberto Carpi (Maricá)

(S) Genilson do Nascimento Boechat (Silva Jardim)

Metropolitana I

(T) Gustavo Rodrigues (Belford Roxo)

(S) Carlos Henrique Reis (Nova Iguaçu)

Centro Sul

(T) Emilson Geraldo de Oliveira (Paraíba do Sul)

(S) Adriano Seixas Vasconcellos (Comendador Levy Gasparian)

Médio Paraíba

(T) Wilton Neri (Barra Mansa)

(S) Ednardo Barbosa Oliveira (Pinheiral)

Baía da Ilha Grande

(T) Maricelma Datore (Angra dos Reis)

(S) Sergio Rabinovici (Mangaratiba)

Conselho Fiscal

Ismael Lopes De Oliveira (Queimados)

Roberto Barroso Pilar (Cabo Frio)

Alexandre Rocha da Silva (Quatis)

Corpo Técnico

Secretária Executiva

Mirian Freitas Minnemann

Secretário Executivo Interino

Rodrigo Oliveira

Assessoria Jurídica

Antonio Julio Dias Junior

Mauro Lúcio da Silva

Assessoria Técnica

Dilian Hill

Assessoria Financeira

Lilian Farias

Assessoria Administrativa

Rosângela Quaresma

Assessoria Técnica por Área

Marcela Caldas (Atenção Básica)

Manoel Roberto da Cruz Santos (Assistência Farmacêutica)

Assessoria de Comunicação

Renata Fontoura

Design e Fotografia

Marina Herriges

Realização

COSEMS RJ

Apoio



Ministério da
Saúde

