CONASEMS/COSEMS-RJ/LAPPIS/IMS/UERJ

MANUAL DO (A) GESTOR (A) MUNICIPAL DO SUS

"DIÁLOGOS NO COTIDIANO"

1ª EDIÇÃO

CEPESC
EDITORA

CONASEMS
COSEMS-RJ
LAPPIS/IMS/UERJ

MANUAL DO (A) GESTOR (A) MUNICIPAL DO SUS

"DIÁLOGOS NO COTIDIANO"

1ª EDIÇÃO

RIO DE JANEIRO
CEPESC
2016

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Reitor: Ruy Garcia Marques
Vice-Reitora: Maria Georgina Muniz Washington

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL
Diretora: Gulnar Azevedo e Silva
Vice-diretor: Rossano Cabral Lima

LABORATÓRIO DE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE
Coordenadora: Roseni Pinheiro

CENTRO DE PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA
Presidente: Cid Manso de Mello Vianna

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE
Presidente: Mauro Guimarães Junqueira
Vice-Presidentes: Afonso Emerick Dutra e Iolete Soares de Arruda

CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Presidente: Maria da Conceição de Souza Rocha
Primeiro Vice-Presidente: Ana Cristina de Carvalho Miranda Guerrieri
Segundo Vice-Presidente: Camillo Léllis Junqueira

Conselho Editorial
UERJ
Ana Maria Auler Matheus Peres
Roseni Pinheiro
COSEMS RJ
Marcela de Souza Caldas
Maria da Conceição de Souza Rocha
Marta Gama de Magalhães
Rodrigo Alves Torres Oliveira
Irene Lopes Vieira Alves da Cunha Oliveira
CONASEMS
Nilo Bretas Júnior
Luiz Filipe Barcelos

CEPESC Editora
Editora do Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Coletiva
Rua São Francisco Xavier, 524 – 7º andar
Maracanã - Rio de Janeiro – RJ – CEP 20550-013
Telefone: (xx-21) 2334-0235 ramais 108 e 152
URL: www.lappis.org.br / www.ims.uerj.br/cepesc -Endereço eletrônico: lappis.sus@ims.uerj.br

CEPESC Editora é sócia efetiva do Sindicato Nacional dos Editores de Livros (SNEL) e filiada à Associação Brasileira das Editoras Universitárias(ABEU).

© 2016 dos Organizadores CONASEMS-COSEMS-RJ-LAPPIS/IMS/UERJ. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é de responsabilidade da área técnica. A coleção institucional do CONASEMS pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs e na Biblioteca Virtual Integralidade: http://www.bvsintegralidade.icict.fiocruz.br/

MANUAL DO (A) GESTOR (A) MUNICIPAL DO SUS - DIÁLOGOS NO COTIDIANO

TIRAGEM: 1.ª EDIÇÃO - 2016
10.000 EXEMPLARES | 324 P.

DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES
CONASEMS
Esplanada dos ministerios,
Bloco G, Anexo B, Sala 144
Zona Cívico-Administrativo
Brasília - DF. CEP: 70058-900 (61) 3223-0155

SUPERVISÃO GERAL
Maria da Conceição de Souza Rocha
Mauro Guimarães Junqueira
Roseni Pinheiro

COORDENAÇÃO GERAL
Ana Maria Auler Matheus Peres
Nilo Bretas Junior
Marta Gama de Magalhães
Marcela de Souza Caldas
Rodrigo Alves Torres Oliveira
Antônio Luiz Pinho Ribeiro Carisi
Anne Polanczyk Carlos Armando Lopes do Nascimento
José Luiz Dos Santos Nogueira Rosa Sampaio Vila Nova de Carvalho

REVISÃO TÉCNICA
Ana Maria Auler Matheus Peres
Irene Lopes Vieira Alves da Cunha Oliveira
Maria da Conceição de Souza Rocha
Marta Gama Magalhães
Marcela de Souza Caldas
Nilo Bretas Junior
Rodrigo Alves Torres Oliveira
Roseni Pinheiro

ORGANIZAÇÃO
Ana Maria Auler Matheus Peres
Irene Lopes Vieira da Cunha Oliveira

REVISÃO DE TEXTO
Tamires Marinho

PROJETO GRÁFICO E ILUSTRAÇÃO
Grande Circular

AUTORES/COLABORADORES

Alessandro Aldrin Pinheiro Chagas
Ana Maria Auler Matheus Peres
Adriana Miranda de Castro
Ana Cristina Lima Pimentel
Ana Lídia Miranda
Andréia Passamani Barbosa Corteletti
Blenda Leite
Camilla Maia Franco
Carlos Alberto Moutinho Saldanha de Vasconcellos
Cirineia Braga Piano Estolano
Charles Cezar Tocantins de Souza
Cristiane Martins Pantaleão
Cristina Sette
Daniel Resende Faleiros
Denise Reinehart
Elton Chaves
Fernanda Vargas Terrazas
Fernando do Nascimento Virissimo
Gilberto Fonte Boa da Silva
Gustavo Machado Felinto
Gustavo Nunes de Oliveira
Heloisa Helena Santos Teixeira
Hisham Mohamad Hamida
José Fernando Casquel Monti
Karine Costa Dividório Farias
Manoel Roberto da Cruz Santos
Marcela de Souza Caldas
Maria da Conceição de Souza Rocha
Maria Da Penha Marques Sapata
Marina Martins Sidinéia
Marta Gama de Magalhães
Mariana Bertol Leal
Mauro Lucio da Silva
Rodrigo Lages Dias
Rodrigo Alves Torres Oliveira
Romário Gabriel
Rosangela Treichel Saenz Surita
Simone Morais Pereira
Waleska Antunes

INDEXAÇÃO NA BASE DE DADOS LILACS
CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

M294

Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS:
"Diálogos no Cotidiano" / CONASEMS
COSEMS-RJ, LAPPIS/IMS/UERJ – Rio de Janeiro : CEPESC/IMS/UERJ, 2016.
324p

ISBN 978-85-9536-000-6

1. Sistema Único de Saúde. 2. Gestão em Saúde. 3. Saúde Pública. 4. Administração Municipal. 5. Política de Saúde. I. CONASEMS. II. COSEMS-RJ. III. Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde. IV. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social.

CDU 614.2 :352

IMPRESSO NO BRASIL

Sumário

8	Apresentação
10	Introdução
28	Ser Gestor (a) Municipal do SUS
38	**PARTE I - GESTÃO MUNICIPAL DO SUS**
38	Capítulo 1 Planejando o SUS no Município
64	Capítulo 2 Conselho Municipal de Saúde e a Participação da Comunidade
74	Capítulo 3 Financiamento e Fundo Municipal de Saúde
108	Capítulo 4 Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
122	Capítulo 5 Gestão da Assistência Farmacêutica no Município
152	Capítulo 6 Administração pública e a judicialização da saúde no Município

182 **PARTE II - ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIAS NO MUNICÍPIO**

182 Capítulo 7 Organizando a Atenção Básica no território

202 Capítulo 8 Vigilância em Saúde no Município

224 Capítulo 9 Articulação das ações de Promoção da Saúde no território

240 **PARTE III - REDES REGIONALIZADAS DE ATENÇÃO À SAUDE**

240 Capítulo 10 Construindo a Rede de Atenção à Saúde

260 Capítulo 11 Organização do Cuidado no Território

300 Capítulo 12 Estruturando a Regulação do SUS no Município

320 Siglário

Apresentação

No início de 2016 em uma conversa sobre a necessidade do CONASEMS articulado em rede com os COSEMS, desenvolver ações de apoio para fortalecer a gestão municipal, nasceu a proposta de editar em conjunto com o COSEMS RJ um manual para o acolhimento ao (a) gestor (a) municipal de saúde em 2017. A experiência anterior do COSEMS RJ em editar Manual do (a) Gestor (a), última versão em 2007, com a decisão da sua diretoria de realizar uma nova versão, ativou a iniciativa junto ao CONASEMS.

Não queríamos um livro bonito, que ficasse de enfeite nas prateleiras e bibliotecas, por isso um manual. Também tínhamos que garantir que espelhasse ao máximo a realidade nacional e não apenas um grupo de municípios ou uma única região do país. A personagem da Secretária Municipal que aparece no manual, por exemplo, foi composta utilizando o perfil do gestor municipal de saúde obtido em pesquisa que apoiamos. Enfim, queríamos um manual que ajudasse os gestores no dia a dia de suas secretarias municipais de saúde.

Foram meses de trabalho desde então. Definição de conteúdo, alinhamento dos temas e elaboração de textos pelos colaboradores, validação do texto por grupo de trabalho constituído por gestores, incluindo diretores do CONASEMS e do COSEMS RJ, retorno de texto aos colaboradores, reuniões e oficinas de trabalho do conselho editorial, finalização do texto com novo retorno aos validadores, revisão ortográfica e de estilo de redação, design gráfico, aprovação, impressão gráfica e envio aos COSEMS de todo o País para servir como guia aos novos gestores municipais de saúde.

Muito importante a parceria com o LAPPIS/IMS/UERJ, que garantiu o apoio e a orientação no processo de elaboração para que manual cumprisse nossas expectativas e pudesse ser uma ferramenta para o (a) novo (a) gestor (a) se apoiar, consultar quando precisar, socializar com sua equipe pedindo para verificarem as estratégias, responsabilidades, alertas e prazos. Apoio para o CONASEMS e COSEMS não é apenas cumprir responsabilidades que assumimos, mas descobrir juntos com os gestores formas de lidar com as questões concretas do SUS no município.

Esta versão do manual é um segundo produto da Rede CONASEMS COSEMS de integração e fortalecimento da gestão municipal na saúde, desenvolvida pela atual diretoria do CONASEMS. Realizamos uma experiência no fim da gestão que terminou em 31 de dezembro de 2016, no apoio ao encerramento da gestão, por meio de uma ferramenta com acesso pelos secretários Municipais de Saúde e seus assessores, desenvolvida em parceria com o COSEMS MG e a UNASUS.

O CONASEMS e os COSEMS historicamente sempre desenvolveram, atividades de apoio. Nos meios e formas possíveis e com a acumulação de cada momento, as entidades dos municípios na saúde nasceram com a finalidade de representar e apoiar a gestão municipal na saúde, até porque é nesse apoio que se constroem as propostas que defendemos por consenso nas instâncias de pactuação com os estados e com o MS. Na CIT, falamos da necessidade de fortalecer esse apoio através do CONASEMS desde o ano 2000. O CONASEMS realizou de 1999 a 2003, uma série de oficinas de trabalho junto com os COSEMS visando o fortalecimento da rede. No ano de 2005, desenvolvemos um projeto em parceria com o MS e OPAS e junto com os COSEMS um planejamento

de ações e melhor organização administrativa, jurídica, contábil e organizacional. Dessa experiência, em alguns estados deu frutos. Vários desenvolveram a atividade do apoio regional e aos municípios de diversas maneiras.

Estamos preparando um conjunto de iniciativas visando fortalecer a rede e conseguir viabilizar informação qualificada e comunicação ágil aos Secretários Municipais de Saúde. Uma versão na web desse Manual dos Gestores, com links de acesso a material de apoio será lançada em maio de 2017 no novo portal do CONASEMS, que vai para a Web agora no início de janeiro. Por meio do portal, queremos disponibilizar na Rede CONASEMS COSEMS de integração da gestão municipal de saúde, uma plataforma de comunicação e troca de experiências entre os gestores, que também conta com o acúmulo de experiência de alguns COSEMS. Isso se iniciará em maio de 2017 em conjunto com o projeto apoiadores regionais do CONASEMS, em desenvolvimento em parceria com o projeto PROADI SUS e o Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

Já temos articulado em conjunto com o COSEMS RJ e o LAPPIS/IMS/UERJ, a produção de vídeo-aulas e cartilhas sobre o conteúdo do Manual como forma de aprofundar temas relevantes para os municípios e ampliar o uso do Manual do (a) Gestor (a). E no Projeto PROADI vamos, no início desse ano de 2017, sistematizar todo esse acúmulo de experiência da REDE CONASEMS COSEMS. Também estamos desenvolvendo uma pesquisa em conjunto com a FIOCRUZ para atualizar e melhorar as informações sobre o perfil do Secretário Municipal de Saúde.

Voltando a esse Manual, os 12 capítulos organizados em 3 partes, abordam os temas principais que um (a) gestor (a) municipal da saúde deve estar atento e em conjunto com a parte introdutória e o checklist organizado estão apresentados em linguagem clara, acessível, apresentando os principais conceitos e diretrizes da política nacional de saúde e a realidade enfrentada pela maioria dos municípios.

Alguns temas foram propositalmente excluídos, não pela sua importância, mas porque no momento de elaboração do manual estavam e hoje, dezembro de 2016, quando escrevemos essa apresentação ainda continuam com indefinição de diretrizes e na agenda inconclusa tripartite do SUS, como contrato organizativo da ação pública e sistemas de informação em saúde. As inciativas que desenvolveremos ao longo de 2017 poderão abordar esses temas.

Esse fato, espelha o "ser gestor (a)" apresentado na parte introdutória desse manual em sua realidade, algumas respostas existem, outras serão produzidas e várias teremos que fazer juntos, com unicidade de princípios e compromissos com o SUS e com os municípios.

Uma boa gestão a todos e contem conosco!

Mauro Guimarães Junqueira
Presidente do CONASEMS

Maria da Conceição de Souza Rocha
Presidente do COSEMS RIO DE JANEIRO

Introdução

O Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS é parte de um conjunto articulado de ações do CONASEMS em parceria com COSEMS/RJ e o LAPPIS/IMS/UERJ que vem sendo desenvolvido desde 2016, sendo sua primeira edição elaborada para acolher os Gestores Municipais de Saúde que iniciam sua gestão no ano de 2017.

Trata-se de uma iniciativa interinstitucional que visa à abertura de um processo permanente de diálogo para a qualificação gerencial das secretarias municipais de saúde. Como um guia/mapa, o Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS tem o intuito de auxiliar o(a) gestor(a) no seu percurso sobre os principais temas da gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo uma fonte útil de consulta diária do(a) Secretário(a) Municipal de Saúde e sua equipe.

Sua principal finalidade consiste em estabelecer conexões entre a normativa dos diversos temas do SUS e sua aplicação no cotidiano da gestão municipal de saúde, tendo em vista suas atribuições jurídicas-normativas-institucionais para lograr os seus princípios na ponta do sistema. Para tanto, foram envidados esforços para a construção de um manual que tivesse valor de uso para o conjunto dos secretários municipais de saúde, de tal forma que pudéssemos atualizá-lo no sentido de transformá-lo em uma produção bibliográfica seriada capaz de orientar os gestores em sua tomada de decisão e em diferentes níveis de atenção.

Decerto as articulações desenvolvidas entre essas instituições diretamente ligadas a gestão do SUS (COSEMS-RJ e CONASEMS) e a universidade (LAPPIS-IMS-UERJ) possibilitaram pavimentar um solo fértil para trocas de experiências entre gestores, gerentes, profissionais de saúde e também pesquisadores sobre o tema da gestão na saúde. Estas articulações permitiram engendrar um conjunto de reflexões capaz de reafirmar a responsabilidade coletiva que cada uma possui na afirmação e defesa do SUS.

Isto significa dizer, que para construir o Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS requereu estabelecer um processo reflexivo de natureza ético-politico-formativa, a fim de gerar conteúdos singulares elaborados a partir da percepção dos próprios gestores sobre sua atuação. Como verdadeiros autores-atores de situações e processos experienciados cotidianamente à luz das normativas e dos princípios exigidos para a efetivação do SUS no nível municipal.

Imbuídos desse entendimento foram definidos três pressupostos conceituais e metodológicos fundantes para a elaboração do Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS: o primeiro consistiu em construir coletivamente sua estrutura adotando diálogos do cotidiano nos serviços, configurando um solo analítico onde os gestores pudessem se apoiar para tomada de decisões; o segundo, de que os autores tivessem experiência de gestão abordando situações em espaços-tempo da realidade cotidiana por eles vivenciada; e o terceiro, que a linguagem empregada na sua produção deveria ser acessível, clara e acolhedora, de modo a ser elucidativa, não somente para os novos gestores, mas para aqueles que já detinham alguma experiência de gestão.

Além disso, ensejou-se que o seu conteúdo não somente apresentasse os principais conceitos e diretrizes da política nacional da saúde – o SUS, diferentemente de uma visão cartorial, mas apontar as especificidades desse setor capaz de ilustrar a realidade cotidiana do gerir em saúde pelos secretários municipais de saúde do Brasil.

Diante desses pressupostos que assumimos o desafio de construir o Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS, como uma produção bibliográfica, reafirmando a ideia de que as práticas de gestão são fontes de teoria viva, e os atores são autores de seus saberes e práticas no cotidiano do SUS.

Sobre o percurso da construção:

Com o estabelecimento da parceria com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), por meio do Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva (CEPESC), mais especificamente LAPPIS-IMS-UERJ foi criado um Conselho Editorial e uma secretaria executiva para coordenar a elaboração da publicação. Dentre as atividades planejadas destacam-se as "Oficinas de Alinhamento dos Autores" e as "Oficinas de Validação de Conteúdos".

Em abril de 2016 foram realizadas as Oficinas de Alinhamento dos Autores, no IMS-UERJ, que reuniu cerca de 20 participantes, onde foram discutidos os seguintes itens: o contexto e os objetivos do manual, o processo de construção coletiva de uma produção bibliográfica, sobretudo no que diz respeito à natureza deste tipo de produção, suas regras, normas e dinâmica de construção, o que incluiu o detalhamento de suas características informando o público alvo, a definição das partes que comporiam o conteúdo temático.

Na ocasião foram esclarecidas as dúvidas e acolhidas as sugestões dos participantes, buscando construir pactos para definir a unidade conceitual e coerência entre os vários capítulos e entre suas partes. Para tanto foi construída uma Matriz Conceitual a ser preenchida pelos próprios autores que teve o objetivo de garantir e avaliar a unidade e coerência do Manual do (a) Gestor (a) Municipal do SUS, e também identificar: a) as ausências de conceitos importantes; b) as duplicidades de conceitos; e c) as divergências entre conceitos utilizados pelos autores. Tal a Matriz Conceitual composta por: a) os Conceitos Fundantes de seu capítulo (O QUÊ); b) a Natureza da Abordagem, isto é, a forma como o autor abordará o conteúdo de seu capítulo (COMO), e c) os Desdobramentos de seu capítulo ('Links'), ou seja, sinalizar em que Capítulos o conteúdo do seu capítulo dialoga, impacta, compartilha conteúdos e conceito.

Além do contato permanente com autores, os autores encaminharam a matriz conceitual de cada um dos textos sendo sistematizada pela Secretaria Executiva e analisada pelo Conselho Editorial. A matriz completa, juntamente com a síntese da análise foi disponibilizada aos autores no intuito de orientá-los na escrita dos capítulos.

Nos meses de maio e junho de 2016 foram realizadas as Oficinas de Validação de Conteúdos, contou-se com 35 participantes reunindo autores, membros da Diretoria e técnicos do COSEMS, membros do CONASEMS, coordenação do LAPPIS-IMS-UERJ, do Conselho Editorial; a secretaria

executiva; e gestores municipais convidados de diferentes regiões do país. Nessas oficinas os autores apresentaram um roteiro descritivo e esquemático com os principais pontos e como seriam levantados no capítulo. Cada um explicitou o caminho que pretendia percorrer no texto, junto com os principais conceitos e suas definições, as formas e estratégias que foram utilizadas para atingir o objetivo.

Com isso constituiu-se um espaço de entrosamento onde os diferentes autores puderam se conhecer e interagir, onde os conteúdos puderam ser discutidos, cuja participação de gestores contribuiu decisivamente para sua validação.

Durante os meses de julho e agosto os textos começaram a chegar, eles foram organizados de maneira que pudessem ser revistos, pelos diversos membros do Conselho Editorial da Publicação. Após a revisão, já na conformação de capítulos eles foram avaliados e mais uma vez devolvidos aos autores para ajustes, revisões e complementações que se fizessem necessários. A partir daí as reuniões do conselho editorial já contava com a participação de membros da equipe de design gráfico, onde foi compartilhado coletivamente um conjunto de observações gerais que se relacionavam tanto ao reordenamento temático e estruturação das partes descritas na forma de sumário, como o uso de ilustrações e personagens de modo a garantir dinamicidade às narrativas.

Personagens, municípios-cenários e região

Tornou-se necessário construir a caracterização dos personagens e dos municípios-cenários como os lugares que ocorriam as situações por eles vivenciadas, sendo a Vila SUS e a gestora Olga um fio condutor das narrativas e dos diálogos de todos os capítulos temáticos. As ações e práticas de Olga na gestão da saúde da Vila SUS acabou por deslindar itinerários que criavam novas situações, em novos municípios-cenários e novos gestores desenhando percursos das redes de serviços também de outros sistemas municipais de saúde. A ideia central que vigorou para conclusão do manual foi que as temáticas desenvolvidas nos doze capítulos, agrupadas em três partes, de modo a compor o conteúdo do Manual, deveriam configurar os diferentes espaços-cotidianos onde as narrativas e os diálogos baseados em situações concretas, pudessem ganhar "vida". Com isso constituiria um imaginário de práticas e de saberes dos gestores capaz de estimulá-los a pensar e agir em concerto com os princípios do SUS. Vejamos:

VILA SUS

Olga e sua equipe de trabalho

Olga é moradora de Vila SUS, profissional de saúde e servidora da secretaria de saúde do município há 10 anos. Nesse período ela trabalhou em diversos setores da secretaria, chegando a assumir a coordenação de alguns deles, mas nunca atuou na gestão central da secretaria de saúde.

Ela acabou de assumir o cargo de secretária de saúde, convidada pelo recém-eleito prefeito municipal. O período em que se passa a narrativa do Manual do (a) Gestor (a) Municipal do SUS é o início da gestão municipal – janeiro de 2017.

Nossa Secretária conhece bem a saúde em seu município e tem forte compromisso com a saúde pública, além de enorme dedicação ao trabalho. Por isso, não mede esforços para fazer o SUS acontecer de verdade em Vila SUS.

No entanto, apesar de sua dedicação e compromisso, ela tem encontrado dificuldades na gestão como, número elevado de regras, de siglas, de programas, além da pressão para gastar menos vindo da Secretaria de Fazenda. Enfrenta ainda, a incompreensão da Procuradoria Geral do Município sobre as regras do SUS e a constante pressão do judiciário para procedimentos e medicamentos, dentre tantas outras questões.

Olga tem encontrado apoio no COSEMS de seu estado, especialmente na figura de Vitória que é apoiadora regional, e nos demais secretários de saúde da região em que se encontra Vila SUS. Dentre os secretários, destacam-se José Carlos (secretário de saúde do município de Aurora) e Joana (secretária de saúde do município de Girassol). Junto a eles, ela tem conseguido informações preciosas para seu trabalho a frente da secretaria e também ferramentas, dispositivos e estratégias para melhor operar e construir um SUS pra valer.

Vitória

Vitória é Apoiadora Regional do COSEMS, onde atua há quatro anos. Antes foi Secretária Municipal de Saúde por dois mandatos, quando participou também da Diretoria do COSEMS. Gestora experiente, com formação sólida tanto nas questões normativas e legais do SUS, quanto na vivência prática do cotidiano da gestão municipal de saúde, implantou nos últimos anos o projeto de apoio regional do COSEMS, que completa seu terceiro ano em 2017.

Taís

Taís é Consultora Jurídica do COSEMS. Advogada com formação em Direito Sanitário e experiência em Direito Administrativo, com ênfase na Gestão em Saúde. Participa dos espaços do CONASEMS que discutem Direito Sanitário, e está sempre atualizada nesta área do conhecimento. Atua junto ao COSEMS há 12 anos.

Jorge

Jorge é Sanitarista concursado pela SES, onde hoje atua na regional de Vila SUS, sendo representante da SES na CIR. Sua tranquilidade e experiência possibilitam que coordene esta região de saúde para além da formalidade dos espaços de governança do SUS, buscando uma real integração assistencial e tecno-política dos gestores, tentando produzir de fato uma rede regionalizada de saúde.

Simone

Simone exerce hoje a Direção do 'Hospital Municipal Mário Magalhães' de Vila SUS. Médica Pediatra, servidora de Vila SUS há 9 anos, 6 destes trabalhando ao lado de Olga nos vários espaços de gerência na secretaria municipal de saúde de Vila SUS. Aceitou o desafio de reorganizar o Hospital na gestão de Olga, por que confia na amiga, e compartilha com ela o sentimento de que a hora de qualificar o SUS municipal é agora.

Eduardo

Eduardo é o Coordenador da Vigilância em Saúde de Vila SUS. Enfermeiro Sanitarista, com formação em Epidemiologia, e longa experiência de trabalho no setor. É servidor do município vizinho Aurora há 18 anos, onde atuou nos vários espaços da Vigilância, do Programa Municipal de Imunização até o controle de zoonoses, passando pelo Programa DST/HIV/Hepatites Virais. Conheceu Olga numa das diversas reuniões regionais de Vigilância que participou. Foi convidado por Olga para coordenar a Vigilância em Saúde de Vila SUS.

Fernanda

Fernanda coordena hoje a Assistência Farmacêutica do município de Vila SUS. Farmacêutica com pós-graduação em Saúde Coletiva, acabou de retornar a Vila SUS, depois de alguns anos atuando na capital após sua graduação.

Lucia

Lucia é coordenadora municipal de Regulação em Vila SUS. Enfermeira experiente, entrou para o quadro da prefeitura de Vila SUS no mesmo concurso que Olga, com quem tem uma amizade desde então. Nesses 10 anos de atuação profissional em Vila SUS, nunca se distanciou do tema da atenção especializada. Quando Olga assumiu a secretaria não pode pensar em ninguém melhor para o desafio de organizar a gestão da atenção especializada.

Valéria

Valéria é coordenadora da Atenção Básica de Vila SUS. Psicóloga que atua há três anos no município – entrou no último concurso – no Núcleo de Apoio a Saúde da Família, de onde articulou várias ações de Educação Permanente com os trabalhadores da Atenção Básica, conseguindo expressivas mudanças no processo de trabalho das equipes. Essas experiências fizeram Olga se interessar pela jovem psicóloga que demonstrou muita vontade de fazer um SUS pra Valer.

AURORA

José Carlos

José Carlos é Secretário de Saúde de Aurora, polo microrregional e importante referência para as ações de atenção especializada de Vila SUS. Médico Cardiologista e Vereador em seu segundo mandato, José Carlos decidiu finalmente aceitar o convite para ser secretário de saúde de Aurora, pois, como o próprio sempre dizia, em seu mandato de vereador e em sua prática clínica pode conhecer por dentro os problemas da saúde pública do município, e os caminhos para resolvê-los.

Mariana

Mariana é amiga de infância de Olga e atua há 12 anos como Enfermeira na Maternidade de Aurora.

GIRASSOL

Joana

Joana é Secretária de Saúde de Girassol, maior município da região de Vila SUS, e polo macrorregional. Joana atua em Girassol há 23 anos, e já foi secretária de saúde por outras duas vezes. Tem larga experiência na gestão municipal de saúde. Já foi Presidente do COSEMS, e participou da Diretoria do CONASEMS. Novamente assume o desafio de gerir o SUS em seu município, que passa por importantes dificuldades.

FREIRE

João Pedro

João Pedro é Secretário de Saúde de Freire, município modelo do estado em que se encontra Vila SUS. O Médico Sanitarista inicia sua segunda gestão na secretaria de saúde e já conta com excelentes resultados nos indicadores de saúde e com a aprovação da população.

CARACTERIZAÇÃO VILA SUS E REGIÃO – CENÁRIOS

VILA SUS:

Vila SUS é um município de pequeno porte (15.000 habitantes) em algum lugar do Brasil. Tem grande extensão territorial, compõe uma região de saúde com mais seis municípios, sendo um deles o município de Girassol, que é o polo macrorregional, e o município de Aurora, polo microrregional e referência para maior parte das ações de saúde do município de Vila SUS. Apresenta como principais atividades econômicas o comércio local e a agropecuária.

Vila SUS apresenta cobertura de 60% da Atenção Básica e 50% de Saúde da Família. Sua rede assistencial é composta por seis Unidades Básicas de Saúde, sendo duas com atenção básica tradicional (com clínico, pediatra e gineco-obstetra), e quatro Unidades com Equipes de Saúde da Família, sendo quatro ESF (três com médicos do Programa Mais Médicos), três equipes de saúde bucal no total e uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF I).

Vila SUS possui ainda um CAPS I ('Centro de Atenção Psicossocial David Capistrano'), uma Unidade de Suporte Básico (USB) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e um hospital municipal ('Hospital Municipal Mário Magalhães'). Este último é a referência de atendimento de urgência e emergência da cidade, possui 35 leitos clínicos, um pronto atendimento com duas salas de estabilização, além de um pequeno ambulatório de especialidades, que conta com consultas em cardiologia, ortopedia, endocrinologia, pediatria, neurologia e pequenas cirurgias. O hospital conta também com um aparelho de Radiografia e um de Ultrassonografia.

Características Demográficas e Socioeconômicas:

População **15.000**

Densidade demográfica **9 hab/km²**

PIB per capita **5.480,26**

% da população em extrema pobreza: **23,75**

% da população com plano de saúde: **3,18**

Rede Assistencial:

ESF: 04 de um total possível de **08**

ESB: 03 de um total de **08**

SAMU: 01 USB, com central de regulação no município de Girassol

HOSPITAL: **01** hospital municipal, com **35** leitos

AURORA:

Aurora é um município de pequeno porte (42.000 habitantes) em algum lugar do Brasil. Tem grande extensão territorial, compõe uma região de saúde em que está o município de Vila SUS e o município de Girassol, que é o polo macrorregional. O município de Aurora é polo microrregional referência para dois municípios, entre eles Vila SUS. Apresenta como principais atividades econômicas o comércio local e a agropecuária.

Aurora apresenta cobertura de 90% da Atenção Básica, e 70% de Saúde da Família. Sua rede assistencial é composta por 12 Unidades Básicas de Saúde, sendo duas com atenção básica tradicional (com clínico, pediatra e gineco-obstetra), e 10 Unidades com Equipes de Saúde da Família, sendo 17 ESF (nove com médicos do Programa Mais Médicos), oito equipes de saúde bucal no total e duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF I).

Aurora possui ainda um CAPS I ('Centro de Atenção Psicossocial'), uma Unidade de Suporte Básico (USB) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), uma Unidade de Suporte Avançado (USA) do SAMU e um hospital filantrópico ('Santa Casa de Aurora'). Este último é a referência de atendimento de urgência e emergência da microrregião, possui 40 leitos clínicos, 30 leitos cirúrgicos, um pronto atendimento com duas salas de estabilização, além de um ambulatório de especialidades, que conta com consultas em cardiologia, ortopedia, endocrinologia, pediatria, neurologia e pequenas cirurgias. O hospital conta também com um aparelho de Radiografia, um de Ultrassonografia e um Endoscópio. Este hospital é a unidade executora da maior parte da Atenção Especializada da Microrregião de Vila SUS.

Características Demográficas e Socioeconômicas de Aurora

População **42.000**

Densidade demográfica **23 hab/km²**

PIB per capita **7.456,30**

% da população em extrema pobreza: **18,25**

% da população com plano de saúde: **10,03**

Rede Assistencial:

ESF: **17** de um total possível de **21**

ESB: **08** de um total de **21**

SAMU: **01** USB e **01** USA, com central de regulação no município de Girassol

HOSPITAL: **01** hospital filantrópico, com **70** leitos

GIRASSOL:

Girassol é um município de médio porte (158.000 habitantes) em algum lugar do Brasil, compõe uma região de saúde com mais seis municípios, entre eles Vila SUS e Aurora. É o polo macrorregional e referência para ações de Atenção Especializada, especialmente as de maior complexidade, da Região de Saúde. Apresenta como principais atividades econômicas o comércio local e a indústria.

Girassol apresenta cobertura de 70% da Atenção Básica e 45% de Saúde da Família. Sua rede assistencial é composta por 22 Unidades Básicas de Saúde, sendo sete com atenção básica tradicional (com clínico, pediatra e gineco-obstetra), e 15 Unidades com Equipes de Saúde da Família. Nessas unidades estão lotadas 24 ESF (10 com médicos do Programa Mais Médicos), 12 equipes de saúde bucal no total e três equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF I).

Girassol possui ainda um CAPS I ('Centro de Atenção Psicossocial David Capistrano'), um CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infantil Dom Helder Câmara), um CAPS-AD (Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas Graciliano Ramos), quatro Unidades de Suporte Básico (USB) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), duas Unidades de Suporte Avançado (USA) do SAMU e uma Central de Regulação Regional. Girassol possui também 02 hospitais em seu território, sendo um Pronto Socorro Municipal, 'Hospital Municipal Carlos Gentile de Mello' que é referência de trauma para a Região de Saúde com 110 leitos, e um hospital privado, que realiza cirurgias eletivas de média e alta complexidade, como cirurgia cardíaca, além de possuir um UNACON em etapa de habilitação. Girassol apresenta ainda em seu território uma Clínica de Hemodiálise privada, referência para toda a Macrorregião.

Características Demográficas e Socioeconômicas de Girassol:

POPULAÇÃO **158.000**

DENSIDADE DEMOGRÁFICA **93,2hab/km²**

PIB PER CAPITA **15.590,04**

% DA POPULAÇÃO EM EXTREMA POBREZA: **27,00**

% DA POPULAÇÃO COM PLANO DE SAÚDE: **23,98**

Rede Assistencial:

ESF: 24 DE UM TOTAL POSSÍVEL DE **08**

ESB:12 DE UM TOTAL DE **08**

SAMU – **04** USB, **02** USA E **01** CENTRALREGIONAL DE REGULAÇÃO

HOSPITAL – **02** HOSPITAIS, SENDO **01** MUNICIPAL, COM **110** LEITOS, E **01** PRIVADO COM **80** LEITOS, E REFERÊNCIA MACRORREGIONAL PARA ALTA COMPLEXIDADE.

FREIRE:

Freire é um município de pequeno porte (18.000 habitantes) em algum lugar do Brasil, compõe uma região de saúde com mais oito municípios. Apresenta como principais atividades econômicas o comércio local e a indústria.

Freire apresenta cobertura de 100% da Atenção Básica e 100% de Saúde da Família. Sua rede assistencial é composta por sete Unidades Básicas de Saúde, todas com modelo de saúde da família, totalizando nove equipes de saúde da família (ESF), nove equipes de saúde bucal (ESB) e uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF I).

Freire possui ainda um CAPS I ('Centro de Atenção Psicossocial David Franco Basaglia'), uma Unidade de Suporte Básico (USB) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Freire possui também um hospital municipal de 33 leitos.

Características Demográficas e Socioeconômicas de Freire:

POPULAÇÃO **18.000**

DENSIDADE DEMOGRÁFICA **25,2 hab/km²**

PIB PER CAPITA **7.060,03**

% DA POPULAÇÃO EM EXTREMA POBREZA: **17,00**

% DA POPULAÇÃO COM PLANO DE SAÚDE: **9,98**

Rede Assistencial:

ESF: 09 DE UM TOTAL POSSÍVEL DE **08**

ESB: 09 DE UM TOTAL DE **08**

SAMU: 01 USB

HOSPITAL: **01** HOSPITAL MUNICIPAL, COM **33** LEITOS.

À guisa de conclusão...

Dividido em três partes o Manual do(a) Gestor(a) do SUS, sendo precedido por um texto intitulado "Ser Gestor(a) Municipal do SUS", que traz insígnia da responsabilidade vicária com os princípios, os valores da reforma sanitária e da Constituição de 1988, ou seja, Ser Gestor(a) Municipal do SUS significa responsabilizar-se pela garantia do direito humano à saúde, pois é a autoridade sanitária em cada esfera de governo, capaz de agir pautado por princípios éticos – políticos - educativos orientados pela Lei Orgânica da Saúde, quais sejam: a universalidade, a integralidade e a equidade. Na primeira parte estão reunidos capítulos que tratam dos componentes da gestão municipal do SUS, na segunda parte encontraremos os elementos organizativos inerentes a Atenção Básica e Vigilâncias no Município e na terceira parte concentram os principais pilares das redes regionalizadas da atenção a saúde

Longe de descrever todas as nuanças e detalhes que marcaram o percurso da construção deste manual, essa introdução busca compartilhar a experiência – práxis – de seu desenvolvimento pelo conselho editorial junto aos autores-gestores e as instituições que sustentaram cumprir o desígnio de contribuir para qualificação e acolhimento dos gestores da maioria dos municípios do Brasil, marcadamente caracterizado de pequeno porte.

Destacamos aqui o engajamento público de cada participante do Conselho Editorial nesse processo que se dispusera a colaborar com rigor ético e disciplina científica, destacando os movimentos de produção da integração e convergência de olhares e leituras. Desde diferentes vertentes conceituais ou origens institucionais e profissionais, a construção do manual produziu um projeto comum alimentado por vivências e pelo objetivo de contribuir com uma nova gramática na discussão e compreensão das práticas dos gestores em seu cotidiano à frente da gestão municipal de saúde, proporcionando possibilidades de uma gestão da saúde comprometida com a efetivação do direito à saúde no SUS.

Roseni Pinheiro
Coordenadora do LAPPIS e
professora associada do IMS

Ser Gestor (a) Municipal do SUS

Responsabilizar-se pela garantia do direito à saúde significa que o gestor do SUS possui a autoridade sanitária em cada esfera de governo, capaz de agir pautado por princípios éticos – políticos - educativos orientados pela Lei Orgânica da Saúde, quais sejam: a universalidade, a integralidade e a equidade. Trata-se de cumprir um dos direitos fundamentais da Constituição Federal de 1988 (CF/88), o direito à saúde que se ancora na luta da sociedade brasileira pela Reforma Sanitária, na década de 80, do século XX, cujo legado consistiu em atender o anseio popular de justiça social.

Como autoridade sanitária, o gestor assume uma responsabilidade pública de agir na garantia da continuidade e consolidação de políticas de saúde de acordo com as diretrizes constitucionais e legais do SUS, e que, portanto, não se encerra no período de um governo.

Praticar a responsabilidade coletiva significa dizer que Ser Gestor(a) do SUS, exige um agir político de mediação e diálogo permanente, com participação do dirigente e sua equipe da secretaria municipal de saúde nas instâncias de decisão e de negociação, já existentes no arcabouço jurídico normativo do SUS.

Ser Gestor(a) do SUS se afirma no agir político, que também é técnico e ético.

No que se refere ao aspecto técnico se faz necessário que o gestor do SUS possa articular saberes e práticas de gestão para cumprir suas atribuições e funções, o que exigirá um conjunto de conhecimentos, habilidades e experiências na área da administração pública, governança, planejamento e cuidado em saúde para execução das políticas de saúde.

Quanto ao aspecto ético refere-se à razão pública de Ser Gestor(a) do SUS, cuja responsabilidade emerge como exigência de uma ação necessariamente coletiva e pública, comprometida com o encorajamento, exercício e cultivo de uma ética de defesa e afirmação da vida em sociedade. Nesse sentido, pressupõe-se o entendimento de que o Estado brasileiro enquanto Estado Republicano, deve priorizar os direitos fundamentais, não devendo admitir que o interesse privado se sobreponha ao interesse público, e, por conseguinte, suas ações devem se orientar pela ética, atentando para a necessária divisão e o equilíbrio entre os poderes.

A Constituição Federal de 1988, conhecida como "Constituição Cidadã", é a revelação clara do pacto federativo brasileiro, consolidado no bojo da redemocratização política do país. Foi um marco decisivo, pois pela primeira vez o setor saúde foi contemplado de forma clara e efetiva, conforme consta no artigo 196:

"A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação."

Neste sentido, cabe destacar três aspectos importantes registrados por ela:

- *Universalização do direito à saúde por meio do Sistema Único de Saúde – SUS (Art. 196 a 200);*

- *Institucionalização dos Municípios como entes federativos com status jurídico-constitucional tal qual a União e os Estados (Art. 18) e;*

- *Estabelecimento de um modelo de federalismo cooperativo, no qual os três entes governamentais são corresponsáveis pela política de saúde (Art. 23 e 24).*

Frente à inter-relação desses aspectos doutrinários, os municípios passam a exercer papel fundamental para a consolidação do SUS.

Não obstante, a CF/88 definiu saúde como direito de cidadania (Art. 196), cujo financiamento seja compartilhado entre os entes (Art. 197) e com organização regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único de acordo com as seguintes diretrizes:

- *Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;*

- *Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*

- *Participação da comunidade (Art. 198).*

Ao instituir os municípios como entes federativos, a CF/88 lhes atribuiu responsabilidades legislativas, tributárias e na prestação de serviços públicos, tais quais saúde e educação (Art. 30).

Tratando especificamente da política de saúde, a CF/88 não a definiu como atribuição exclusiva dos municípios, pelo contrário, foi estabelecido que fosse uma competência comum, cabendo a todos os entes a responsabilidade pela garantia do acesso universal (Art. 23), e concorrente, cabendo à União e ao Estado legislar sobre ela (Art. 24), lembrando que ao Estado está destinada a função legislativa em caráter complementar. Temos, portanto, um modelo baseado no compartilhamento de funções entre as esferas de governo no âmbito das políticas sociais. Esse modelo de federalismo cooperativo é apropriado para realidades como a brasileira, pois permite flexibilidade na distribuição de responsabilidades entre entes com diferentes capacidades administrativas e financeiras. Contudo, para funcionar bem e gerar bons resultados, é necessário que a federação desenvolva mecanismos de gestão compartilhada e defina, dentro dos limites possíveis, o papel de cada ente no bojo da política em questão. O SUS tem buscado fazer isso desde sua criação, embora ainda enfrente enormes desafios.

A CF/88 estabeleceu as diretrizes gerais do SUS, de modo a conformar um esboço do sistema nacional de saúde que iria se constituir, remetendo à legislação setorial a responsabilidade de definir as atribuições específicas de cada ente da federação, bem como os mecanismos de coordenação intergovernamental. Para tanto, foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90). Além disso, ao longo da implementação do SUS a partir da década de 1990, uma série de normativas foi editada para regular esse processo.

Com a importância acumulada nos movimentos atuais de normatização definitiva para os problemas sanitários e legais ligados a ela, instituíram-se normas como a Lei 12.466, que institucionalizou os colegiados intergestores, assim como a nova figura das Comissões Intergestores Regionais (CIR), o Decreto Presidencial nº 7.508/2011, que regulamentou aspectos da Lei nº

8.080, e pela Lei Complementar nº 141/2012, que define a responsabilização pela gestão do SUS e inova apontando outras formas de governança e financiamento.

A iniciativa de criar um instrumento legal na área da saúde (Decreto Presidencial nº 7.508/2011) evidenciou-se como ação das mais urgentes, já que se configura como instrumento de controle e de incentivo à transparência, à melhor governança regional e à maior responsabilização entre os entes. Essa proposta, juntamente com a regulamentação da Emenda Constitucional 29 (Lei Complementar nº 141/2012), que definiu os aportes de cada ente da federação para a saúde (faltando ainda a parte que cabe à União), é imprescindível para assegurar aos cidadãos brasileiros o seu direito a um serviço de saúde público de qualidade.

Configura-se, desta maneira, a construção de um projeto audacioso para a organização do sistema público de saúde brasileiro, que busca ser, em um só tempo, nacional e universal, mas também descentralizado, unificado e hierarquizado e com a integralidade da atenção no território.

E como se apresenta, para nós gestores dos 5.570 municípios, a responsabilidade da efetivação do SUS, considerando todo arcabouço legal e normativo já instituído?

O desafio está em interagir com a pluralidade dos grupos e atores sociais demandantes das políticas de saúde, e que constroem e vivenciam esse Sistema. Para tanto, identificamos que o gestor do SUS é o mediador em diferentes planos e espaços onde se exige desenvolver uma capacidade de compor entendimento sobre suas responsabilidades e a corresponsabilização daqueles que compartilham de suas ações. Nesse sentido o imperativo para Ser Gestor(a) do SUS, se configura na atuação cotidiana de mediação a fim de manter o permanente diálogo com os diferentes atores sociais e instâncias de negociação e pactuação seja no nível central do sistema, seja com a equipe que o apoia. Vejamos alguns pressupostos dessa atuação:

Para Ser Gestor(a) do SUS é preciso manter diálogo permanente com o controle social instituído, com a comunidade e com a sociedade civil organizada.

Não é por acaso que a Constituição de 1988 se expressa como o texto constitucional mais democrático que o País já produziu, consagrando um contexto favorável à participação dos cidadãos nos processos de tomada das decisões políticas essenciais ao bem-estar da população.

A instituição dos Conselhos de Políticas Públicas, especialmente os Conselhos de Saúde, configura-se como espaços, onde os cidadãos participam do processo de tomada de decisões na Administração Pública, do processo de fiscalização e de controle dos gastos públicos, contribuindo

de forma decisiva para avaliação dos resultados alcançados pela ação governamental. Portanto, o controle social torna-se um tema evidentemente prioritário no campo da saúde, onde uma democracia mais participativa deve ser priorizada. Tanto para o Estado quanto para a sociedade, o controle social tornou-se modelo concreto de proposta participativa de construção do Sistema Único de Saúde.

Sem dúvidas, constatamos a existência de uma diversidade de iniciativas acontecendo no cotidiano da saúde em diferentes municípios do país, seja no interior das instituições civis, seja nos organismos públicos, que procuram mostrar ao cidadão a necessidade de zelar pelo que é de interesse comum, pelo que é de todos.

Desta maneira, torna-se imperativo ressoarmos aos quatro cantos que o **"SUS É DE TODOS E PARA TODOS",** sempre com muita ênfase, muito mais do que na época em que os artífices e fundadores de nosso sistema público de saúde o idealizaram.

Ser Gestor(a) do SUS é manter diálogo permanente com o profissional de saúde, entendendo-o como o ator principal na consolidação das práticas de saúde do município.

É necessário que os gestores aperfeiçoem e busquem novas alternativas de atuação, com propostas estruturantes que garantam a eficiência de suas ações, consolidando os vínculos entre os serviços e a população, promovendo, além do acesso, a qualificação necessária ao acolhimento e ao cuidado dos usuários dos serviços de saúde.

Na atualidade, várias condições levam a emergência de novas necessidades de saúde da população brasileira, decorrentes principalmente de alterações no perfil demográfico com aumento da população idosa, diminuição da faixa abaixo de 15 anos e, também, de alterações no padrão de morbimortalidade da população brasileira, com aumento expressivo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT); com recrudescimento de algumas doenças infectocontagiosas; com a predominância de condições crônicas; com os índices expressivos de mortalidade por causas externas; com os índices expressivos de morbimortalidade materna e infantil decorrentes de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde.

Por outro lado, os sistemas de saúde, como um conjunto articulado de ações e serviços voltado para a promoção da saúde e para o enfrentamento de riscos ou agravos apresentados pelos indivíduos em uma dada sociedade, possui como finalidade principal ofertar o cuidado em saúde.

Com isso, cabe-nos esclarecer que o cuidado ofertado por um sistema de saúde guarda relação com: a qualidade das práticas profissionais que aí se desenvolvem; a organização interna dos serviços de saúde; e a organização sistêmica. Sua qualificação exige, portanto, mecanismos adequados de gestão que incidam em cada uma dessas dimensões. Qualificar as práticas

de saúde pressupõe ações de cuidado com os profissionais de saúde, entendendo-os como os artífices do cotidiano do cuidado ao usuário do SUS.

Assim, o grande desafio na atualidade é qualificar os Sistemas de Saúde de tal modo que possa responder adequadamente as novas necessidades de saúde da população. Nesta perspectiva, o fortalecimento da Atenção Básica de Saúde, a estruturação adequada dos serviços de referência especializada e de Urgência e Emergência, a integração dos Sistemas de Saúde e, a qualificação das práticas clínicas em todos os serviços, são os grandes objetivos a serem perseguidos pelos sistemas de saúde no Brasil.

Esta reorganização que visa superar a fragmentação do modelo de atenção extrapola o âmbito sistêmico refletindo-se tanto na organização dos serviços quanto nas práticas dos profissionais de saúde. Para sua superação devem ser priorizados: o fortalecimento da Atenção Básica de Saúde (AB); Estruturação de Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS); e a integração dos processos de trabalho nos Serviços de Saúde e das práticas profissionais.

Ser Gestor(a) do SUS é manter diálogo permanente com sua equipe de direção, capaz de conduzir os processos de coordenação do Sistema de Saúde.

Apesar dos avanços alcançados, grandes são os desafios que se impõem na gestão da saúde no SUS, tema sempre presente nas discussões dos Secretários Municipais de Saúde. A eficácia na gestão dessa área pressupõe, além da disponibilidade de recursos financeiros suficientes, a organização dos serviços e, de forma muito especial, pessoal capacitado para coordenar as ações necessárias para sua implementação e, desta maneira, inovar com outras formas de gestão no desenvolvimento de "processos de trabalho" mais eficazes.

Trata-se, portanto, do mais importante desses desafios, que consiste em compor uma equipe dirigente capaz de produzir assessoria técnica e operacional no campo do planejamento, das intervenções comunitárias e da gestão de equipes e coletivos. Mas esse é um desafio que se deve perseguir, visando qualificar a gestão do sistema em todas as suas frentes de trabalho e oportunidades. O SUS nos remete a resolver problemas emergenciais cotidianamente, colocando em risco a possibilidade de viabilização de ações estruturantes para o sistema.

Ser Gestor(a) do SUS é manter diálogo permanente com seus pares na gestão da saúde.

Não há município no Brasil que seja plenamente suficiente para executar o universo de todas as ações de atenção à saúde. O SUS é um sistema dinâmico cuja regionalidade está em permanente transformação. 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 corresponsabilidade da gestão municipal. A gestão do SUS é, em sua essência, um ato de negociação e pactuação da política local, regional, estadual e nacional. Repara-se nesse movimento a ênfase dada à regionalização como estratégia a ser firmada na relação entre gestores municipais, na sua região e no estado. O encontro entre esses atores é capaz de produzir consensos que constroem um SUS vivo e viável para toda a gestão.

Equacionar a autonomia federativa, a hierarquia dos serviços de forma sistêmica, às responsabilidades sanitárias e de financiamento, tem sido o trabalho constante das instâncias colegiadas do SUS.

Portanto o gestor municipal deve participar ativamente da condução e da formatação da região de saúde e suas inter-relações com os demais municípios e esses com outras esferas de poder do Estado Republicano. Nenhum estado ou município tem autoridade ou autonomia para deliberar sobre ações dentro de outro município, conforme artigo 18 da CF/88. Isto só pode ocorrer por meio de resoluções colegiadas dos gestores e, mesmo assim, apenas a partir de consensos regionais. De acordo com a CF/88, os municípios são autônomos em relação ao governo do Estado e da União. O SUS deve ser construído com base numa 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. A gestão não estará completa se o gestor não participar da negociação regional.

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. O somatório 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 sua organização pode ser entendida como rede interfederativa de serviços.

Há que se considerar ainda o grande número de pequenos municípios, com menos de 50 mil habitantes, e a grande responsabilidade que esses gestores municipais devem assumir no âmbito do SUS, contando com parcos recursos financeiros, pouco pessoal qualificado e uma rede muitas vezes inadequada de serviços de saúde.

A regionalização, implantada a partir do Pacto pela Saúde, como uma estratégia para superar parte destas limitações e favorecer a construção de RRAS possui imensos desafios e um campo fértil de instrumentos e mecanismos efetivos para estimular a integração e a colaboração entre entes federativos.

Ser Gestor(a) do SUS é manter diálogo permanente com seus pares na gestão do município e na relação com o Estado e União.

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, uma estratégia importante para contribuir na melhoria da qualidade de vida e de saúde no município. Este programa de governo é escolhido pelo voto local, quando elege-se o prefeito.

Para a gestão municipal, dentro da compreensão do Secretário Municipal de Saúde, como gestor de seu território, essa organização é entendida como processo de demarcação das áreas de atuação dos serviços de saúde; de reconhecimento do ambiente, da população e da dinâmica social existente nessas áreas; e de identificação e estabelecimento de relações horizontais com outros serviços e equipamentos sociais do território. Assim, a concepção da Rede, estruturada de forma regionalizada, com certeza, extravasará este seu "território", imputando a esta nova gestão uma dimensão de maiores responsabilidades que levam à integração dos serviços a serem oferecidos para seus munícipes.

Ser Gestor é manter diálogo permanente com os poderes legislativo, judiciário e comissão de saúde.

Enquanto federativo, nosso estado é formado por quatro componentes autônomos, a saber: a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios. No entanto, para que o exercício dessa autonomia não afronte a soberania popular, o povo brasileiro decidiu que aqueles que executam as leis não devem ser os mesmos que legislam, bem como aqueles que executam as leis e legislam não devem ser os mesmos que julgam.

Desse modo, não basta que a autonomia seja exercida pelas unidades federativas. É necessário que haja a separação dos poderes em Poder Executivo, Poder Legislativo e Poder Judiciário, cada um com a missão de exercer, de modo predominante, uma função do Estado.

Apesar dos avanços observados na oferta de serviços de saúde a milhões de brasileiros anteriormente excluídos do SUS; na estruturação de rede diversificada de ações e serviços de saúde, mesmo que com distribuição não uniforme, em todo o território nacional; e, a grande produção de ações e

serviços de saúde com contribuições significativas na melhoria do estado de saúde dos brasileiros; subsistem grandes desafios com relação a adequação de seu financiamento; amadurecimento de seu modelo de gestão tripartite; superação da fragmentação do modelo de atenção com qualificação de suas práticas.

O financiamento do SUS vem se caracterizando pela retração de recursos federais e estaduais ao lado de elevação de gastos pelos gestores municipais, num quadro onde a repartição do volume de arrecadações sociais e de impostos, pelos entes federados, é desigual trazendo grandes dificuldades aos municípios para cumprirem as responsabilidades assumidas com o processo de descentralização do SUS.

Ser Gestor(a) do SUS pressupõe estar ciente do cenário grandioso que compõe o campo da saúde pública no nosso país e deve pautar-se ainda, pelo empenho na realização dos objetivos firmados no Art. 3º de nossa CF:

> • *Construir uma sociedade livre, justa e solidária; garantir o desenvolvimento nacional; erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais, promovendo o bem de todos, sem preconceito de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.*

Nesses 26 anos do processo de constituição do SUS, em que sua normatização vem no sentido de seu fortalecimento e de sua consolidação, principalmente com o intuito de priorizar um de seus princípios, o de acesso universal, o processo de descentralização da gestão e os novos paradigmas sobre a organização do SUS e seu funcionamento adequado, geraram a necessidade de, a todo instante, buscar os conceitos fundantes que institucionalizaram a Organização do Estado Democrático de Direito no Brasil.

Parte I

Capítulo 1

PLANEJANDO O SUS NO MUNICÍPIO

A posse de Olga ao cargo de Secretária de Saúde do município de Vila SUS definiu à sua vida uma série de desafios, que inicialmente se mostram grandes e difíceis, mas que sua longa experiência como trabalhadora e gestora do SUS a fazem desejar alcançar sucesso nesta mais nova etapa de sua vida profissional. Ser secretária de saúde de Vila SUS também desperta em Olga o desejo de que a população desta cidade cada vez mais possa contar com um SUS de qualidade no cuidado à saúde.

Neste início de gestão Olga foi convidada para o acolhimento aos novos gestores municipais de saúde, evento organizado pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde (SES). O clima amistoso da recepção não esconde aos recém-empossados secretários a necessidade de lidar com importantes desafios desde o primeiro dia de gestão. O posto de gestora municipal de saúde confere uma série de atribuições e responsabilidades que claramente atravessarão todo o mandato.

O acolhimento ocorre na própria SES e, para além das boas vindas aos novos secretários, há uma apresentação sobre as responsabilidades do gestor municipal de saúde, com foco neste início de gestão. Esta apresentação, em boa parte, trata de aspectos normativos e legais que regem e orientam a gestão e o planejamento do SUS[1].

No campo do planejamento em saúde, Olga elenca questões quanto aos instrumentos a serem utilizados, prazos de cumprimento e relação do planejamento com o Conselho Municipal de Saúde (CMS).

A apresentação baseou-se centralmente em três dispositivos legais:

- O Decreto nº 7.508, de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990 e dispõe sobre alguns aspectos do planejamento, sendo da obrigação do gestor público a elaboração e apresentação de instrumentos de planejamento. Por fim, o decreto também trata de aspectos da assistência e da articulação interfederativa[2].

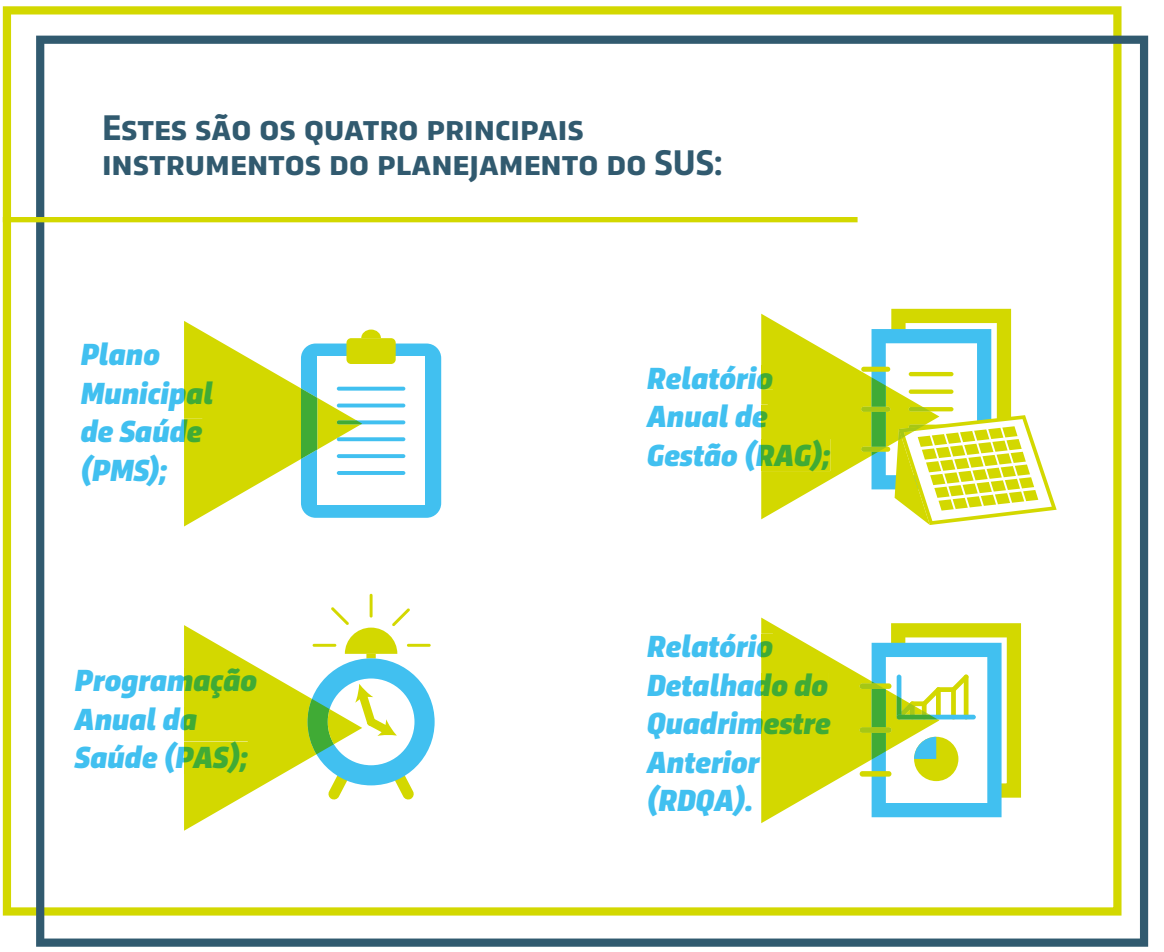
- A Lei Complementar nº 141, de janeiro de 2012 (LC 141/2012), que regulamenta o artigo 198 da Constituição Federal de 1988 (CF 88), definindo as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com o SUS dos três níveis federativos[3].

- A Portaria nº 2.135, de setembro de 2013, que estabelece diretrizes para o planejamento do SUS, define como instrumentos do planejamento em

1 PAIM, JS. Planejamento em saúde para não especialistas. In:CAMPOS, GWS et al (Org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo, Hucitec; Rio de Janeiro, Fiocruz, p. 767-782, 2007.

2 BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. BRASIL Lei nº12.466, de 24 de agosto de 2011. Acrescenta Arts. 14-A e 14-B à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "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 dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providência.

3 BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do Art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.



saúde o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual da Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) e orienta os pressupostos para o planejamento[4].

A Secretaria Municipal de Saúde e, consequentemente, seu Secretário de Saúde, possuem responsabilidades não apenas com a elaboração dos diversos instrumentos de planejamento, mas também com os prazos estabelecidos para a apresentação destes. Descreve-se, abaixo, uma síntese destes instrumentos e seus prazos:

A obrigatoriedade do Plano Municipal de Saúde (PMS)[5] na gestão do SUS está prevista nos principais dispositivos legais que norteiam o processo de descentralização[6] do SUS.

4 Ver BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

5 BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. Manual prático de apoio a elaboração de planos municipais de saúde. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Salvador, SESAB, 2009.

6 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Estabelece normas e

O PMS é uma importante ferramenta de gestão e pode contribuir no processo de compreensão dos principais problemas e desafios enfrentados pela saúde municipal; no processo de definição de objetivos para a gestão, bem como a visualização das estruturas, das mediações e das ações necessárias para alcançar tais objetivos; no processo de definição de uma agenda e um cronograma para as ações e medidas empreendidas; e também no processo de monitoramento e avaliação da gestão. O PMS deve estar sempre em "diálogo" com os dispositivos legais do SUS e em sintonia com os espaços participativos da gestão, em especial, do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e das Conferências de Saúde. Além disto, o PMS, que deve ser aprovado pelo CMS, é elemento fundamental ao Relatório Anual de Gestão (RAG) e à Programação Anual de Saúde (PAS)[7].

O PMS deve conter uma análise situacional da saúde do município[8] (a estrutura do sistema, sua rede de saúde, as condições sociossanitárias, os fluxos de acesso, os recursos financeiros, descrição dos processos de gestão do trabalho e da educação na saúde, e a descrição dos processos de inovação tecnológica em saúde), uma descrição dos objetivos, diretrizes, metas e indicadores, e uma descrição dos processos de monitoramento e avaliação. Sua validade é de quatro anos – do segundo ano do governo recém-eleito ao primeiro ano do próximo governo – devendo ser apresentado até 15 de Abril do primeiro ano de governo, e, consequentemente, subsidiando o planejamento orçamentário do município[9].

É importante destacar a construção do PMS como um processo participativo em contraponto a um planejamento burocrático e normativo, que impossibilita a adesão e a responsabilidade dos atores envolvidos ao projeto de gestão em saúde do município. A participação na construção do PMS possibilita a escuta dos atores que vivenciam o cotidiano do SUS no município, num processo de discussão e construção de consensos sobre os problemas de saúde e a melhor maneira de enfrentá-los.

procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/96.

7 MOTTIN, LM. Elaboração do Plano Municipal de Saúde: desafio para o município. Um estudo no Rio Grande do Sul. Rio de Janeiro. Dissertação (mestrado) ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1999.

8 ARTMANN, Elizabeth. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. In: Desenvolvimento local. Rio de Janeiro: Oficina Social; 2000. p.98-119.

9 Ver BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Plano Municipal de Saúde (PMS):

» **Conteúdo básico:**
- *Análise situacional da saúde do município;*
- *Objetivos, diretrizes, metas e indicadores;*
- *Monitoramento e avaliação.*

» **Validade: 4 anos, do segundo ano do atual governo ao primeiro ano do próximo governo.**

» **Prazo: 15 de Abril do primeiro ano de governo.**

A Programação Anual de Saúde (PAS) descreve as ações e seus respectivos recursos financeiros planejados, descrevendo anualmente tais aspectos e, também, descrevendo os objetivos e metas atrelados a tais ações. A PAS deve ser aprovada pelo CMS e isto deve ocorrer antes do encaminhamento da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) (visto que a PAS subsidia o planejamento orçamentário do município) do exercício correspondente, sendo sua execução no ano subsequente. A PAS deve ser apresentada para subsidiar o planejamento orçamentário do município até 15 de Abril, para sua vigência no ano seguinte[10].

Programação Anual de Saúde (PAS):

» **Conteúdo básico:**
- *Metas (atreladas a);*
- *Ações (atreladas a);*
- *Recursos. Validade: anual. Prazo: 15 de Abril de cada um dos 4 anos de governo.*

10 BRASIL. Lei Complementar nº141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do Art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

O Relatório Anual de Gestão (RAG) é outro importante instrumento de planejamento do SUS, previsto em diversos dispositivos legais do SUS como LC 141/2012 e a Portaria nº 2.135 de 2013. O RAG refere-se à apresentação de resultados atrelados à PAS, devendo conter as diretrizes, objetivos e indicadores do PMS; as metas previstas e executadas da PAS; a análise da execução orçamentária; e recomendações necessárias, inclusive redirecionamentos necessários à revisão do PMS. O RAG deve ser enviado ao CMS até 30 de março do ano seguinte à sua competência para análise e emissão de parecer pelo conselho. O RAG deve ser produzido utilizando-se o Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), pois é o que garante a comprovação ao Tribunal de Contas da União do cumprimento das obrigações do gestor municipal.

Relatório Anual de Gestão (RAG):

» **Conteúdo básico:**
- *Diretrizes, objetivos e indicadores do PMS;*
- *Metas previstas e executadas da PAS;*
- *Resultados;*
- *Análise da Execução Orçamentária;*

» **Validade: anual.**

» **Prazo: final de março de cada um dos 4 anos de governo.**

Também se destaca como instrumento de planejamento do SUS o Relatório de Gestão Quadrimestral e o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA). Este último deve ter seu conteúdo semelhante ao RAG, focando-se ao período quadrimestral, devendo ser entregue nos meses de maio, setembro e fevereiro, sempre referente ao quadrimestre anterior. Deve servir ao monitoramento da execução da PAS e do PMS, devendo ser apresentado pelo gestor da saúde em audiência pública na Câmara de Ve-

readores e no CMS. O RDQA deve conter informações sobre o montante e a fonte dos recursos aplicados no quadrimestre analisado; descrever as auditorias (e suas recomendações) realizadas ou em execução no período analisado; descrever a produção e oferta de serviços da rede SUS (dos serviços contratados e conveniados inclusive), relacionando esta produção aos indicadores de saúde[11].

Relatório de Gestão Quadrimestral e Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA):

» **Conteúdo básico:**
- *Resultados da execução da PAS;*
- *Recursos aplicados no período;*
- *Auditorias realizadas ou em execução e suas recomendações;*
- *Oferta e produção de serviços da rede própria e conveniada/ contratada;*
- *Informações sobre o COAP.*

» **Validade: quadrimestral.**

» **Prazo: deve ser entregue nos meses de maio, setembro e fevereiro referentes aos quadrimestres janeiro-abril, maio-agosto e setembro-dezembro, respectivamente.**

O § 4º, do Art. 36, da LC 141/12, dispõe sobre um modelo padronizado simplificado para o relatório quadrimestral, para os municípios com até 50 (cinquenta), mil habitantes, cujo instrumento mereceu aprovação do Conselho Nacional de Saúde, nos termos da Resolução CNS nº 459, de 10 de outubro de 2012, que contempla a estrutura do relatório.

11 BRASIL. Lei Complementar nº141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do Art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

É necessário que os novos secretários de saúde tenham clareza de que estes instrumentos do planejamento do SUS, em especial o PMS e a PAS, dão subsídios não apenas para a gestão do SUS, mas também para a formulação e gestão do orçamento municipal. Nesse sentido, o cronograma e os prazos que regem estes instrumentos estão intimamente ligados ao cronograma dos instrumentos legais do orçamento municipal.

Os três principais instrumentos do planejamento orçamentário são:

- **Plano Plurianual (PPA)**
- **Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)**
- **Lei Orçamentária Anual (LOA)**

O Plano Plurianual (PPA) é um instrumento da administração e do planejamento públicos cujo conteúdo é a programação do governo, para quatro anos, de suas diretrizes, objetivos e metas, descrevendo os programas e ações que resultarão em bens e serviços para a população. Seu período de vigência é do segundo ano do governo vigente ao primeiro ano do governo sucessor. Desta forma, o aumento de despesa decorrente de expansão ou criação de novas ações e serviços deve estar previsto no PPA. O PPA deve ser compatível ao PMS e às leis orçamentárias. Seu prazo de encaminhamento ao legislativo é quatro meses antes de se encerrar o primeiro exercício financeiro - 31 de agosto[12].

A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) é outro instrumento da administração pública, responsável por mediar a PPA e a LOA, definindo diretrizes e metas prioritárias (contidos no PPA) relacionando-as à viabilidade orçamentária subsequente ao exercício. Portanto, a LDO deve conter as metas e objetivos prioritários; orientações para a elaboração da LOA; quaisquer alterações nas leis tributárias e na política de pessoal e a fixação de limites orçamentários para os poderes.

A LDO, em decorrência da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), também deve conter aspectos do equilíbrio entre receita e despesas; dos critérios e limites para empenho; das normas de avaliação e controle dos recursos de programas atrelados ao

12 BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do Art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

orçamento; das condições para transferências de recursos a instituições públicas ou privadas, da caracterização das metas fiscais e dos riscos fiscais. A LDO deve ser objeto de audiência pública dos Poderes Executivos e Legislativos. Seu prazo para encaminhamento à Câmara de Vereadores é de oito meses e meio antes do encerramento do exercício financeiro - 15 de abril13.

A Lei Orçamentária Anual (LOA) é o instrumento da gestão pública que descreve as ações a serem realizadas pelo governo, define as receitas e autoriza os gastos para a execução, devendo ser compatível ao PPA e à LDO.

O Orçamento deve ter como um de seus objetivos a redução de desigualdades sociais, devendo ser destinado à melhoria da distribuição de renda; à universalização dos serviços públicos; à correção de imperfeições do mercado ou dos efeitos negativos deste; à manutenção da estabilidade social e econômica; e ao fomento do crescimento econômico.

Desta forma, o conteúdo da LOA refere-se à apresentação das receitas e das despesas planejadas. O projeto de Lei deve ser enviado à Câmara de Vereadores até quatro meses antes do final do exercício financeiro (31 de agosto). O monitoramento da execução orçamentária é realizado quadrimestralmente (maio/setembro/fevereiro) cabendo à Câmara a avaliação das metas fiscais e o CMS, dentro de sua atribuição, a avaliação da execução orçamentária e financeira da saúde[14].

Portanto, o calendário sob o qual se inicia uma gestão de Secretaria Municipal de Saúde é apertado e é necessária especial atenção aos prazos relacionados à elaboração do PMS e da PAS, que devem ser apresentados até o final de março.

Urge a Olga organizar e coordenar o processo de planejamento e gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Vila SUS (SMS - Vila SUS). Sendo assim, após esta apresentação, Olga procura algum membro do COSEMS para conversar sobre este momento inicial de sua gestão, sendo orientada a procurar Vitória:

O: - Olá, sou Olga, a nova secretária de saúde de Vila SUS.

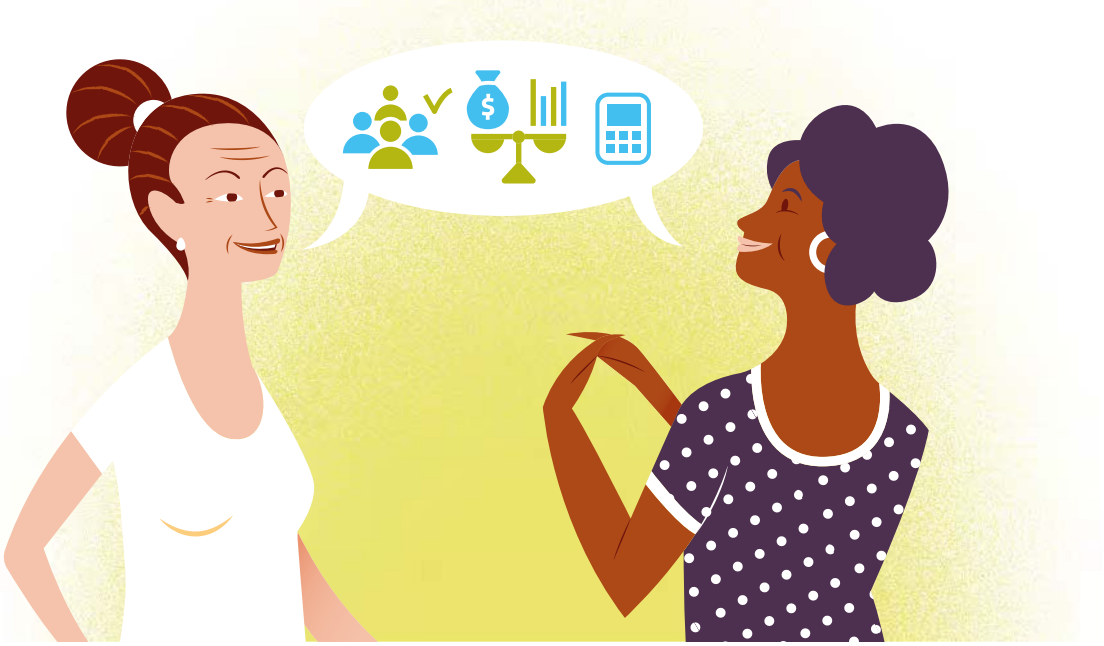
V: - Oi Olga, bem-vinda ao COSEMS! Sou Vitória, apoiadora regional do COSEMS e, por sinal, estarei no apoio à gestão dos municípios de sua região. Como está?

13 BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do Art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

14 CNM. Confederação Nacional de Municípios. Planejamento Municipal. Brasília, CNM, 2013.

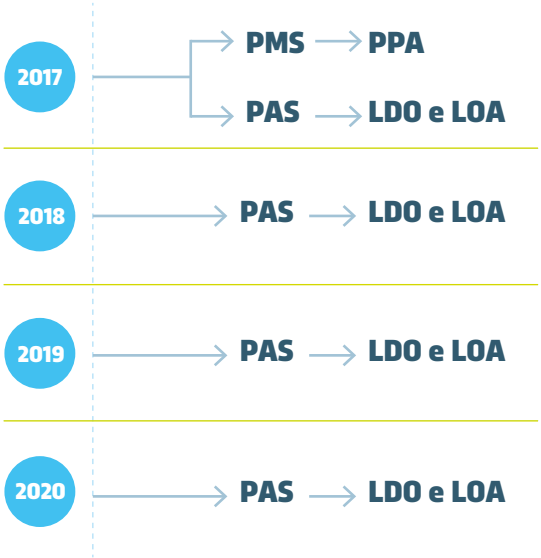
O: - Ah, que bom! Estou bem, Vitória. Empolgada, mas também preocupada com este desafio que é ser secretária de saúde. Sou trabalhadora do SUS, servidora de Vila SUS há mais de 10 anos! Estou preocupada com a infinidade de atribuições de um secretário de saúde. São muitas coisas! Esta semana terei algumas reuniões com minha equipe da secretaria para identificarmos as principais tarefas e compromissos deste início de gestão... Todos os dias surgem problemas e desafios para tratar. Por isso, preciso me organizar. A secretaria não pode ficar só apagando incêndio. Quero chegar ao fim desta gestão com um SUS melhor e mais organizado... Mas, como? Que preciso fazer para alcançar isto?

V: - A gestão do SUS é complexa e exige planejamento. Este primeiro momento de uma nova gestão possui prazos apertados. A LC 141/2012[15] condiciona o repasse de recursos federais à aprovação do PMS por um CMS em funcionamento, e o Fundo Municipal de Saúde também precisa estar funcionando. Além disto, o PMS deve estar em consonância com a elaboração da PAS. O cumprimento dos prazos contribuirá ao planejamento orçamentário de Vila SUS. É importante você ter em mente, em relação ao PMS e a PAS que, no quadriênio de uma gestão municipal de saúde se produz um PMS e uma PAS até março do primeiro ano de governo. E nos três anos subsequentes uma PAS que deve ser apresentada até fins de março de cada ano:



15 BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do Art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

FIGURA 1. **CRONOGRAMA DOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO**



Fonte: elaborado pelo autor.

V: - Todos estes instrumentos que foram apresentados hoje vão estar presentes no cotidiano do secretário de saúde, ao longo de sua gestão, e devem subsidiar os processos de planejamento regional, em especial o Contrato Organizativo de Ação Pública, o COAP, principal instrumento do planejamento regional hoje.

O: - Aliás, gostaria de tratar uma questão de regionalização. Mas talvez fosse pertinente marcarmos uma conversa amanhã. Então você poderia me explicar melhor o COAP, mas também me ajudar a pensar o planejamento de Vila SUS e pensar como trabalhar um problema regional que recentemente apareceu na pauta do CMS de Vila SUS.

V: - Sim, nos sentamos amanhã e conversamos.

QUADRO 1. **INSTRUMENTOS DO PLANEJAMENTO DA SAÚDE E DO PLANEJAMENTO DO ORÇAMENTO DE GOVERNO**

INSTRUMENTOS	CONTEÚDO/SÍNTESE DO INSTRUMENTO	PERÍODO/VALIDADE DO INSTRUMENTO	PRAZO
PMS	*- Análise situacional da saúde do município; - Objetivos, diretrizes, metas e indicadores; - Monitoramento e avaliação.*	*Válido por quatro anos. Do segundo ano da gestão que se inicia ao primeiro ano da gestão subsequente.*	*Deve estar proposto até fins de março do primeiro ano de gestão, sendo subsídio ao PPA.*
PAS	*- Ações a serem realizadas; - Recursos a serem mobilizados; - Metas a serem alcançadas.*	*Sua validade é de um ano, sempre o ano subsequente a sua apresentação.*	*Deve ser apresentada ao CMS até fins de março de cada ano de gestão, em consonância ao PMS. Subsidia a LDO e a LOA*
RAG	*- Resultados atrelados à PAS; - Objetivos, diretrizes, metas e indicadores; - Metas previstas e executadas; - Execução orçamentária.*	*Período de um ano, sendo seu objeto o ano anterior à sua apresentação.*	*Deve ser apresentado ao CMS até fins de março de cada ano.*
RDQA	*- Conteúdo semelhante ao RAG, referente ao quadrimestre anterior.*	*Período de quatro meses, sempre referente ao quadrimestre anterior ao mês de apresentação (exceto o de fevereiro, cujo período é de setembro a dezembro)*	*Sempre ao final dos meses de maio, setembro e fevereiro do ano subsequente*
PPA	*- Objetivos, diretrizes e metas; - Programas e ações.*	*Válido por quatro anos. Do segundo ano da gestão que se inicia ao primeiro ano da gestão subsequente.*	*Deve ser enviada ao Legislativo até 31 de agosto do primeiro ano de governo*
LDO	*- Diretrizes e metas prioritárias; - Alterações em leis tributárias e de pessoal; - Limites orçamentários; - Limites e critérios para empenho; - Normas para avaliação e controle; - Condições para transferências.*	*Validade de um ano, sendo seu objeto o ano subsequente à sua apresentação.*	*Deve ser enviada ao Legislativo até 15 de abril.*
LOA	*- Ações a serem realizadas; - Receitas a serem mobilizados; - Gastos autorizados.*	*Validade de um ano, sendo seu objeto o ano subsequente à sua apresentação.*	*Deve ser enviada ao Legislativo até 31 de agosto*

Fonte: Quadro produzido pelo próprio autor, baseado em informações de MINAS GERAIS, 2016[16].

FIGURA 2. **INSTRUMENTOS FLUXO INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO – CAP PARTICIPAÇÃO.**

Uma Proposta de Metodologia para o PMS[17]

Na manhã seguinte, Olga reúne-se com Vitória. Traz consigo muitas questões sobre o desafio de planejar sua gestão. Em sua experiência de SUS o planejamento sempre foi algo secundário, realizado de maneira solitária ou com auxilio de poucos colegas de trabalho; quase sempre para atender a demanda do secretário de saúde ou para atender um problema imediato da rede assistencial.

Vitória, então, apresenta o Planejamento em Saúde (PS) para Olga e sugere que na gestão da saúde de Vila SUS seja utilizada uma metodologia baseada no Planejamento Estratégico Situacional (PES). Para a apoiadora, o PES pode ajudar a identificar os principais problemas e desafios da saúde de Vila SUS, identificar os sujeitos sociais e políticos da cidade, definir objetivos para a gestão e visualizar as ações necessárias para a organização do plano de saúde e, até mesmo, para a organização de sua gestão, de uma forma geral. Olga anima-se com a proposta de Vitória. Já tinha ouvido falar do PES em treinamentos que participou nesses anos de SUS, mas nunca fez uso, em sua prática, desta ferramenta.

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) refere-se a uma teoria trabalhada no PS, que para além da perspectiva econômica e de eficiência dos custos, considera a dimensão política do planejamento, propondo-se participativa, reconhecendo os sujeitos que vivem a realidade que se quer planejar, a influência e a necessidade da participação destes no processo de planejamento[18]. É importante destacar que o PES foi concebido como me-

16 CAMPOS, FCC; FARIA, HP; SANTOS, MA. Planejamento e avaliação das ações em saúde. Belo Horizonte, Nescom/UFMG, Coopmed, 2010.

17 RIVERA, FJU; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: Conceitos, história e propostas. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012 e TESTA, M. Pensar em saúde. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

18 RIVERA, FJU; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: Conceitos, história e propostas. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012.

todologia para o planejamento de um país com todas as suas políticas públicas. Seu uso apenas no setor saúde requer adaptações à realidade local.

O PES possui quatro momentos: o momento explicativo: trata da realização de uma análise da situação em que se encontra a realidade que se deseja planejar, bem como a caracterização dos PROBLEMAS que se deseja enfrentar; o momento normativo: refere-se aos objetivos que se desenham, bem como a definição das operações necessárias para se alcançar estes objetivos; o momento estratégico: trata da análise de cenários possíveis e das ações necessárias para a viabilidade das operações normativas; e o momento tático-operacional: é a gestão, execução, monitoramento e avaliação das ações e operações do plano desenvolvido.

Problemas: dividem-se em estruturados (os quais são possíveis de se tratar de maneira mais normatizada) e os semi-estruturados (problemas que normalmente envolvem diversos atores e perspectivas sobre o problema e que exigem soluções e ações que, embora, em alguma medida sejam técnicas, dependerão de negociações e mediações de ordem política, social e cultural).

QUADRO 2. **Os quatro momentos do Planejamento Estratégico Situacional (PES)**

Momento explicativo	*- Identificação problemas;* *- Seleção de problema prioritários/estratégicos (classificação criteriosa dos problemas);* *- Elaboração de uma agenda estratégica;* *- Descrição dos problemas (uso de indicadores e descritores qualitativos e quantitativos);* *- Elaboração da rede de causalidade dos descritores de problemas e identificação dos nós críticos (ponto da rede de causalidade que se avalia estratégica a intervenção e sobre a qual se formulará uma ação).*
Momento normativo	*- Definição da situação-objetivo (transformação dos descritores em resultado esperado);* *- Elaboração do plano de operações (cada operação é um conjunto de ações);* *- Reconhecimento de cenários possíveis;* *- Definição dos recursos necessários e dos produtos e resultados esperados em cada ação.*
Momento estratégico	*Análise de viabilidade (segundo as diversas dimensões do plano: política, econômica, cognitiva, organizativa, etc.):* *- Discriminação dos recursos necessários;* *- Reconhecimento de que atores controlam os recursos necessários, bem como suas motivações perante o plano;* *- Definição de operações estratégicas (operações necessárias e não viáveis).*
Momento tático-operacional	*- Acompanhamento e avaliação do plano, segundo variáveis como os descritores dos problemas, os nós críticos, o andamento das operações, entre outros.*

Fonte: elaborado pelo autor com base em RIVERA e ARTMANN, 2012[19].

19 RIVERA, FJU; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: Conceitos, história e propostas. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012.

Outro elemento importante do PES e extremamente útil ao processo de planejamento e gestão é o Triângulo de Governo (TG).

Triângulo de Governo (TG): ferramenta para a análise das possibilidades de governança. O TG é composto por três aspectos da governança: o plano, o projeto ou política - o que se estabelece como objetivo ou o que se deseja realizar; a capacidade de governo - as habilidades com as quais a gestão pode contar; e a governabilidade - corresponde aos fatores que influenciam a governança; variáveis relacionadas aos recursos necessários à gestão e ao plano (recursos financeiros, humanos, técnicos, estruturais, etc.), sobre os quais se tem maior ou menor capacidade de controle. Quanto maior controle sobre os recursos, maior a governabilidade do ator[20].

FIGURA 3. **TRIÂNGULO DE GOVERNO (TG)**

Fonte: Elaboração do próprio autor, com base em CURITIBA, 2011[21].

Após apresentar à Olga o PS e PES[22], Vitória sugere duas frentes de trabalho no planejamento do início de gestão:

Uma centrada em sua equipe de dirigentes da SMS, voltada à produção de um Plano de Ação para os primeiros seis meses de governo, e que vai também coordenar a elaboração do PMS: Grupo de Trabalho (GT) do Plano de Gestão;

20 RIVERA, FJU; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: Conceitos, história e propostas. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012.

21 CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. Instituto Municipal de Administração Pública. Introdução ao Pensamento de Carlos Matus. Curitiba, IMAP, 2011.

22 ARTMANN, Elizabeth. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. In: Desenvolvimento local. Rio de Janeiro: Oficina Social; 2000. p.98-119.

Outra para organizar a Conferência Municipal de Saúde, a partir de oficinas, de participação ampliada da sociedade civil de Vila SUS, com objetivo de elaborar o PMS. Esta estratégia envolve a equipe de dirigentes da SMS, conselheiros de saúde, profissionais de saúde de Vila SUS, e toda sociedade civil que queira construir o PMS.

O Plano de Gestão deve contemplar minimamente a elaboração do Plano de Ação para os primeiros seis meses dos Instrumentos do Planejamento do SUS, anteriormente citados – PMS, PAS, RAG e RDQA. Além disso, Olga sugere que o GT do Plano de Gestão elabore um diagnóstico da saúde no município, e utilize, em conjunto com ela, a ferramenta Triângulo de Governo para a gestão da secretaria de saúde.

Estas ações possibilitarão ao gestor conhecer melhor a realidade da saúde de seu município, a identificar os principais objetivos e metas para sua gestão, bem como os recursos necessários para alcançá-los, e reconhecer os principais atores políticos e sociais que controlam recursos ou interferem na organização do SUS municipal, e no Projeto da SMS de Vila SUS.

Ações propostas para o GT do Plano de Gestão da SMS de Vila SUS:

- *Elaboração do Plano de Ação para os primeiros 06 meses de governo;*
- *Elaboração de um diagnóstico da saúde em Vila SUS (Subsídio para as oficinas do PMS);*
- *Elaboração de uma proposta inicial de PMS (subsídio para as oficinas do PMS);*
- *Elaboração da PAS;*
- *Elaboração da RAG;*
- *Elaboração da RDQA;*
- *Elaboração do Triângulo de Governo da gestão da SMS de Vila SUS.*

Para auxiliar nessas ações Vitória sugere-se alguns instrumentos/roteiros, que sistematizamos a seguir.

Diagnóstico

A elaboração de um diagnóstico da saúde em Vila SUS é fundamental para o início de gestão. Este diagnóstico deve subsidiar as discussões nas oficinas e compor a análise situacional presente no PMS.

QUADRO 3. **COMPONENTES DO DIAGNÓSTICO DA SAÚDE MUNICIPAL**[23]

DIAGNÓSTICO DA SAÚDE MUNICIPAL		
COMPONENTE DO DIAGNÓSTICO	**DESCRIÇÃO**	**FONTE**
Informações demográficas, epidemiológicas e assistenciais	*- Dados territoriais, economia, cobertura da rede de saneamento e esgoto;* *- População total e estratificada por faixa etária, sexo e raça e bairro de moradia. Dados de renda e educação;* *- Principais doenças infecciosas, não infecciosas e outros agravos relevantes. Taxas de morbidade e de mortalidade estratificado por idade, número de nascidos vivos;* *- Número de atendimentos e de procedimentos realizados pela rede de Vila SUS e oferecidos à população residente no município, comparando a parâmetros assistenciais.*	*- DATASUS;* *- IBGE;* *- Instrumentos locais de informação*.*
Informações sobre Recursos Humanos, a qualidade das unidades e serviços assistenciais	*- Força de trabalho com que conta a SMS;* *- Número de unidades assistenciais, segundo sua complexidade (primária, secundária, terciária);* *- Número de consultórios;* *- Número de equipamentos de exame e diagnóstico;* *- Leitos de internação e leitos cirúrgicos, Unidades Intermediárias e Unidades de Tratamento Intensivo.*	*- CNES;* *- Instrumentos locais de informação;* *- Ouvidoria;* *- Avaliação de satisfação;* *- Aplicação de instrumentos de avaliação da qualidade dos serviços.*
Informações dos sistemas de apoio terapêutico e diagnóstico	*- Número de equipamentos para exame/capacidade instalada;* *- Número de profissionais aptos a operação dos equipamentos.*	*- Instrumentos locais de informação;* *- CNES;* *- Instrumentos locais de informação;*
Informações dos sistemas de apoio logístico	*- Estrutura de transporte;* *- Estrutura informacional (registro de informações assistenciais, cadastro de usuários, prontuário, serviços utilizados, agendamentos, etc.);* *- Estrutura da rede farmacêutica;* *- Estrutura do Patrimônio da Secretaria/Fundo Municipal de Saúde;* *- Situação do abastecimento da Rede (Almoxarifado).*	*- Instrumentos locais de informação.*
Informações sobre o ciclo orçamentário da gestão anterior	*Identificação das principais ações e recursos mobilizados pela saúde.*	*- Instrumentos locais de informação;* *- PMS (2014 a 2017);* *- PAS (2017);* *- RAG (2016).*

Fonte: Quadro elaborado pelo autor.

23 Entende-se que subunidades de gestão da Secretaria Municipal de Saúde possuem formas e instrumentos singulares para operarem a gestão e o monitoramento das ações e da estrutura gerida. Desta forma, a nova gestão deve buscar junto a estas subunidades as informações desejadas para a produção do diagnóstico da saúde para o PMS.

Este diagnóstico servirá de subsídio a análise situacional da saúde no município, que envolve, além do diagnóstico, o reconhecimento dos principais problemas de saúde. Esta análise situacional[24] junto aos objetivos, diretrizes e metas comporá o PMS.

O conteúdo básico dos quatro instrumentos (PMS, PAS, RAG, RDQA), bem como seus prazos e validade já foram descritos anteriormente neste capítulo, e a elaboração destes deve compor o Plano de Gestão dos primeiros seis meses.

Já, em relação às oficinas para a elaboração do PMS[25], Vitória propõe foco nos dois primeiro momentos do PES - o momento explicativo e o momento normativo – visto que estes subsidiam a elaboração dos instrumentos do SUS. Com isto, Vitória acredita ser possível a elaboração do PMS de forma participativa junto ao CMS e a outros sujeitos sociais.

Desta forma, pode-se pensar o processo de elaboração do PMS, com base nas seguintes atividades:

---

24 ARTMANN, Elizabeth. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. In: Desenvolvimento local. Rio de Janeiro: Oficina Social; 2000. p.98-119

25 ARTMANN, Elizabeth. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. In: Desenvolvimento local. Rio de Janeiro: Oficina Social; 2000. p.98-119.

26 Propõe-se que estas reuniões locais mobilizem não apenas conselheiros de saúde, mas a sociedade civil organizada e usuários do SUS de uma forma geral. A ideia é que estes espaços se caracterizem espaço de participação social, estabelecendo um diálogo entre a gestão da saúde e a sociedade civil.

QUADRO 4. **PROPOSTA DE MÉTODO PARA ELABORAÇÃO DO PMS**

Atividade	*Descrição*	*Sujeitos sociais participantes*	*Produto Esperado*
Reuniões locais sobre saúde nos bairros de Vila SUS[26]	*Levantamento inicial de problemas, demandas e propostas para a saúde de Vila SUS.*	*- Equipe de gestão;* *- CMS;* *- Sociedade civil organizada;* *- Trabalhadores da saúde;* *- Usuários.*	*- Identificação dos problemas locais de saúde;* *- Caracterização preliminar da demanda em saúde;* *- Identificação de ações e serviços demandados pela população.*
Oficinas de trabalho da Equipe da Secretaria Municipal de Saúde	*Análise situacional da saúde e debate sobre prioridades, metas e objetivos. Proposta de PMS.*	*- Equipe de gestão*	*- Levantamento dos dados referentes ao diagnóstico do PMS;* *- Identificação inicial de prioridades, metas e objetivos;* *- Elaboração de indicadores para o monitoramento;* *- Sistematização dos componentes do plano e elaboração de proposta de PMS.*
Reuniões com Prefeito e equipe	*Definição das prioridades e metas para a saúde no quadriênio no âmbito do governo. Análise da viabilidade do plano*	*- Secretária de Saúde e sua equipe dirigente SMS;* *- Prefeito e sua equipe.*	*- Identificação de prioridades, metas e objetivos (proposta do governo);* *- Análise de viabilidade política e orçamentária da proposta de PMS;*
Oficinas do CMS de Vila SUS	*Sistematização das propostas do PMS*	*- Equipe de gestão;* *- CMS.*	*- Definição das prioridades, metas e objetivos;* *- Proposta de PMS.*
Conferência Municipal de Saúde	*Discussão e validação de proposta de PMS*	*- Delegados da conferência;* *- Secretário de saúde.*	*- Legitimação em conferência do PMS.*
Entrega do PMS ao CMS	*Avaliação e aprovação do PMS pelo CMS*	*- Equipe de gestão;* *- CMS*	*- Aprovação do PMS.*

Fonte: Quadro elaborado pelo autor.

Vitória propõe ainda que a partir do PMS 2018 – 2021 o GT do Plano de Gestão coordene as atividades da equipe da SMS de Vila SUS na formulação da PAS 2018 e indica referências de PAS para servirem de parâmetro para Olga. Ela ficou satisfeita com a proposta de Vitória e então buscou tratar de outra questão:

O: - Bom, gosto desta perspectiva de trabalho com relação aos instrumentos de planejamento do SUS. Acredito que este é um bom caminho de trabalho!

Governança e Planejamento Regional

Em uma manhã de janeiro, a secretária de Olga pergunta se pode incluir na agenda o calendário anual de reuniões na Comissão Intergestora Regional (CIR) da região de saúde, das reuniões da macrorregião e da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) que acabara de chegar por e-mail. Olga pede para ver primeiro esse calendário solicitando o encaminhamento desse e-mail para a caixa de mensagens dela. Assim que acessou seu e-mail, Olga abriu e viu que não continha nenhuma informação além de datas de reuniões. "Afinal, o que são estas reuniões e porque eu devo participar?", se perguntou Olga.

Em seguida, Olga telefonou para o COSEMS e agendou uma reunião com Vitória para que ela lhe explicasse o que significava aquele calendário e, assim, ajudá-la a decidir se ela participaria ou não daquelas reuniões.

No dia da reunião, Vitória explicou que as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite – CIT e CIB se caracterizam como foros de pactuação e de articulação dos gestores do SUS desde 1993[27], sendo a CIT a comissão nacional com representantes do Ministério da Saúde, dos gestores estaduais (Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS) e municipais (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS), e a CIB a comissão estadual com representantes das SES e dos gestores municipais (Conselho de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS). A Lei 8.080/90 dispõe que são objetivos destas comissões: decidir sobre aspectos operacionais[28], financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS (sem se sobrepor aos Planos de Saúde aprovados pelos conselhos); definir diretrizes da organização das redes de ações e serviços de saúde; e definir diretrizes aos diversos aspectos da integração de ações e serviços de saúde entre os entes federados.

Após Vitória explicar à Olga o processo de planejamento regional e gestão interfederativa, bem como seus principais foros e dispositivos, Olga questiona Vitória em como a regionalização e todo esse processo de apoio que o COSEMS podia construir com os municípios poderia apoiar a melhoria do cuidado em um aspecto muito sensível à população e para a qual todas as informações que reunira com sua equipe - inclusive com informações obtidas por busca rápida em prontuários dos usuários e investigação epidemiológica de alguns casos com o apoio das referências da vigilância na regional do estado, e com a coordenação de cuidado ao câncer na SES - cujas evidências apontavam problemas na resposta à necessidade da po-

27 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93.

28 BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Portaria nº 234, de 7 de fevereiro de 1992. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB SUS/92).

pulação em cuidado com câncer de mama. Vitória analisando os relatórios que Olga apresentou, respondeu que essa era uma questão regional, já que Vila SUS não tinha oferta dos procedimentos necessários para diagnosticar e muito menos para tratar desses casos.

Vitória ponderou com Olga que esta questão de Vila SUS poderia ser tratada em espaços como a CIB, mas que seria preferível buscar uma solução na CIR, que já tinha uma pactuação sobre a referência de Vila SUS para o apoio diagnóstico em câncer de mama. Mas, como toda a pactuação, é preciso monitorar e avaliar seu funcionamento e somente o município pode fazer isso, como no caso apresentado por Olga, que se mostrou imperceptível aos sistemas de informação.

Olga pergunta a Vitória se este tema poderia ser pautado na próxima reunião da CIR, que aconteceria segundo o calendário de reuniões dali a algumas semanas. E Vitória relembra a Olga que ela como parte integrante da CIR tinha precedência e prioridade para propor qualquer item de pauta a qualquer momento.

Uma semana antes da reunião da CIR, Olga participou com Vitória da reunião da Câmara Técnica da CIR que sempre se reúne previamente ao plenário para definir pauta de reunião e encaminhamentos. Todos os membros da Câmara Técnica, representantes da SES e dos municípios concordaram com o ponto solicitado por Olga e encaminharam a realização de uma análise dos dados relativos a todos os municípios da região para subsidiar o debate no dia da CIR.

Então na reunião da CIR Olga pontuou o problema que estava ocorrendo no cuidado ao câncer de mama no Município de Vila SUS. Descobriu-se que a capacidade de realização de ultrassonografia e de biópsia de mama estava reduzida pela metade no Município de Aurora, em razão de um problema na manutenção de um dos aparelhos que estava impedindo o conserto do equipamento e, consequentemente, a normatização da rotina.

A solução encontrada na CIR foi pactuar o encaminhamento das pacientes de Vila SUS para Girassol, município de referência macrorregional para a alta complexidade, que também oferece o serviço de ultrassonografia e biópsia de mama. Esta reorganização da referência de Vila SUS para sua demanda exigirá uma formalização entre o município de Olga e Girassol, num processo de contratualização que configure não apenas o novo fluxo nesta linha de cuidado, mas também um acordo orçamentário em que Vila SUS deverá repassar recursos de seu fundo de saúde ao de Girassol.

O princípio mais fundamental e estruturante de um sistema de saúde municipal e regionalizado[29] é sua base territorial. Do ponto de vista formal, o sistema municipal de saúde se refere ao território municipal, suas fronteiras e suas vizinhanças. Agregam-se a esse território municipal as relações

29 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.097, de 22 de maio de 2006. Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde.

de corresponsabilidade solidária bipartite e tripartite que conformam a região de saúde. Ou seja, nenhum município consegue sozinho resolver seus problemas de saúde, pois precisa acordar regionalmente na Comissão Intergestora Regional (CIR), na macrorregião e na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) suas responsabilidades. A política de saúde é a única política pública nacional que além das responsabilidades específicas de cada esfera de governo, tem responsabilidades comuns e, por isso, precisa pactuar o papel de cada um, conforme a Lei 8.080/90. Na saúde, portanto, as esferas de governo são interdependentes. E mais, todos os municípios, todos os estados e a União precisam colaborar uns com os outros para que o SUS se consolide. A esse processo de decisão coletiva e orientada por consenso, em curso no SUS nacionalmente, chama-se Governança. Importante salientar que a garantia do princípio da participação da comunidade é fundamental para maior capacidade de governança no SUS. A governança regional em saúde, ao lado dos desafios estruturais do SUS, de financiamento adequado e de recursos humanos qualificados e suficientes, e, principalmente, o estabelecimento de cogestão intergovernamental nas regiões de saúde e o justo partilhamento de responsabilidades entre os entes federados no contexto do pacto federativo[30], é perspectiva e desafio para o cumprimento dos princípios e diretrizes constitucionais no Brasil.

O Decreto Presidencial 7.508, de 28 de junho de 2011[31], tem a integração regional como um de seus principais objetivos. Além de atribuições normativas e formais, tais como rever e adequar os marcos geográficos das regiões de saúde nos documentos de pactuação intergestores, também é objetivo dessas instâncias de pactuação constituir os colegiados regionais previstos (CIR), programar oferta de serviços, mudanças mais substantivas que promovam integração regional decorrentes de planejamento e pactuações entre gestores induzidas pelo COAP.

30 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Pacto pela Saúde. e O processo de descentralização e regionalização do SUS no contexto do Pacto pela Saúde. In: MACHADO, CV; BAPTISTA, TWF; LIMA, LD (Org). Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro, ED. FIOCRUZ, p 229-251, 2012.

31 BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências..

As Comissões Intergestores Regionais – CIR, segundo o Decreto, têm a responsabilidade de pactuar à luz de diretrizes nacionais e estaduais:

aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde; diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos; diretrizes de âmbito regional, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos.

Por isso, um dos fatores importantes é a incorporação da regionalização[32] na agenda dos chefes dos poderes executivos e dirigentes das secretarias estaduais e municipais de saúde. Não participar das reuniões, se traduz em fragilidade institucional na implementação da regionalização, como resultado de um processo de governança para a região de saúde não desenvolvido ou estabelecido.

O COAP como resultado de governança colaborativa fortalece os vínculos entre os entes públicos envolvidos definindo melhor as responsabilidades e reforçando a institucionalidade no planejamento regional. O fato é que a consolidação da regionalização da saúde no SUS depende da potencialização de esforços das três esferas de governo, e isso só ocorrerá com o fortalecimento dos mecanismos político-institucionais dentro do pacto federativo regional.

Importante ressaltar o papel dos COSEMS nesse processo. Desde o ano 2000, se debate a necessidade de fortalecimento das iniciativas de apoio institucional dos COSEMS aos municípios. Há iniciativa de vários COSEMS com apoiadores regionais que conseguem promover acesso à informação, à trocas de experiências e facilitam a comunicação entre os gestores. Esse apoio das entidades de representação dos municípios não substitui a res-

32 Ver LIMA, LD; MACHADO, CV; ALBUQUERQUE, M; IOZZI, F. Regionalização da saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L et al (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, p 823 – 852, 2012 e LIMA, LD; QUEIROZ, LFN.

ponsabilidade executiva da União e Estados de apoio técnico, conforme a Lei 8.080/90, mas é iniciativa que ajuda na formulação dos consensos e estratégias potentes para a regionalização.

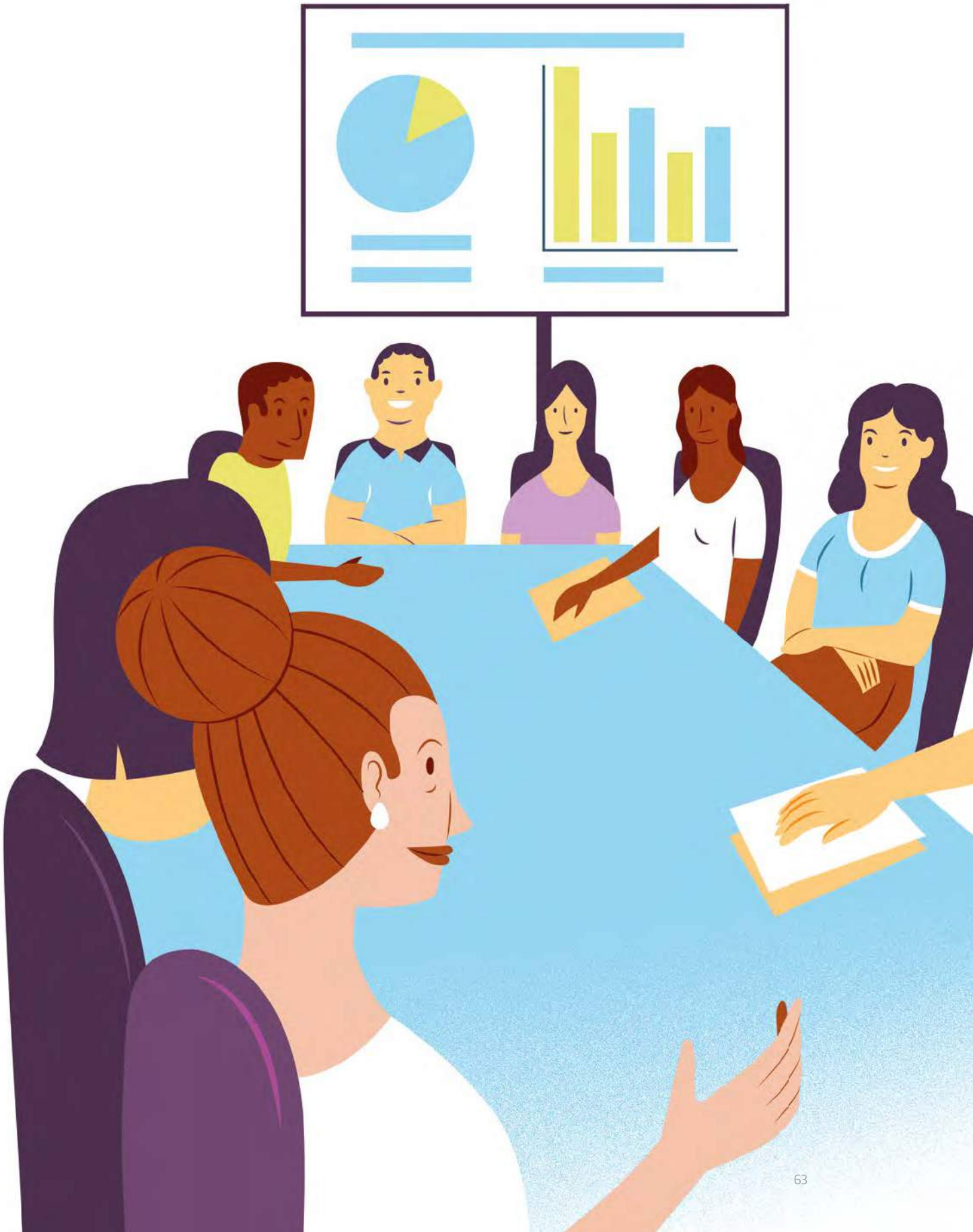
A colaboração também implica que as partes interessadas terão verdadeira responsabilidade no resultados das políticas. Por isso, o decreto Presidencial 7.508 impõe a condição de que todos os Secretários Municipais de Saúde devem participar diretamente na tomada de decisões das CIR[33]. Na CIB e na CIT, os municípios são representados conforme a Lei 8.080, pelo COSEMS e pelo CONASEMS.

Este processo permanente da organização da gestão de forma regional no SUS, que traz três esferas de entes federados autônomos e interdependentes entre si, mas com grandes assimetrias de poder e de recursos e que vivem uma enorme diversidade de realidades sociais, políticas e econômicas, é muito importante e nem sempre fácil para articular e harmonizar as decisões, pois os problemas são tratados em um ambiente muitas vezes marcado pela ambiguidade e incerteza. Gestores da Saúde participam da CIR e da CIB não apenas em função de ser o único meio de não ser responsabilizado por algo que não está dentro de sua capacidade técnica e/ou competência política, ou de ser o único meio de obter recursos financeiros adicionais para fazer frente à necessidade de saúde de sua população, mas também, e principalmente, porque ao participarem, a decisão sempre gera entendimentos da situação coletiva e de cada município nas discussões e conversas que tornam resoluções, portarias e normas mais aderentes à realidade de todos.

Vitória concluiu dizendo a Olga que a participação dela no calendário de reuniões enviado por e-mail e, mais ainda, nas reuniões prévias promovidas pelos próprios secretários municipais com o apoio do COSEMS, é fundamental para a saúde de Vila SUS.

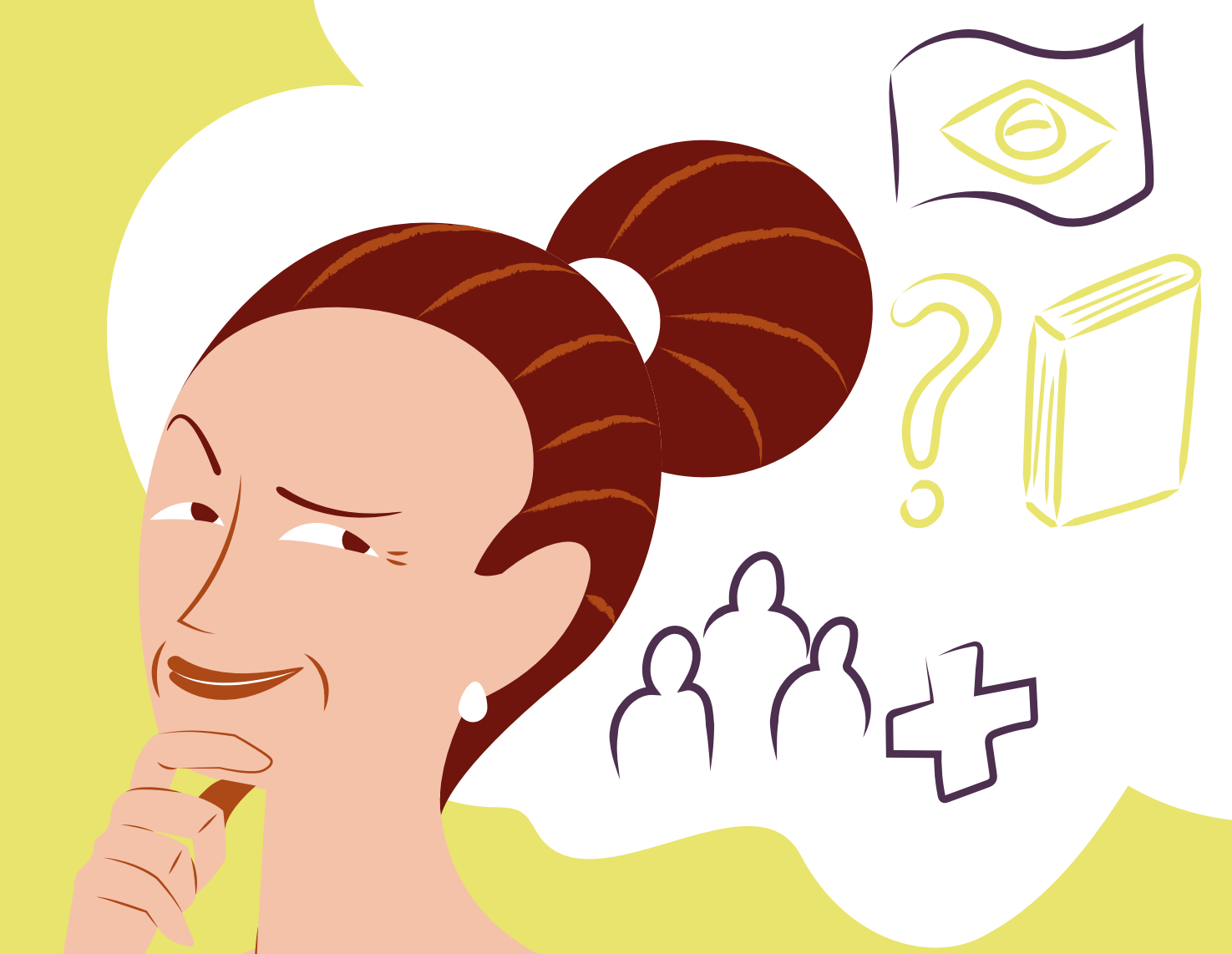
Ao voltar à Secretária Municipal de Saúde de Vila SUS, Olga pede a sua secretária que insira na agenda todas as reuniões da CIR, da macrorregião e da CIB, pois mesmo não sendo membro deste último colegiado, o COSEMS iria convidá-la para as reuniões prévias.

33 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS SUS 01/01.



Capítulo 2

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE E PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE



Embora Olga tenha experiência como trabalhadora do SUS ela ainda não tinha participado das reuniões do CMS ou das Conferências Municipais de Saúde da Vila SUS. Em seu primeiro mês como gestora Olga foi procurada pelos conselheiros de saúde da Vila SUS interessados em conversar com ela para agendar a primeira reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde do ano e discutir sobre a realização da Conferência Municipal de Saúde. Olga organizou-se para recebê-los, no entanto, percebeu que possuía muitas dúvidas e perguntas sobre o tema e que seria necessário preparar-se antes da reunião.

A primeira pergunta do conselheiro representante dos usuários, à associação de bairros, foi a seguinte:

RU: *Mas afinal de contas o que é essa participação da comunidade na Saúde e onde isso está escrito?*

O: *Mais conhecida como "Controle Social" a Participação da Comunidade no SUS tem por objetivo garantir a participação da sociedade nas decisões tomadas pelo Estado, ou seja, na gestão pública, e que dizem respeito ao interesse e bem comuns. Busca, por meio da escuta ampliada e qualificada dos cidadãos, contemplar as necessidades da população acertando os rumos da saúde de acordo com as demandas sociais, compreende a democratização da gestão como condição para sua qualificação.*

Este diálogo entre gestão, trabalhadores e cidadãos usuários, propicia ao governo a possibilidade de expor seus limites e potencialidades para atender o solicitado, permitindo que todos atuem juntos na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (§2º, Art.1º, Lei 8142/90[1]), estabelecendo prioridades a fim de diminuir o risco de doenças e outros agravos.

A Constituição Federal Brasileira[2] traz em seu 1º artigo, a importância da participação como direito de cidadania, veja o que está escrito: "Todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta constituição". Portanto, é um preceito legal e uma das diretrizes do SUS. Também aparece no Art. 7º da Lei nº 8.080/90[3], lá estão listados todos os princípios do SUS, e no inciso VIII está a Participação da Comunidade.

A Lei Complementar nº 141/12[4] quando trata da transparência, visibilidade, fiscalização, avaliação e controle da gestão da saúde reafirma a importância da participação da comunidade na saúde e destaca que o incentivo à participação popular assegura a transparência e visibilidade. Em seu Art.

1 BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº8142 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.

2 BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453 de 10 de maio de 2012.

3 BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

4 BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do Art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

30 afirma que o processo de planejamento e orçamento deverá ser ascendente e partir das necessidades da população, e que caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades, ou seja, reitera a importância da escuta.

Diante desta explicação outro conselheiro, representante dos profissionais de saúde, pede um esclarecimento:

RP: *Existe alguma diferença entre controle social e participação da comunidade na saúde?*

O: *Sim, existe. Entende-se que participação da Comunidade na Saúde é mais do que só controle social, pois se expressa de forma mais ampla por meio da ação, proposição e controle, o que significa dizer que cabe à população ir além do que só controlar as ações da gestão. Os cidadãos, conscientes de seus direitos e que cumprem seus deveres, participam naturalmente, tomam parte das decisões que dizem respeito a eles, desempenham suas tarefas e funções, propõem e avaliam ideias, sugerem estratégias, controlam a execução das políticas e fiscalizam o uso dos recursos públicos*[5].

Entende-se, portanto que participação da comunidade na saúde é mais do que só acolher elogios ou reclamações dos usuários e conhecer o grau de satisfação e a expectativa destes com o serviço prestado, é decidir coletivamente qual o caminho a ser trilhado para garantir o direito à saúde.

5 CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de. Participação da Comunidade na Saúde. Campinas – SP: Saberes Editora, 2014.

Alguns exemplos concretos da participação da comunidade:

Construção coletiva do PMS;

Aprovação da prestação de contas da gestão do SUS pelo CMS;

Orçamento participativo;

Ações de mobilização voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças de iniciativa ou com apoio popular;

Ouvidoria;

Conselhos Gestores de Unidade, Conselhos Locais ou ainda Conselhos Populares e Conselhos Comunitários.

A participação da comunidade na saúde é uma forma de manifestação da democracia participativa, pois se trata do exercício do poder baseado na participação direta dos cidadãos na tomada de decisão política. Diferente da democracia representativa[6], onde a sociedade participa de forma indireta, pois delega a um representante o direito de representá-la, e de tomar decisões que beneficiem toda a população. Portanto a participação da comunidade na saúde permite ampliar a participação direta das pessoas nos rumos do SUS e os Conselhos de Saúdes são um meio de efetivar isso. A Resolução nº 453/12[7] do CNS afirma que "Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde".

Um representante do conselho de unidades que participava da reunião solicita mais detalhes:

6 Na democracia representativa a sociedade elege seus representantes que passam a defender interesses em nome da sociedade nos diferentes espaços do legislativo em cada esfera de governo como Vereadores, Deputados Estaduais e Federais e Senadores.

7 RESOLUÇÃO Nº 453, DE 10 DE MAIO DE 2012 . Dispõe sobre Aprovar as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde dá outras providências.

RCU: *Então, se o CMS é um exemplo de participação da comunidade no SUS, preciso saber o que faz um conselho, como funciona e quem participa dele.*

Vitória alerta que primeiramente é necessário entender o que são Conselhos de Saúde segundo a Lei 8.142/90: conselhos são instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo. Em seu Art.1º lê-se ainda que o "Conselho de Saúde [...] atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, [...] inclusive nos aspectos econômicos e financeiros".

O: *Vamos ver o que significa tudo isso. O que é ser permanente e deliberativo? Ser permanente significa dizer que o conselho deve se reunir periodicamente, preferencialmente todo mês, e ter estrutura para isso, lembrando que esta estrutura deve ser estável e garantida pelo gestor, uma vez que o conselho faz parte do Executivo do município. Ser permanente também significa que o CMS deve funcionar ininterruptamente, e que independente de encerrado o mandato do prefeito ou da troca do secretário, o conselho não deve parar de trabalhar ou ser desativado. Uma vez eleito o conselho deve cumprir todo o período de seu mandato, e garantir, a depender da legislação local, que novas eleições ocorram dentro do prazo previsto, assegurando que osnovos conselheiros eleitos assumam imediatamente.*

É papel do gestor garantir que os conselheiros sintam-se seguros no desempenho de suas funções, apoiando as discussões e fomento dos processos de educação permanente dos mesmos. Assim, caberá à Olga fornecer meios para que o conselho funcione e cumpra seu papel em Vila SUS.

Olga já tinha conversado com Vitoria[8] sobre essas questões, cujo elenco de suas atividades e ações consistia fundamentalmente em: preparar, como parte da estrutura de seu conselho, uma secretaria executiva dispondo de equipamentos, pessoas e espaço físico que atenda suas funções, tais como: organização das reuniões, construção de pauta, controle de frequência e de quórum, registro das atas, elaboração e arquivo de documentos como resoluções e recomendações, assim como o acompanhamento das deliberações, das prestações de contas e da execução do que foi inscrito no PMS.

Conversando com seus conselheiros, Olga escuta a queixa de que muitas das deliberações do conselho não foram atendidas, o que deixa a gestora apreensiva quanto à compreensão do caráter deliberativo do conselho.

São sinônimos para a palavra deliberar - decidir, determinar, decretar. Vale dizer que tudo que foi resolvido pelo conselho, após exame ou discussão, passa a ser prioridade de trabalho para a gestão. Olga tem o entendimento que todas as resoluções e recomendações do conselho, depois de homologadas pelo executivo, devem ser acatadas e respeitadas.

8 CONASEMS, Participação da Comunidade na Saúde – Volume II, Brasil, 2015.

Exemplos de como as deliberações do CMS tornam-se concretas no SUS por meio da formulação de estratégias e do controle:

- *O PMS deve passar pelo conselho para análise e aprovação, assim como a PAS – veja que estes dois documentos possuem estratégias para execução das políticas do SUS e foram construídos de acordo com as deliberações do Conselho e das Conferências, mais adiante falaremos sobre as conferências de saúde;*

- *Cabe ao conselho acompanhar e fiscalizar não só o fundo municipal de saúde (Constituição Federal Art. 77) como a movimentação dos recursos financeiros do SUS como manda o Art.36 da Lei 8.080/90;*

- *O gestor deve prestar contas ao conselho a cada quatro meses e apresentar o relatório anual de gestão para aprovação, ou seja, tudo passa pelo conselho para sua validação, controle, avaliação, análise e aprovação periódica;*

- *Cabe ao conselho de saúde avaliar a gestão do SUS, como posto na LC 141/12, Art. 31, inc. III. Também cabe ao Conselho fiscalizar o cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na LDO;*

- *Para receber repasse de recursos de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal o gestor deve contar, entre outras coisas, com CMS de composição paritária. Veremos mais a frente o que significa paridade.*

Respeitando o caráter deliberativo, é importante ressaltar que os instrumentos de planejamento devem ser apreciados pelo Conselho Municipal de Saúde. A figura 1 representa o processo de integração entre os instrumentos de planejamento e gestão e o fluxo envolvendo o Conselho Municipal de Saúde. Estes instrumentos foram apresentados no capítulo sobre planejamento deste manual, mencionando seus objetivos, destinos, conteúdos e prazos para aprovação.

FIGURA 1. **FLUXOGRAMA DE INTEGRAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO E GESTÃO NO SUS E LEGISLAÇÃO VIGENTE**

Legenda: PPA – Plano Plurianual; LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias; LOA – Lei do Orçamento Anual; PMS – Plano Municipal de Saúde; PAS – Programação Anual de Saúde; RREO – Relatório Resumido de Execução Orçamentária; RAG – Relatório Anual de Gestão.

Uma série de perguntas e dúvidas específicas a respeito da institucionalidade da participação e a representatividade e paridade foram apresentadas a Olga. O representante dos usuários, do segmento de portadores de patologias, de imediato questionou:

CRUP: *Como são eleitos os Conselheiros de Saúde?*

Olga responde apoiada por Vitória que os integrantes do conselho são eleitos por seus pares, e a secretaria municipal de saúde deve propiciar apoio e fortalecer o processo eleitoral e a escolha dos integrantes do conselho. Lembre-se de motivar a participação de segmentos historicamente excluídos, sejam aqueles com baixa capacidade de organização e de vocalização ou em situação de vulnerabilidade, a fim de contemplar a diversidade e promover a equidade.

Este apoio não pode se traduzir por interferência no processo de escolha dos conselheiros, sob risco de comprometer os fiscalizadores com o fiscalizado, afetando a possível e necessária isenção dos conselheiros[9]. Lembre-se que cabe ao Executivo escolher apenas os conselheiros representantes do governo.

9 CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de. Participação da Comunidade na Saúde. Campinas – SP: Saberes Editora, 2014

CRUP: *E a Presidência do Conselho, como é escolhida?*

O: *Não há legislação nacional que diga quem deve presidir o conselho. No entanto, vale mencionar a Resolução nº453/12 do CNS que afirma que a presidência do conselho deve ser eleita "entre os membros do Conselho, em reunião plenária".*

E continua com as seguintes dúvidas:

CRUP: *Quem faz parte do conselho e qual a sua composição?*

Olga explica que o conselheiro é o cidadão que representa algum movimento ou entidade civil ou representante dos trabalhadores da saúde, como também os representantes do governo e dos prestadores. Como já foi dito, eles são escolhidos pelos seus pares, ou seja, cabe a cada segmento eleger seu representante, sendo que o gestor e o prestador indicam os seus, e o Prefeito nomeia todos os conselheiros. Compõem o conselho os seguintes segmentos: usuários, trabalhadores/profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviços.

Neste momento, Olga se antecipa a explicar o que é paridade, detalhando sobre qual seria o número de conselheiros e qual a proporção entre os segmentos.

O: *A Lei municipal que criou o CMS traz a definição do número de Conselheiros e da paridade que deve ser respeitada na composição pelos segmentos. Falar em proporção no tema participação da comunidade na saúde é falar de paridade, que por lei tem 50% de usuários e os demais 50% divididos entre trabalhadores, gestores/prestadores.*

Vitória destaca que é necessário que tanto o gestor como os conselheiros percebam o papel vital do conselho como importante parceiro do gestor, pois defende o SUS e o direito à saúde. No entanto, lembre-se que mesmo como parceiro o conselho é naturalmente uma arena de disputas onde há o debate de diferentes ideias, com a manifestação de interesses diversos, portanto conflitos são frequentes, e nem sempre é fácil chegar a um denominador comum. Vale lembrar que a garantia de transparência e a visibilidade mencionadas acima diminuem muito dos conflitos desnecessários. A riqueza desse processo está na possibilidade de mediar discussões e saberes existentes na representação dos segmentos do conselho.

O QUE O GESTOR DEVE FAZER:

Aprender a escutar; lidar com o contraditório; esgotar caminhos de negociação e entendimento; buscar mediar conflitos; esclarecer dúvidas; compreender e aceitar o papel crítico dos conselheiros, que defendem acesso humanizado às ações e serviços do SUS, com qualidade e em tempo oportuno; sempre defender o SUS, o bem-estar, a vida das pessoas e a "saúde" do seu Conselho.

O QUE O GESTOR NÃO DEVE FAZER:

Cooptar ou aliciar conselheiros; pressionar conselheiros, principalmente do segmento dos trabalhadores por serem seus funcionários; confundir conselheiros utilizando termos técnicos, expressões e siglas típicas do SUS sem esclarecer seus significados; permitir que interferências político-partidárias ou corporativas tornem-se o centro das discussões; deixar que a apatia e a falta de conhecimento tome conta da população em detrimento da participação em conselhos e da defesa do SUS; impedir ou dificultar a natural e saudável renovação de conselheiros; desrespeitar as decisões e deliberações do Conselho; dificultar a participação dos conselheiros em reuniões, dentro e fora do município, e em processos de educação permanente.

Por último Olga destacou a importância de se respeitar a Lei 8.142/90, que regulamenta o papel das Conferências Municipais de Saúde na gestão da saúde no município, ressaltando quando e como elas devem ser feitas.

A Lei 8.142/90 em seu Art. 1º define Conferência de Saúde como uma instância colegiada e no §1º lê-se que esta "reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação de políticas de saúde" e pode ser convocada pelo Poder Executivo ou pelo Conselho de Saúde. Além disso, esta lei menciona o intervalo de quatro anos como tempo mínimo decorrido entre as conferências, no entanto, é possível realizar em intervalos menores, a depender da realidade de cada município.

A Conferência Municipal de Saúde acontece no primeiro ano de gestão, uma vez que as diretrizes e deliberações da Conferência servirão de norte para a construção do seu PMS. Lembre-se que o Plano é construído considerando as diretrizes da Conferência, portanto deve ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.

Ao fim do diálogo com os conselheiros, Olga entende que para qualificar suas ações torna-se imprescindível garantir uma gestão participativa e democrática, para promover avanço e consolidação do SUS em Vila SUS, portanto, apoiar a luta da população em defesa do direito à saúde é fortalecer o SUS, uma das maiores políticas de inclusão social do mundo.

Capítulo 3

Financiamento e o Fundo Municipal de Saúde

Olga participa de reunião com o Prefeito e Secretários do Governo. Na pauta está prevista a abordagem dos temas planejamento do município e orçamento[1]. Ela leva para a reunião uma proposta sobre o PPA 2018-2021.

A reunião inicia-se com os relatos dos Secretários da Fazenda (SF), do Planejamento (SP) e do Prefeito (PR).

1 BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria do Orçamento Federal. Manual Técnico de Orçamento MTO. Edição 2016. Brasília, 2015. 189 p.

PR: *É difícil para as finanças municipais fazer frente à todas as necessidades da população.*

SP: *O município já aplica em saúde 28% das receitas próprias e não tem como aumentar esse gasto.*

SF: *É preciso fazer cortes no gasto da saúde, o cenário econômico é muito ruim.*

Ciente dos compromissos a secretária de saúde de Vila SUS se reúne com sua equipe e com o conselho de saúde e decide procurar o COSEMS para entender um pouco mais sobre o financiamento da saúde e verificar formas de aumentar os repasses de recursos federais e estaduais para o município. Vitória agenda uma reunião com Olga e explica sobre a história do financiamento do SUS[2].

O SUS historicamente conta com recursos insuficientes e fontes indefinidas, além de modificações sistemáticas das formas de repasses do governo federal para as demais esferas de governo, estabelece-se uma crise do financiamento da saúde desde os anos 1990[3]. A Constituição Federal de 1988 destinou 30% dos recursos do orçamento da seguridade social para a saúde. Porém, vários obstáculos fizeram com que isso nunca acontecesse. Desde destinação dos recursos da seguridade majoritariamente para a previdência social, com a eliminação da obrigação do percentual de 30% para a saúde, até a criação de imposto, CPMF, que significou na prática substituição de receita.

Foi neste cenário que a Proposta de Emenda Constitucional 169/1993 tomou força possibilitando a discussão do financiamento da saúde no cenário político nacional. Como resultado desta discussão, em setembro de 2000, foi promulgada a Emenda Constitucional 29 (EC 29/2000[4]) estabelecendo constitucionalmente o financiamento do SUS por meio da vinculação de receitas das três esferas de governo.

A EC 29/2000[5] estabeleceu a vinculação, mas não definiu o que seriam Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) para fins de cumprimento da

2 BARROS, Elizabeth. Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002. Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde.

3 PIOLA SF, Paiva AB, Sá EB, Servo LMS. Financiamento Público da Saúde: Uma História a Procura de Rumo. Rio de Janeiro: IPEA; 2013. E PIOLA SF, Servo LM, Sá EB, Paiva AB. Financiamento do Sistema Único de Saúde: trajetória Recente e Cenários para o Futuro. Análise Econômica. 2012.

4 BRASIL. (EC 29/2000). Emenda constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os Arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

5 PIOLA, SF; França, JRMN. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. Ciênc. saúde coletiva; 21(2): 411-422, Fev. 2016.

vinculação das receitas. Na verdade, de certa forma a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990) e a Lei que dispõe sobre a participação da comunidade e transferências intergovernamentais (Lei 8.142/1990) já apresentava indicações a respeito. De forma complementar, a Resolução nº 316 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que posteriormente se tornou a Resolução CNS nº 322, definiu ASPS. Entretanto, foi somente no ano de 2012, que a Lei Complementar 141 (LC 141/2012), disciplinou, para efeito de aplicação dos recursos vinculados do financiamento do SUS, o que são ASPS[6]. Vejamos a explicação de Vitória do COSEMS para cada um deles.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Os recursos para financiar o SUS são provenientes dos orçamentos da Seguridade Social e Fiscal no âmbito Federal e dos orçamentos[7] fiscais de estados e municípios, além de outras fontes tais como: contribuições, doações, donativos, alienações patrimoniais e rendimentos de capital, taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do SUS, rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

O orçamento da Seguridade Social é responsável pelo conjunto integrado de ações de iniciativa do Poder Público e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social[8]. Também é importante ter consciência de que a Lei Orçamentária Anual (LOA), a qual rege toda a execução dos gastos públicos, é dividida em esferas orçamentárias que identificam despesas, quais sejam: o Orçamento Fiscal[9], o Orçamento da Seguridade Social e Orçamento de investimento das empresas em que a União, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a voto.

---

6 Com a definição legal do que seriam gastos em ASPS, buscou-se definir percentual mínimo de gastos de 10% da Receita Corrente Bruta da União. Nesse processo um amplo movimento intitulado SAÙDE + 10, coletou assinaturas para um Projeto de Lei de Iniciativa Popular (PLC 321/2013). Em 2015, o Congresso Nacional aprovou a Emenda Constitucional n. 86 (EC86/2015) que estabelece para a União a vinculação de 15% das Receitas Correntes Líquidas, com cumprimento progressivo até o ano de 2020, com percentual inicial de 13,2% no ano de 2016. A diferença entre a regra anterior (EC 29/2000) e a regra atual (EC 86/2015) em termos de recursos financeiros para a União, que atualmente é responsável por 42% do gasto de todo o SUS, foi a redução de mais de R$ 2 bilhões em valor nominal (não atualizado pela inflação) entre o que foi planejado nos anos de 2015 e 2016.

7 BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria do Orçamento Federal. Manual Técnico de Orçamento MTO. Edição 2016. Brasília, 2015. 189 p.

8 BRASIL. Tesouro Nacional. Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público -5ª Edição – Secretaria do Tesouro Nacional, 2016.

9 BRASIL. Secretaria do Tesouro Nacional. Manual de Demonstrativos Fiscais: aplicado à União e aos Estados, Distrito Federal e Municípios / Ministério da Fazenda, Secretaria do Tesouro Nacional. – 7ª ed. – Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, Subsecretaria de Contabilidade Pública, Coordenação-Geral de Normas de Contabilidade Aplicadas à Federação, 2016. 653 p

De volta as fontes de financiamento da saúde, a EC 29/2000 estabeleceu que Estados/Distrito Federal e Municípios devem aplicar anualmente 12% e 15%, respectivamente, das receitas resultantes de impostos e transferências constitucionais em ASPS de cada esfera de gestão do SUS.

Para a União, a EC86/2015[10] estabeleceu a mudança na base de cálculo da União para Receitas Correntes Líquidas, iniciando em 2016 com 13,2%, alcançando 15,0% no ano 2020.

Tabela 1. **Mudança da Base de Cálculo do Financiamento Federal na saúde com a EC 86**

UNIÃO

EC 29 *até dez 2015*	Valor empenhado no ano anterior + variação do PIB
EC 86 *a partir de jan 2016*	2016 — 13,2% 2017 — 13,7% 2018 — 14,1% 2019 — 14,5% 2020 — 15 %

Fonte: CONASEMS.

No caso de Estados e Municípios a descriminação da Receita Vinculada que compõem a base para cálculo do cumprimento do percentual mínimo de aplicação em ações e serviços públicos de saúde dar-se-á nos seguintes moldes:

10 BRASIL. (EC 86/2015). Emenda constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica.

Quadro 1. **Fontes de Receitas na base de cálculo do percentual mínimo de aplicação em ASPS**

	ESTADOS	MUNICÍPIOS
Mínimo Obrigatório	*12%*	*15%*
Total das receitas de impostos de arrecadação própria	§Impostos sem transmissão "causa mortis" e Doação – ITCMD; §Imposto de circulação de Mercadorias e Serviços – ICMS; §Impostos sobre Propriedade de Veículos Automotores – IPVA.	§Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISS; §Imposto Predial e Territorial Urbano – IPTU; §Imposto sobre a transmissão de bens imóveis – ITBI.
(+) Receitas de transferências da União:	§Fundo de Participação dos Estados – FPE; §Cota – parte IPI Exportação; §Transferências da Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir).	§Fundo de Participação dos Municípios – FPM; §Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural – ITR; §Lei Complementar n º 87/96 (Lei Kandir).
(+) Receitas de transferências do Estado		*§Quota-Parte do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços – ICMS;* *§Quota-Parte do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores – IPVA;* *§Quota-Parte do Imposto sobre produtos industrializados - IPI – Exportação.*
	(+) Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF	*(+) Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF*
(+) Outras Receitas Correntes:	*§Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária;* *§Compensações Financeiras provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais.*	*§Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária;* *§Compensações Financeiras provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais.*
	BASE DE CÁLCULO ESTADUAL	*BASE DE CÁLCULO MUNICIPAL*

Fonte: Assessoria CONASEMS.

Será considerada a Receita Estimada na Lei Orçamentária Anual para fixação inicial dos valores correspondentes aos recursos mínimos a serem aplicados em saúde.

Após a explicação de Vitória, Olga percebeu a necessidade de conhecer mais sobre o tema, já que, como trabalhadora do SUS, não havia conhecido em detalhes essa história anteriormente. A essa necessidade de aprofundamento, Olga acrescentou a explicação de Vitória sobre os instrumentos normativos do financiamento do SUS, contidos na lei 141[11].

AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

A definição de ASPS constava na Constituição Federal e na Lei 8.080/90, bem como na Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde. Contudo, apenas a partir da publicação da Lei Complementar 141/2012[12] ficaram efetivamente estabelecidas quais despesas são consideradas ASPS para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos, quais sejam: aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde, que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no Art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

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

Para que ações definidas como ASPS sejam consideradas no cálculo da apuração de aplicação dos recursos mínimos constitucionalmente estabelecidos, elas devem estar disponíveis à toda a população de forma gratuita, constar no plano de saúde, ser de responsabilidade do setor de saúde e serem fiscalizadas e aprovadas pelo Conselho de Saúde e seus recursos devem ser movimentados até sua destinação final por meio dos fundos de saúde.

---

11 A Lei Complementar 141, aplicável a todas as esferas de governo, foi elaborada com intuito de regulamentar a Emenda Constitucional 29. Esta lei, publicada em 13 de janeiro de 2012 dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ASPS. Estabelece também os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo, além de revogar alguns dispositivos específica das Leis nos 8.080/90 e 8.689/93.

12 SANTOS, L – SUS e a Lei Complementar 141 comentada – Campinas: Saberes Editora 2012.

Existem vários exemplos do que são consideradas ASPS, mas é impossível fazer uma lista extensa o suficiente para dar conta de toda a complexidade de fazer saúde nos municípios.

A lei também especifica em seu Art. 4º, para fins de cumprimento do mínimo constitucional, aqueles gastos que não são considerados como despesas com ações e serviços públicos de saúde. As vedações apresentadas abaixo demonstram a preocupação do legislador de excluir aquelas despesas, que embora possam contribuir para a melhoria da saúde da população, não entram no cômputo de aplicação do mínimo constitucional, tais como meio ambiente, merenda escolar e bolsa família:

pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;

pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;

assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;

merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do Art. 30;

saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;

limpeza urbana e remoção de resíduos;

preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;

ações de assistência social;

obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e

ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

Os gestores municipais rotineiramente vêm sendo pressionados a custear despesas que apesar de serem determinantes ou condicionantes da saúde não podem ser consideradas ASPS, pois se enquadram no rol de vetos elencados pelo Art. 4º da Lei Complementar 141. Podemos exemplificar aqueles casos relativos às despesas de assistência social, de saneamento básico e as ações destinadas à clientela fechada, como, por exemplo: despesas com planos de saúde de servidores.

Ressalta-se, no entanto, que o acesso universal, não exclui programas destinados a públicos específicos, tais como: indígenas, pessoas privadas de liberdade, etc. Nesses casos, o importante é que as ASPS estejam disponíveis, de maneira gratuita, a toda a população do grupo. Para demonstrar legalmente a aplicação dos recursos mínimos o município utiliza o Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)[13].

No SIOPS, as despesas consideradas como aplicadas em ações e serviços de saúde aparecem em:

- *Despesas liquidadas e pagas no exercício;*

- *Despesas empenhadas e não liquidadas; inscritas em Restos a Pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no fundo municipal de saúde;*

- *Os recursos provenientes da disponibilidade de caixa vinculados aos Restos a Pagar, referentes às despesas empenhadas e não liquidadas que forem canceladas ou prescritas, deverão, necessariamente, ser aplicados em ações e serviços de saúde até o término do exercício seguinte ao do cancelamento ou prescrição; e*

- *Despesas provenientes de receitas de operações de crédito não são consideradas para aplicação em ações e serviços de saúde.*

Necessário lembrar que as receitas e despesas com ações e serviços de saúde estarão destacadas nos balanços orçamentários, por meio do demonstrativo da função saúde do Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO).

13 BRASIL. (SIOP) Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento do Governo Federal. 2016. e BRASIL. (SIOPS) Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE – SIOPS

O SIOPS é o registro eletrônico das receitas totais e as despesas em ações e serviços públicos de saúde para todas as esferas de governo. O SIOPS é um sistema informatizado de acesso público, gerido pelo Ministério da Saúde.

Os dados contidos no sistema têm natureza declaratória e buscam manter compatibilidade com as informações contábeis, geradas e mantidas pelos estados e municípios.

Certificado Digital

Para alimentação do SIOPS passou a ser necessária a prévia obtenção do certificado digital como instrumento de segurança na identificação dos usuários do sistema, uma vez que os dados declarados, por previsão legal, tem fé pública.

Os certificados digitais possuem período de vigência e por isso devem ser renovados. O período de validade possui variação de 1 a 3 anos. Os gestores devem ficar atentos para os prazos de renovação do certificado, pois somente certificados válidos podem ser utilizados para homologação dos dados no SIOPS.

O preenchimento do sistema é obrigatório e tem fé pública. Fique atenta aos prazos de entrega da declaração. O envio é realizado bimestralmente, obedecendo ao calendário de apresentação do Relatório Resumido de Execuções Orçamentárias (RREO) conforme previsão constitucional.

RREO – Relatório Resumido da Execução Orçamentária

A Lei Complementar 141/2012 em seu artigo 34 prevê que o município deverá proceder sua prestação de contas das despesas com ações e serviços de saúde por meio do demonstrativo do Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO) que será gerado a partir do preenchimento do SIOPS.

A Constituição Federal obriga a publicação do RREO pelos poderes executivos até trinta dias após o encerramento de cada bimestre. Desta forma a transmissão do sistema, a partir de 2013 passou a ser bimestral. Ressaltamos que confere ao gestor de saúde a responsabilidade pelo registro dos dados contábeis no SIOPS nos prazos definidos, aos quais deve conferir fé pública por meio do certificado digital dos dados homologados no sistema.

Dos prazos

Veja os prazos para transmissão e homologação dos dados do SIOPS:

Prazos

1º bimestre	*30 DE MARÇO*
2º bimestre	*30 DE MAIO*
3º bimestre	*30 DE JULHO*
4º bimestre	*30 DE SETEMBRO*
5º bimestre	*30 DE NOVEMBRO*
6º bimestre (fim do exercício anterior)	*30 DE JANEIRO*

Fonte: SIOPS/MS

Das penalidades

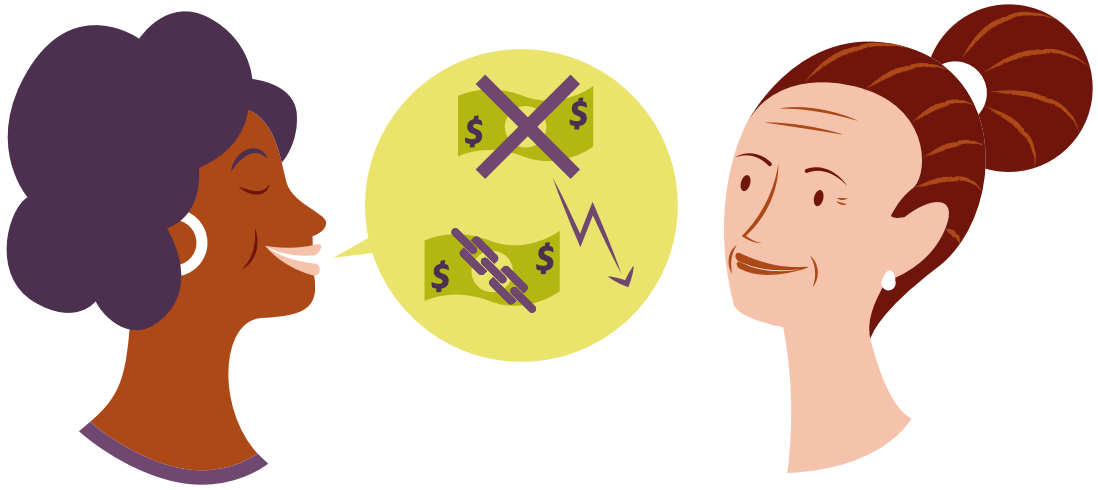
Vitória explicou ainda à Olga as penalidades que a lei estipula para o não cumprimento das responsabilidades

Restrições pelo Não cumprimento da Lei Complementar 141

De acordo com a Lei Complementar 141, no caso de descumprimento de aplicação do mínimo constitucional, o município terá suas transferências voluntárias (convênios) bloqueadas até que a situação seja regularizada. Além do bloqueio de convênios, Estados, Municípios e o Distrito Federal poderão ter as transferências constitucionais condicionadas até o limite do montante não aplicado no exercício anterior. Em outras palavras, parte dos recursos do Fundo de Participação de Municípios relativos ao débito do descumprimento do mínimo constitucional será transferida em conta específica do fundo municipal de saúde. Caso o município não comprove no prazo de doze meses o cumprimento do mínimo constitucional pendente haverá suspensão total dos repasses.

A comprovação de cumprimento da aplicação dos mínimos constitucionais dar-se-á por meio do SIOPS, desta forma a não homologação do SIOPS implicará em não cumprimento da Lei Complementar 141 podendo os entes sofrerem as penalidades previstas naquele instrumento legal.

É oportuno salientar que a Lei Complementar traz em sua estrutura o artigo 46 que especifica as legislações de responsabilização do gestor em virtude de infrações cometidas nos casos de descumprimento das regras contidas neste dispositivo legal. O gestor poderá responder penal, administrativa ou civilmente, por crime de responsabilidade e/ou por ato de improbidade administrativa.



BANCO DE PREÇO EM SAÚDE [14]

Outro instrumento de gestão financeira com muito potencial é o Banco de Preços em Saúde (BPS). O BPS foi idealizado para disponibilizar dados de compras de medicamentos e produtos para saúde constituindo-se como uma importante ferramenta para o gestor público da área da saúde, principalmente no que diz respeito à gestão de recursos financeiros. O sistema criado em 1998, tem como objetivo principal dar publicidade e transparência aos gastos públicos, bem como melhorar a gestão e a eficiência dos processos de compra.

O sistema conta ainda com informações complementares que são inseridas pela Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional registradas obrigatoriamente por meio do Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais (SIASG). Na verdade a alimentação do sistema é livre e pode ser realizada pelos setores públicos e privados.

Vale citar que o sistema atende a determinação da Lei Complementar nº 131/2009 no que tange a obrigatoriedade dos gestores públicos em disponibilizar informações sobre despesas. Apesar de o Ministério Público Federal, diversos Ministérios Públicos Estaduais e o Tribunal de Contas da União reconhecerem a importância do sistema, a inserção de informações de compras no Bando de Preço é voluntária.

14 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. Manual de consulta e análise de preços utilizando o Banco de Preços em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 32 p.

Critérios de Rateio

A Lei 141 de 2012 estabelece ainda a obrigatoriedade e os critérios de rateio dos recursos da saúde, da União e dos Estados para Municípios: necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológicas, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde com vistas à progressiva redução das disparidades regionais. A metodologia de aplicação desses critérios deve ser elaborada e publicada pelo Ministério da Saúde após pactuação pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde e Conselho Estadual de Saúde, respectivamente.

As transferências de recursos da União aos Estados e Municípios estarão presentes no Plano Nacional de Saúde e no Termo de Compromisso de Gestão a ser firmado entre as três esferas de governo. O Ministério da Saúde manterá os conselhos de saúde e os Tribunais de Contas informados sobre o montante de recursos previstos para transferência da União às demais esferas.

A partir da reunião com Vitória, Olga começa a orientar sua equipe na correta execução dos recursos financeiros. Numa manhã em reunião com sua equipe, foi demandada a necessidade de adquirir uma balança para que uma das equipes de saúde da família do município pudesse desenvolver uma nova abordagem sobre nutrição e alimentação saudável, ação que já havia sido acordada com a população da área de abrangência de uma UBS. Olga verificou a existência de recursos financeiros em conta bancária, e pensou em autorizar o uso de recursos da vigilância em saúde para adquirir a balança. Diante da dúvida, telefonou para Vitória no COSEMS, que recomendou cautela, pois várias contas tem regras específicas para a utilização dos recursos. Vitória agendou com Olga uma visita a Vila SUS, quando explicaria os repasses de recursos e a sua normatização.

Blocos de financiamento

A Portaria GM/MS nº 204/2007 veio regulamentar o financiamento e a transferência dos recursos financeiros federais destinados às ASPS organizados e transferidos para as outras esferas de gestão do sistema com o respectivo monitoramento e controle por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS). Assim, os recursos financeiros passaram a ser organizados e transferidos na forma de Blocos de Financiamento, quais sejam: Atenção Básica[15], Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Gestão do SUS e Investimentos na rede de serviços de saúde.

15 Marques, RM; Mendes, A. O financiamento da atenção à saúde no Brasil. PESQUISA & DEBATE, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 65-91, 2001.

Atenção Básica

Com dois componentes: PAB Fixo e PAB Variável, destinado a financiar a atenção básica com valores per capitas e outros mediante adesão e implementação das ações a que se destinam e, desde que, constantes no respectivo Plano de Saúde. Esses repasses mensais, de acordo com a legislação, devem ocorrer de forma regular e automática mediante calendário acordado.

Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

Também com dois componentes: Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). Os recursos são transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada, publicada em ato normativo específico. Também apresenta repasses mensais regulares e automáticos conforme cronograma acordado.

Vigilância em Saúde

Teve dispositivos da Portaria GM/MS n. 204/07 alterados pela Portaria GM/MS nº 1106, de 12 de maio de 2009, e se destina a financiar o agrupamento das ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e de vigilância sanitária. Também tem dois componentes, Vigilância e Promoção da Saúde e Vigilância Sanitária. Dentro dos componentes, cada ação tem uma portaria específica dizendo onde podem ser aplicados os recursos e a forma de executar. Alguns repasses para este Bloco são mensais e outros não. O piso básico de vigilância em saúde, calculado com base per capita, atualmente apresenta repasses mensais, de acordo com o que estabelece a portaria 1.378/2013.

Assistência Farmacêutica

As portarias da Assistência Farmacêutica que definem os valores da Assistência Farmacêutica Básica são a nº 1.555/2013, sobre o componente estratégico a 304/2007 e sobre o componente especializado é a 1.554/2013. O bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica é constituído por três componentes: Componente Básico, Componente Estratégico e Componente Especializado. Destina-se à aquisição de medicamentos do elenco de Referência Nacional de Medicamentos e Insumos Complementares para a Assistência Farmacêutica. Os repasses do Piso Básico devem ser, segundo a norma, mensais, regulares e automáticos.

Gestão do SUS

Constituído de dois componentes: Qualificação da Gestão do SUS e Implantação de Ações e Serviços de Saúde. Regras de repasses e usos dos recursos estabelecidos em portarias específicas.

Investimentos na Rede de Serviços de Saúde

Criado em 2009 pela Portaria GM/MS nº 837, de 23 de abril. Destina-se à realização de despesas de capital, mediante apresentação de projetos a serem aprovados pelo MS, tanto projetos decorrentes de emendas parlamentares como projetos normatizados por programas específicos, por exemplo o REQUALIFICA UBS.

Desse modo, a regulamentação vigente é no sentido de que, respeitados os limites de cada bloco e desde que não seja para nenhuma das despesas vedadas, os recursos poderão ser utilizados com liberdade pelos municípios, de acordo com seus planos de saúde e o orçamento municipal.

Vale salientar que a Portaria 204/2007 não estabelece em seu texto em qual categoria econômica definida pela Lei 4.320/64 as despesas devam ser realizadas – custeio ou capital. O único bloco de financiamento em que se exige a despesa na categoria econômica específica é o Bloco de Investimento, sendo que as transferências realizadas por meio deste bloco deverão ser utilizadas exclusivamente para a realização de despesas de capital, mediante apresentação de projeto, encaminhado pelo município ao Ministério da Saúde.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde e o Tribunal de Contas da União (TCU) já se manifestaram em publicações destinadas a orientar os gestores da saúde afirmando a possibilidade de livre utilização dos recursos dentro de cada bloco de financiamento, considerando também a possibilidade de eles serem utilizados tanto com despesas de custeio, quanto com despesas de capital.

A orientação é de que esses recursos podem ser utilizados com autonomia pelos municípios, respeitados o limite de cada bloco de financiamento e independentemente de serem para custeio ou para investimento, exceto os recursos repassados pelo Bloco de Investimento e as exceções previstas na Portaria 204/07, quais sejam: I - servidores inativos; II - servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde; III - gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde; IV - pagamento de assessorias/consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio município ou do estado; e V - obras de construções novas, exceto as que se referem a reformas e adequações de imóveis já existentes, utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.

Caberá ao município recepcionar em seu respectivo orçamento os recursos transferidos na modalidade fundo a fundo pelo Ministério da Saúde para a cobertura das ações e classificar sua receita e a respectiva despesa de acordo com seu plano municipal de saúde. Ou seja, para que as despesas sejam realizadas com a liberdade mencionada acima, é necessário que tais despesas estejam devidamente previstas no orçamento municipal.

Vitória orientou Olga a verificar recursos disponíveis que não estão sendo recebidos por não adesão ou ausência de formalização de instrumentos e regras de portarias de habilitações, falta de publicação de portarias de credenciamento, de qualificação e outros. Embora a listagem de projetos, programas e ações superassem mais de 130 possibilidades, Olga já havia percebido que em algumas delas não seria possível fazer adesão de Vila SUS, pois se destinavam a locais com maior referência e especialização, mas que também haviam várias que ela poderia aderir e outras ainda que ela teria que fazer maior aporte de recursos próprios do município e, portanto, deveria ter agenda com o prefeito para autorização. Vitória, ao verificar o caso da aquisição da balança, mostrou a Olga que apesar da existência dos recursos financeiros em conta bancária da vigilância em saúde, estes recursos estavam numa conta relacionada à saúde do trabalhador e que, portanto, não poderiam ser utilizados para adquirir a balança para a equipe de saúde da família. Olga percebeu que teria que qualificar bem mais sua equipe para entender a utilização dos recursos segundo as normas e como estruturar e gerenciar o Fundo Municipal de Saúde. Para organizar melhor o seu trabalho, Olga decidiu listar algumas dúvidas sobre o FMS:

- *Como organizar e gerenciar o Fundo Municipal de Saúde, seu orçamento, contabilidade, tesouraria e prestações de contas?*

- *Quem é responsável pela gestão do Fundo Municipal de Saúde? É a Secretária de Saúde ou Secretário de Finanças?*

- *Quem responde pela prestação de contas dos recursos do Fundo Municipal de Saúde?*

Para responder as dúvidas de Olga será preciso conhecer a legislação que trata dos fundos especiais, sua natureza jurídica e as características dos fundos de saúde, a necessidade de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ), dentre outras peculiaridades relativas à gestão do SUS.

A natureza jurídica dos fundos de saúde

O Fundo de Saúde constitui um mecanismo de gestão financeira de recursos, vinculados ou alocados à Secretaria de Saúde para o cumprimento de seus programas e metas, e seus projetos e atividades orçamentárias, conforme previsões contidas no Plano Municipal de Saúde (PMS) e na Programação Anual de Saúde (PAS), que devem guardar consonância com a Lei Orçamentária Anual (LOA), com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e com o Plano Plurianual (PPA).

Conforme disposto na Constituição Federal[16], a LOA deve compreender o orçamento da seguridade social, incluindo todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da administração direta ou indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo Poder Público, deixando clara a necessidade de lei para estabelecer as condições para instituição e funcionamento dos fundos.

O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT)[17], com redação dada pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000, dispõe sobre a obrigatoriedade de que, todos[18] os recursos destinados às ações e serviços de saúde, sejam aplicados por meio de Fundo de Saúde, que deverá ser acompanhado e fiscalizado pelo respectivo Conselho de Saúde, sem prejuízo das ações fiscalizadoras dos Tribunais de Contas e do Poder Legislativo.

16 Art. 165. Leis de iniciativa do Poder Executivo estabelecerão:

§ 5º. A lei orçamentária anual compreenderá:

III - o orçamento da seguridade social, abrangendo todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da administração direta ou indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo Poder Público.

§ 9º Cabe à lei complementar:

II - estabelecer normas de gestão financeira e patrimonial da administração direta e indireta bem como condições para a instituição e funcionamento de fundos.

17 Art. 77. (...):

§ 3º. Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no Art. 74 da Constituição Federal.

18 Inclui os recursos próprios dos municípios e os transferidos pela União e pelos Estados, na modalidade fundo a fundo, ou seja, todos os recursos da saúde devem ser movimentados através do Fundo de Saúde.

Tratando do assunto a Lei Complementar 141/12, que regulamenta o § 3º do Art. 198 da Constituição Federal[19], no parágrafo único do Art. 2º, dispõe que as despesas com ações e serviços de saúde realizadas por todos os entes da federação devem ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde.

Já o Art. 14, da LC 141/12, conceitua o Fundo de Saúde como uma unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ASPS e reafirma a necessidade de lei para criação e manutenção do mesmo.

A Lei 10.406/02, que instituiu o Código Civil, nos artigos 40 a 44, disciplina, no âmbito do direito brasileiro, quais são as pessoas jurídicas de direito público, interno ou externo, e as de direito privado, nelas não incluindo os fundos especiais, muito menos os fundos de saúde, reforçando a ideia da falta de personalidade jurídica, até porque, na administração pública só é permitido fazer o que a lei determina. Neste caso a lei não impõe capacidade jurídica aos fundos de saúde.

Portanto, é possível afirmar que os Fundos de Saúde são despersonalizados juridicamente[20], não praticando atos de gestão ou quaisquer outros que demandem personalidade jurídica própria, como celebrar contratos, convênios ou contratar pessoal. O Fundo de Saúde é tão somente uma unidade orçamentária gestora dos recursos da saúde.

---

19 I - o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde;

II - percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios em ações e serviços públicos de saúde;

III - critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais, e;

IV - normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

20 Decisão proferida nos autos do Processo n° 000545-82.2013.8.19.0043, o Poder Judiciário fluminense assim se posicionou: "Acolho a preliminar de ilegitimidade passiva para excluir do polo passivo o FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIRAI, por ser unidade orçamentária gestora dos recursos destinados às ações de saúde, desprovido de personalidade jurídica".

CNPJ do Fundo Municipal de Saúde

Apesar de não dispor de personalidade jurídica, o fundo municipal de saúde deve ser inscrito no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ), na condição de matriz, conforme determinação contida na Instrução Normativa da Receita Federal do Brasil nº 1.143/2011[21]. A partir de 2011, a cada ano a Receita Federal edita nova Instrução Normativa para confirmar a obrigatoriedade dos fundos públicos serem inscritos no CNPJ, na condição de matriz[22], de acordo com a natureza jurídica estabelecida pela Comissão Nacional de Classificação (CONCLA)[23], mediante utilização do código 120-1 - "Fundo Público". Atualmente a matéria é regulada pela IN/RFB nº 1634/2016.

Portanto, a norma não confere aos fundos de saúde personalidade jurídica, deixando claro que fundo não é sujeito de direitos, não contrata, não se obriga e não titulariza obrigações jurídicas.
Os fundos de saúde como unidade orçamentária gestora de recursos, necessitam demonstrar disponibilidade de caixa e a vinculação de recursos, bem como elaborar demonstrações contábeis segregadas, visando atender às regras estabelecidas no parágrafo único do Art. 8º e nos incisos I e III do Art. 50 da Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000, que tratam, respectivamente, da obrigatoriedade dos recursos legalmente vinculados a finalidade específica serem utilizados exclusivamente para atender ao objeto de sua vinculação e da escrituração das contas públicas. No caso a vinculação é para ASPS.

21 Art. 2º. Os fundos públicos que se encontram inscritos no CNPJ na condição de filial do órgão público a que estejam vinculados deverão providenciar nova inscrição nesse cadastro, na condição de matriz, com a natureza jurídica 120-1 (Fundo Público).

22 Art. 4º. São também obrigados a se inscrever no CNPJ:
X - fundos públicos a que se refere o Art. 71 da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964;

23 CONCLA - Comissão Nacional de Classificação, criada pelo Decreto no 1.264, de 11 de outubro de 1994, com redação dada pelo Decreto n° 3.500, de 09 de junho de 2000.

Características do Fundo Municipal de Saúde

Os recursos dos fundos de saúde deverão ser movimentados, até a sua destinação final, em contas específicas mantidas em instituição financeira oficial federal.

A Lei 8.142/90, em seu Art. 4º, estabelece determinadas condicionantes para que os municípios possam receber recursos do Fundo Nacional de Saúde, dentre elas, destaca-se a existência do Fundo de Saúde. No mesmo sentido, o Art. 22, da LC 141/12, apesar de vedar a exigência de restrição para repasse dos recursos do SUS, na modalidade regular e automática, seu parágrafo único condiciona a entrega dos recursos, à instituição e funcionamento do Fundo de Saúde e do Conselho de Saúde, além da elaboração do Plano de Saúde.

Assim podemos destacar como principais características do Fundo de Saúde:

- *Receitas e despesas especificadas*[24]*;*
- *Vinculação à realização de determinados objetivos ou serviços;*
- *Normas peculiares de aplicação;*
- *Vinculação a órgão determinado da Administração;*
- *Descentralização interna do processo decisório;*
- *Plano de aplicação, contabilidade e prestação de contas específicas;*
- *Designação do gestor;*
- *Destinação do saldo apurado em balanço de exercício;*
- *Integra orçamento geral do ente federado;*
- *Unidade orçamentária gestora de recursos.*

O Fundo Municipal de Saúde tem como características, dentre outras, a descentralização do poder decisório e vinculação a determinado órgão da Administração, que, neste caso é a própria Secretaria Municipal de Saúde, logo, se pode concluir que, o gestor do Fundo Municipal de Saúde, deve ser o próprio Secretário de Saúde.

Entretanto, o poder de direção única não estabelece autonomia total aos fundos de saúde, em especial em relação ao controle interno. O comando único previsto no Art. 198 da CF/88 e no Art. 9º, da Lei 8.080/90 se refere à gestão das ações e serviços de saúde e dos recursos alocados na unidade orçamentária "Fundo de Saúde", que deve possuir normas peculiares de controle, prestação e tomada de contas, sem de qualquer modo, elidir a competência específica dos Tribunais de Contas e do próprio Poder Legislativo.

Importante ressaltar que o Fundo Municipal de Saúde é obrigado a fazer prestação de contas do ordenador de despesas, gestor do fundo, tanto em separado, como de forma integrada na Contabilidade Geral da Prefeitura.

---

24 Não se aplica a vedação de vinculação de receita de impostos para as ações e serviços públicos de saúde, de acordo com o inciso IV do Art. 167, da Constituição Federal.

Assim, os fundos de saúde constituem-se importante instrumento:

- *de gestão dos recursos destinados ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;*
- *de planejamento, dado que possibilita aos gestores visualizar os recursos que dispõem para as ações e serviços de saúde;*
- *de controle, por facilitar o acompanhamento permanente sobre as fontes de receitas, seus valores e datas de ingresso, as despesas realizadas, os recebimentos das aplicações financeiras, dentre outros.*

A lei que cria o FMS deverá ainda especificar:

- *os objetivos do fundo;*
- *todas as receitas que integrarão os ativos do fundo;*
- *a destinação ou campo de aplicação dos seus recursos;*
- *o atendimento a todas as determinações legais, tais como: dispor de orçamento, fazer relatórios e balancetes mensais, balanço anual e juntar todos estes dados à contabilidade geral da Prefeitura.*
- *a autonomia administrativa e financeira;*
- *distinguir os recursos destinados ao fundo de saúde no orçamento geral do Município;*
- *submeter os demonstrativos de receitas e despesas do fundo à aprovação do Conselho de Saúde;*
- *gerir os recursos provenientes dos programas e incentivos do SUS, de convênios, de contrapartida e de doações, conforme sua destinação.*

Planejamento Orçamentário do Fundo de Saúde

O processo orçamentário é vinculado à definição de programas que busquem soluções para os problemas identificados, a partir do diagnóstico realizado. Ou seja, os programas contemplados, como uma das formas de expressão da política de saúde devem estar de acordo com as metas que o governo pretende atingir. Os programas devem conter objetivos quantificados, metas e indicadores que permitam acompanhar, controlar e avaliar a sua execução.

Para tanto, os Fundos de Saúde devem ser contemplados como unidades orçamentárias, financeiras e contábeis, bem como seus consequentes Demonstrativos (Balanços Anuais - orçamentário, financeiro, patrimonial e demais demonstrações orçamentárias e financeiras). Na prática, a concretização do planejamento na Administração Pública se dá em médio prazo pelo Plano Plurianual (PPA) e, em curto prazo, pela Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO) e pela Lei Orçamentária Anual (LOA).

Construção da Peça Orçamentária do Fundo Municipal de Saúde

A Lei nº 4.320/1964 dispõe sobre a necessidade do orçamento evidenciar os programas de governo[25], mediante discriminação da receita e da despesa de forma a evidenciar a política econômico-financeira e os programas de trabalho do governo. A Portaria MOG nº 42/1999, no seu Art. 4º, tornou obrigatória a identificação, nas leis orçamentárias, das ações em termos de funções, subfunções, programas, projetos, atividades e operações especiais, buscando dar transparência à sociedade sobre o que será realizado em um determinado período e a efetiva aplicação dos recursos públicos.

Para construção da peça orçamentária é necessário estimar a receita e fixar a despesa, de forma que haja equilíbrio entre as previsões de arrecadação e os gastos públicos fixados nos programas de trabalho inseridos no orçamento. Tanto a previsão da receita, como a fixação da despesa devem obedecer a classificações específicas, de modo a evidenciar a natureza de cada uma.

A receita orçamentária[26] pode ser classificada por natureza e por fonte, conforme disposto no Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público (MCASP)[27], adotado pela Secretaria do Tesouro Nacional para orientação, elaboração e execução dos orçamentos públicos.

O § 1º do Art. 8º da Lei nº 4.320/1964 define que os itens da discriminação da receita, mencionados no Art. 11 dessa lei, serão identificados por números de código decimal, que se convencionou denominar-se "código de natureza de receita".

25 Art. 2º. A Lei do Orçamento conterá a discriminação da receita e despesa de forma a evidenciar a política econômico-financeira e o programa de trabalho do governo, obedecidos aos princípios de unidade, universalidade e anualidade.

26 São disponibilidades de recursos financeiros que ingressam durante o exercício orçamentário e constituem elemento novo para o patrimônio público.

27 6ª edição, aprovada pela Portaria Conjunta STN/SOF nº 01/2014 e Portaria STN nº 700/2014, aplicável a todos os entes da federação.

CLASSIFICAÇÃO DA RECEITA ORÇAMENTÁRIA POR NATUREZA

Formada por um código numérico de 8 dígitos que subdivide-se em seis níveis:

CATEGORIA ECONÔMICA
Receita Corrente/Receita de Capital;

ORIGEM
Detalhamento das Categorias Econômicas;

ESPÉCIE
Detalha o fato gerador da receita;

RUBRICA
Especifica a espécie dos recursos financeiros;

ALÍNEA
Detalha a Rubrica e exterioriza o "nome" da receita;

SUBALÍNEA
Nível mais analítico da receita, opcional,
utilizado quando há necessidade de detalhar o nome da receita.

O primeiro nível de detalhamento da receita por natureza se refere à Categoria Econômica, que a Lei nº 4.320/64, em seu Art. 11, classifica em duas categorias: Receitas Correntes e Receitas de Capital, assim especificado pelo MCASP:

Tabela 2. **Classificação da Receita segundo a Categoria Econômica**

CÓDIGO	CATEGORIA ECONÔMICA	CÓDIGO	CATEGORIA ECONÔMICA
1	*RECEITAS CORRENTES*	*2*	*RECEITAS DE CAPITAL*
1	*Receita Tributária*	*1*	*Operações de Crédito*
2	*Receita Contribuições*	*2*	*Alienação de Bens*
3	*Receita Patrimonial*	*3*	*Amortização de Empréstimos*
4	*Receita Agropecuária*	*4*	*Transferências de Capital*
5	*Receita Industrial*	*5*	*Outras Receitas de Capital*
6	*Receita de Serviços*		
7	*Transferências Correntes*		
9	*Outras Receitas Correntes*		

Fonte: Lei 4.320/64 e MCASP (Vide nota de rodapé 21)

Classificações da Despesa Orçamentária

Classificação Institucional

A classificação institucional reflete a estrutura de alocação dos créditos orçamentários e está estruturada em dois níveis hierárquicos: órgão orçamentário e unidade orçamentária. A unidade orçamentária constitui o agrupamento de serviços subordinados ao mesmo órgão ou repartição a que serão consignadas dotações próprias, conforme disposto no Art. 14 da Lei nº 4.320/64. Os órgãos orçamentários correspondem a agrupamentos de unidades orçamentárias.

Classificação Funcional

A classificação funcional foi instituída pela Portaria nº 42/1999, do então Ministério do Orçamento e Gestão e segrega as dotações orçamentárias em funções e subfunções, buscando responder basicamente à indagação "em que" área de ação governamental a despesa será realizada, sendo representada por cinco dígitos. Os dois primeiros referem-se à função e os três últimos representam a subfunção.

Entende-se por função, o maior nível de agregação das diversas áreas de despesas que competem ao setor público[28]. A classificação funcional compreende 28 funções, constituídas em grandes linhas, das áreas de atuação do Governo, que se relacionam com a missão institucional do órgão, como por exemplo:

- **04 – Administração**
- **08 – Assistência Social**
- **10 – Saúde**
- **18– Educação**
- **18 – Gestão Ambiental**

A subfunção representa uma partição da função, visando agregar determinado subconjunto de despesa. A classificação funcional compreende 108 subfunções, que podem ser combinadas com funções diferentes daquelas a que estejam vinculadas. Entretanto, deve-se adotar como função aquela que é típica ou principal do órgão, ou seja, "função saúde", adotar as subfunções vinculadas, pois devem evidenciar a área da atuação governamental naquele momento.

A classificação funcional na área da saúde, função saúde (10), pode ser relacionada às subfunções vinculadas e relacionadas aos blocos de financiamento instituídos pela Portaria do Ministério da Saúde nº 204/2007, de acordo com o seguinte quadro exemplificativo:

Quadro 2. **Classificação Funcional na área da saúde**

FUNÇÃO	SUBFUNÇÃO	BLOCO
10	*301 - Atenção Básica*	*Atenção Básica*
10	*302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial*	*MAC Hospitalar e Ambulatorial*
10	*303 - Suporte Profilático e Terapêutico*	*Assistência Farmacêutica*
10	*304 - Vigilância Sanitária*	*Vigilância em Saúde*
10	*305 - Vigilância Epidemiológica*	*Vigilância em Saúde*

Fonte: Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público -5ª Edição – Secretaria do Tesouro Nacional.

28 BRASIL. Tesouro Nacional. Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público -5ª Edição – Secretaria do Tesouro Nacional.

Classificação por Estrutura Programática

De acordo com o Art. 3º da Portaria MOG nº 42/1999, cabe aos entes da federação estabelecer suas próprias estruturas de programas, códigos e identificação das ações governamentais.

Portanto, cada Município deve possuir ato próprio definindo seus programas e ações, que são consignados no PPA, com validade para quatro anos, sendo que, as ações, conforme suas características podem ser classificadas como atividades, projetos ou operações especiais.

Classificação da Despesa Orçamentária por Natureza

O conjunto de informações que constitui a natureza de despesa orçamentária forma um código estruturado que agrega a categoria econômica, o grupo, a modalidade de aplicação e o elemento, composto por seis dígitos, desdobrado até o nível de elemento ou, opcionalmente, por oito, contemplando o desdobramento facultativo do elemento.

A classificação da despesa orçamentária, segundo a sua natureza, compõe-se de:

a) Categoria Econômica;
b) Grupo de Natureza da Despesa;
c) Modalidade de Aplicação;
d) Elemento de Despesa.

A despesa, assim como a receita, é classificada em duas categorias econômicas, com os seguintes códigos:

Quadro 3. Classificação das despesas por categoria econômica

CATEGORIAS ECONÔMICAS	
3 - DESPESAS CORRENTES	*Todas as despesas que não contribuem, diretamente, para a formação ou aquisição de um bem de capital.*
4 - DESPESAS DE CAPITAL	*Todas as despesas que contribuem, diretamente, para a formação ou aquisição de um bem de capital.*

Fonte: Lei 4.320/64 e MCASP (Vide nota de rodapé 21)

O Grupo de Natureza da Despesa é um agregador de elementos de despesa com as mesmas características quanto ao objeto de gasto, conforme discriminado a seguir:

Quadro 4. **Grupos de Natureza de despesa**

GRUPO DE NATUREZA DA DESPESA	
1	*Pessoal e Encargos Sociais*
2	*Juros e Encargos da Dívida*
3	*Outras Despesas Correntes*
4	*Investimentos*
5	*Inversões Financeiras*
6	*Amortização da Dívida*

Fonte: CONASEMS.

A Modalidade de Aplicação tem por finalidade indicar se os recursos são aplicados diretamente por órgãos ou entidades no âmbito da mesma esfera de Governo ou por outro ente da Federação e suas respectivas entidades. Indica se os recursos serão aplicados diretamente pela unidade detentora do crédito ou mediante transferência para entidades públicas ou privadas. O quadro 5 demonstra alguns exemplos de modalidade de aplicação, ficando clara a existência de outras[29].

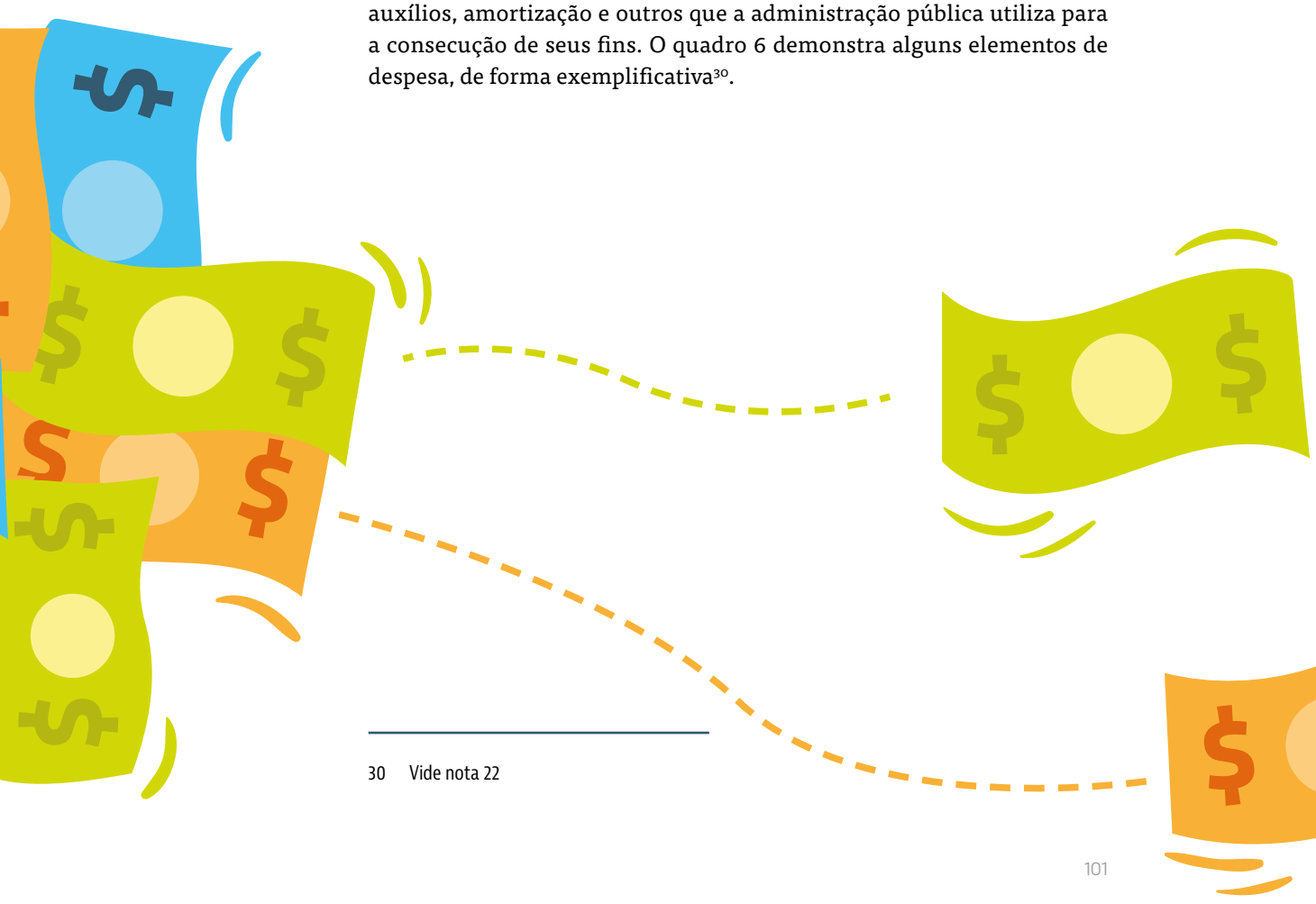
29 Veja Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público, conforme nota 27.

Quadro 5. **Exemplos de modalidades de aplicação**

MODALIDADES DE APLICAÇÃO	
20	*Transferências à União*
40	*Transferências a Municípios*
41	*Transferências a Municípios - Fundo a Fundo*
50	*Transferências a Instituições Privadas sem Fins Lucrativos*
60	*Transferências a Instituições Privadas com Fins Lucrativos*
70	*Transferências a Instituições Multigovernamentais*
71	*Transferências a Consórcios Públicos mediante contrato de rateio*
72	*Execução Orçamentária Delegada a Consórcios Públicos*
90	*Aplicações Diretas*

Fonte: CONASEMS.

O Elemento de Despesa tem por finalidade identificar os objetos de gasto, tais como vencimentos e vantagens fixas, juros, diárias, material de consumo, serviços de terceiros prestados sob qualquer forma, subvenções sociais, obras e instalações, equipamentos e material permanente, auxílios, amortização e outros que a administração pública utiliza para a consecução de seus fins. O quadro 6 demonstra alguns elementos de despesa, de forma exemplificativa[30].



30 Vide nota 22

Quadro 6. **Alguns elementos de despesa**

ELEMENTOS DE DESPESA	
01	*Aposentadorias do RPPS, Reserva Remunerada e Reformas dos Militares*
02	*Pensões do RPPS e do Militar*
04	*Contratação por Tempo Determinado*
11	*Vencimentos e Vantagens Fixas – Pessoal Civil*
13	*Obrigações Patronais*
14	*Diárias – Civil*
30	*Material de Consumo*
34	*Outras Despesas de Pessoal decorrentes de Contratos de Terceirização*
35	*Serviços de Consultoria*
36	*Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Física*
37	*Locação de Mão-de-Obra*
39	*Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica*
41	*Contribuições*
42	*Auxílios*
43	*Subvenções Sociais*
45	*Subvenções Econômicas*
51	*Obras e Instalações*
52	*Equipamentos e Material Permanente*
70	*Rateio pela participação em Consórcio Público*
91	*Sentenças Judiciais*
92	*Despesas de Exercícios Anteriores*
93	*Indenizações e Restituições*
94	*Indenizações e Restituições Trabalhistas*

Fonte: CONASEMS.

Por fim, temos o Desdobramento do Elemento de Despesa (de uso facultativo).

Conforme as necessidades de escrituração contábil e controle da execução orçamentária, fica facultado por parte de cada ente o desdobramento dos elementos de despesa.

Exemplificando a construção de um Programa de Trabalho hipotético, que vai integrar a peça orçamentária, temos o seguinte Programa de Trabalho: 01-08-101-10-303-285-3.3.90.30.01-1, onde:

Quadro 7. **Relação entre classificação funcional na função saúde (10), subfunções vinculadas e blocos de financiamento**

Classificação Institucional	*Poder 01 – Executivo* *Órgão 08 - Secretaria Municipal de Saúde* *Unidade Orçamentária 101 – Fundo Municipal de Saúde*
Classificação Funcional	*Função 10 – Saúde* *Subfunção 303 – Suporte Profilático e Terapêutico*
Classificação Segundo a Estrutura Programática	*Programa 28 – Medicamento em Casa* *Tipo de ação 5 – Atividade*
Classificação Segundo a Natureza da Despesa	*Categoria Econômica 3 – Despesa Corrente* *Grupo de Natureza da Despesa 3 – Outras Despesas Correntes* *Modalidade de Aplicação 90 – Aplicação Direta* *Elemento de Despesa 30 - Material de Consumo* *Desdobramento do Elemento de Despesa (facultativo) 01 – Medicamentos*
Classificação Segundo a Fonte de Recursos	*Fonte 01 – Recursos do Tesouro Municipal*

Fonte: CONASEMS.

Execução Orçamentária e Financeira do Fundo Municipal de Saúde

O Fundo de Saúde deve utilizar contabilidade específica, mas, integrada à contabilidade geral da Prefeitura, tanto para processamento de suas receitas e despesas, como para execução orçamentária, financeira e patrimonial.

O resultado financeiro da arrecadação das receitas destinadas ao Fundo de Saúde deve ser repassado pela Secretaria de Finanças/Fazenda, ou outro órgão correspondente para a conta vinculada do Fundo Municipal de Saúde, com detalhamento das respectivas fontes.

O Fundo de Saúde dispõe de programação própria de desembolso e seus recursos provêm de fontes específicas. Suas despesas devem ser efetuadas seguindo as exigências legais requeridas a quaisquer outras despesas da administração pública, tais como processamento, licitação, contrato, empenho prévio, liquidação e pagamento, sendo os três últimos conhecidos como estágios da despesa orçamentária pública. O saldo positivo do Fundo apurado no balanço de um ano deve ser transportado para exercício seguinte, a fim de dar continuidade e garantir sua aplicação em ações e serviços de saúde.

Os relatórios que demonstram, mensalmente, a origem e a aplicação dos recursos movimentados pelo Fundo, devem ser elaborados incluindo os recursos próprios e os transferidos pelas outras esferas de governo. Esses relatórios possibilitam o acompanhamento e a fiscalização pelo secretário municipal de saúde, Conselho de Saúde, bem como pelos órgãos de controle.

CONTROLE, AVALIAÇÃO, FISCALIZAÇÃO E PRESTAÇÃO DE CONTAS

São vários os mecanismos de controle da execução dos recursos aplicados em saúde, dentre os quais, destacam-se:

» **Demonstrativo sintético de execução orçamentária do Fundo de Saúde. Esse instrumento tem por objetivo concentrar informações gerenciais da execução orçamentária. Além de comparar a execução realizada com a do período anterior, permite a verificação contínua das dificuldades orçamentárias – financeiras;**

» **Demonstrativo detalhado das principais despesas do Fundo de Saúde. Esse demonstrativo tem por objetivo apresentar informações detalhadas das principais despesas do Fundo: despesas com material de consumo (material hospitalar e enfermagem, medicamentos, material de laboratórios e odontológicos, dentre outros) e de serviços de terceiros (serviços ambulatoriais e hospitalares contratados, dentre outros).**

A fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial dos órgãos e entidades da administração pública, direta e indireta, inclusive fundos de saúde, quanto à legalidade, legitimidade, economicidade, aplicação das subvenções e renúncia de receitas, é exercida pelo respectivo Poder Legislativo, mediante controle externo e interno.

Os Tribunais de Contas, na qualidade de órgão de controle externo possuem regras próprias de prestação de contas. Não existe atualmente na legislação nenhuma obrigatoriedade de prestação de contas aos órgãos do Ministério Público, exceto nas demandas pontuais e específicas que se efetivam por requisição.

Independentemente das formas de prestação de contas aqui mencionadas, cabe à Câmara Municipal, de forma direta ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS/MS), do Órgão de Controle Interno e do Conselho de Saúde, fiscalizar o cumprimento das normas estabelecidas na Lei Complementar 141/12.

Concluindo, Vitória assinalou a Olga a importância do engajamento de todos que defendem o SUS na busca da garantia de recursos definidos e suficientes. Para isso, as entidades que encabeçaram o movimento SAÚDE +10 hoje se mobilizam a favor da PEC 01/2015 e contra os efeitos da PEC 241/2016 na saúde. Vitória repassa a Olga um manifesto do CONASEMS e dos COSEMS de todo o país.

PRAZOS E PROVIDÊNCIAS ESTABELECIDOS PELA LC 141

PRAZOS	PROVIDÊNCIAS
	RELATÓRIO QUADRIMESTRAL
30 DE MAIO	*Apresentação no Conselho Municipal de Saúde e na Câmara dos Vereadores, o Relatório Detalhado do Primeiro Quadrimestre do Exercício.*
30 DE SETEMBRO	*Apresentação no Conselho Municipal de Saúde e na Câmara dos Vereadores, o Relatório Detalhado do Segundo Quadrimestre do Exercício.*
28 DE FEVEREIRO	*Apresentação no Conselho Municipal de Saúde e na Câmara dos Vereadores, o Relatório Detalhado do Terceiro Quadrimestre do Exercício Anterior.*
	RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO
30 DE MARÇO	*Elaboração e envio do RAG ao Conselho de Saúde*
	PREENCHIMENTO DO SIOPS
30 DE MARÇO	*1º bimestre*
30 DE MAIO	*2º bimestre*
30 DE JULHO	*3º bimestre*
30 DE SETEMBRO	*4º bimestre*
30 DE NOVEMBRO	*5º bimestre*
30 DE JANEIRO	*6º bimestre (fim do exercício anterior)*
	PLANO PLURIANUAL – PPA
30 DE AGOSTO	*Entrega do Projeto de Lei à Câmara de Vereadores*
DEZEMBRO *Encerramento da sessão legislativa*	*Sanção do Chefe do Poder Executivo*
	LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS
15 DE ABRIL	*Entrega do Projeto de Lei à Câmara de Vereadores*
JUNHO *Encerramento do Primeiro Período da Sessão Legislativa*	*Sanção do Chefe do Poder Executivo*
	LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL
30 DE AGOSTO	*Entrega do Projeto de Lei à Câmara de Vereadores*
DEZEMBRO *Encerramento da sessão legislativa*	*Sanção do Chefe do Poder Executivo*

Capítulo 4

Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Olga conhecia boa parte dos profissionais de saúde de Vila SUS, pois já estava no município há mais de dez anos. Sua concepção era de que gente que cuida de gente tem que fazer tudo muito bem, com qualidade, sem discutir. Mas descobriu que é bem diferente perceber os trabalhadores e trabalhadoras com o olhar da gestão municipal.

Neste intervalo ela faz contato com o COSEMS, via apoiadora Vitória e, dada a complexidade do tema, Vitória resolve participar de reunião com a equipe do município para entender melhor os problemas.

Na terceira semana da gestão, Olga marcou uma reunião com sua equipe[1] para discutir os problemas de pessoal que já tinham sido detectados e ficou surpresa e preocupada com os relatos.

Valéria, coordenadora da atenção básica, informou que havia muitas reclamações registradas nas atas de reunião do Conselho Municipal de Saúde sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF). Que os agentes comunitários de saúde de uma área estavam organizando um abaixo-assinado para tirar a enfermeira da equipe. Isto porque nessa equipe tinham questões relacionadas ao processo de trabalho dos profissionais que necessitavam de resolução, dentre elas, identificávamos: que o médico e a enfermeira tinham vários conflitos, prejudicando o trabalho de todos; que a maioria das auxiliares de serviços gerais eram semianalfabetas; e que havia suspeita de que uma cirurgiã-dentista provocava danos no equipo odontológico de sua unidade básica para não trabalhar. Além disso, não havia sido encontrado nas unidades qualquer registro de reuniões das equipes.

Simone, que estava assumindo a gerência do hospital local (um hospital de pequeno porte) fez apontamentos semelhantes, destacando que havia uma insegurança muito grande entre os profissionais e que parte do corpo de enfermagem não sabia manusear a autoclave nova, por falta de treinamento. Todos tinham vínculo por contrato temporário e por não terem confirmação de sua renovação, estava nítida a profunda desmotivação dos profissionais com o serviço.

Eduardo, que havia assumido a gerência da vigilância em saúde, relatou que um dos agentes de combate às endemias estava doente, possivelmente por conta das substâncias utilizadas em seu trabalho, e que um técnico da vigilância sanitária estava de licença para tratamento de saúde, renovando atestados médicos há quase dois anos sem ter entrado em benefício.

Lúcia, Coordenadora da regulação, controle e avaliação, estava preocupada porque sua equipe, além de muito pequena, estava bastante defasada em relação aos sistemas de informação utilizados na área, além de constar na lista de pessoal do setor uma pessoa que ninguém da equipe conhecia, mas estava lotada lá.

Olga, consciente dessa situação, relata que já tinha se antecipado em conversar com o prefeito sobre contratação de pessoal e o mesmo dissera que não seria possível, pois a prefeitura estava no limite da Lei de Responsabilidade Fiscal. Diante de tantos problemas em Vila SUS, um município pequeno, com uma folha de pessoal tão enxuta, a secretária de Vila SUS indaga:

O: *Como equacionar os problemas? O que fazer inicialmente? Será que em um município de menor porte seria possível conseguir recursos e programas para esta área?*

1 Na reunião de equipe estavam presentes: Valéria, coordenadora da Atenção Básica, Eduardo, coordenador da Vigilância em Saúde, Simone, Gerente do Hospital da Vila SUS e Lúcia, Coordenadora da regulação, controle e avaliação.

Olga e Vitória continuaram discutindo e decidiram que seria melhor organizar um momento posterior à reunião, para discutir e se aprofundar sobre esse assunto. Elas também refletiram sobre a importância dos profissionais e da gestão do trabalho e da educação na saúde, no sentido de buscar alternativas de resolução desses problemas e como poderiam pedir auxílio junto aos demais municípios da região de saúde. Para isso, Vitória resolveu explicar o que se entende por trabalho em saúde, gestão da educação em saúde e gestão do trabalho em saúde.

O trabalho em saúde

Nas últimas décadas a discussão do trabalho em saúde mudou, e muito. Por muito tempo, os profissionais da área de saúde foram vistos apenas como recursos que deveriam estar disponíveis para a organização da assistência à saúde, a semelhança do tratamento dado aos recursos físicos, materiais e financeiros.

Supostamente, os profissionais seguiriam um processo de trabalho bem organizado, quase funcionando como em uma fábrica, com pouca autonomia e obedecendo a regras preestabelecidas, de forma rígida, e assim teriam as respostas necessárias para as necessidades de saúde da população. Dessa forma, constituir-se-ia um perfil, um modelo, quase automatizado de formação de trabalhadores para a área da saúde, que seria reproduzido pelo setor educação por mais de meio século.

A implantação do Sistema Único de Saúde pautado pelos princípios, da universalidade, integralidade, equidade, igualdade e por diretrizes, tais como regionalização e descentralização, proporcionam condições para um conjunto de mudanças nas relações e processos no mundo do trabalho em saúde.

Com isso o principal objetivo dos profissionais nos serviços e ações de saúde consiste em cuidar das pessoas conforme as suas necessidades de saúde, enxergando o Outro para além da doença, o que inclui conhecer sua família, o ambiente em que vive e trabalha, identificando os determinantes capazes de interferir nas condições de saúde. Além disso, na saúde é primordial equipes de profissionais que sejam capazes de escutar o usuário, que negociem com a gestão suas próprias necessidades, e assim participem efetivamente da construção e consolidação do Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido o enorme desafio para quem faz a gestão do trabalho e educação na saúde consiste em responder a pergunta "por que e como fazer?", de tal modo que possa ser elaborado um conjunto de atividades e movimentos necessários capazes de transformar as práticas dos profissionais no cotidiano das ações de saúde. Entretanto, temas como: visão de classe social, corporativismo, condições e relações de trabalho, qualificação profissional, vivências anteriores dos profissionais, gerentes de unidades de saúde e gestores do sistema de saúde configuram-se como importantes limites e obstáculos para que ocorra, de fato, esta transformação.

Diferentemente de outros setores, mas de forma semelhante à educação, os profissionais são a própria essência do trabalho em saúde, fundamentais para o funcionamento de qualquer sistema de saúde, e o trabalho em equipe é imprescindível. A produção do trabalho na saúde ocorre no momento do encontro entre os profissionais e os usuários dos serviços de saúde.

O trabalho em saúde pode ser pensado usando como exemplo um profissional de saúde que carrega três valises. Na primeira ele carrega os instrumentos e seus equipamentos (tecnologias duras), na segunda o saber técnico estruturado, as normas, os protocolos, o conhecimento da clínica, da epidemiologia (tecnologias leve-duras) e na terceira ele carrega as relações, relações estas que possibilitam o vínculo, o acolhimento, a responsabilização (tecnologias leves)[2].

Ao cuidar dos usuários, o profissional de saúde vai utilizar o conteúdo dessas três valises, em diferentes arranjos institucionais. Dependendo da situação pode predominar o uso de uma ou de outra tecnologia, ou até mesmo de todas, pois o seu manejo é necessário nos processos de produção em saúde. Mas, sem dúvidas, as tecnologias leves sempre têm um papel fundamental e introdutório para o domínio das outras.

Se a visão do que é/deve ser o trabalho em saúde se modificou, também se tornou evidente a necessidade de mudanças profundas na educação e gestão do trabalho em saúde. Cabe lembrar que as universidades, representações de profissionais, representações de gestores (CONASEMS, CONASS) e dos usuários do SUS reunidos em suas instâncias e fóruns de representação discutiram todo este cenário no Conselho Nacional de Saúde (CNS). Em 2002, após intensas discussões o Conselho Nacional de Saúde aprovou através de resolução o documento "Princípios e Diretrizes da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB RH SUS)", modificando-o em 2003, para "Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)[3]".

2 MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec, 2002b.p. 41-42.

3 BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS) / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

A gestão da educação na saúde[4]

O tema educação na saúde e formação de profissionais de saúde é vasto, complexo, cheio de nuances, certezas e incertezas, definições e indefinições. Vitória optou por utilizar as definições contidas no Glossário Temático sobre Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (2013)[5], do Projeto de Terminologias em Saúde do Ministério da Saúde, para explicar a Olga as questões envolvidas.

Vitória destaca cada uma delas:

- **Educação na saúde:** *consiste na produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular.*

- **Educação permanente em saúde:** *envolve as ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde.*

- **Educação continuada:** *trata-se de um processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele.*

- **Formação profissional em saúde:** *refere-se ao processo de ensino-aprendizagem dos conhecimentos requeridos para o exercício de uma profissão ou ocupação regulamentada que se dirige à educação técnica ou superior. Tem por objetivo propiciar ao estudante ou ao trabalhador, no exercício de sua profissão, o desenvolvimento de competências técnicas, éticas e humanísticas, capacidade crítica e postura solidária perante os usuários a fim de qualificar a resposta do setor da saúde às necessidades da população do sistema de saúde.*

---

4 CECCIM, R. B. & FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(1): 41-66, 2004 e CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Notas cartográficas sobre a escuta e a escrita: contribuições à educação das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesc, Abrasco, 2005. p. 253-66.

5 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – 2. ed., 2. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.44 p.

A gestão municipal do SUS tem se aproximado deste campo, percebendo sua importância para o cuidado em saúde, com o entendimento de que a rede de serviços de saúde pode e deve ser construída em parceria com a academia e operacionalizada em diferentes espaços de formação. Isto porque para formar os profissionais para o SUS exige-se que a gestão do sistema cumpra seu papel de ordenadora da formação de recursos humanos, e, portanto, de profissionais de saúde, conforme escrito na Lei Orgânica da Saúde.

Especialmente, a partir de 2003, no âmbito das esferas de gestão do SUS podemos observar o desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento dos problemas relacionados com a educação na saúde, sendo que, parte delas em conjunto com o Ministério da Educação. Vitória destacou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde[6]; e completou elencando outras inciativas tão importantes. Vejamos:

Programa Telessaúde Brasil Redes – f oi lançado em 2007 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de fortalecer e ampliar as ofertas de Educação Permanente em Saúde para os profissionais e trabalhadores do SUS utilizando tecnologia de comunicação e informação. Sua coordenação é feita pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), em articulação com outros Ministérios, Universidades Públicas, Escolas Técnicas de Saúde e entidades das áreas de Saúde e Educação. O programa funciona através de núcleos que fazem a cobertura e acompanhamento das necessidades educacionais dos profissionais e trabalhadores do SUS, principalmente da Estratégia Saúde da Família, oferecendo: Teleconsultoria - serviço estruturado de perguntas e respostas entre profissionais sobre procedimentos clínicos ou dúvidas do processo de trabalho e gestão em saúde; Tele-educação - oferta de atividades educacionais (conferências, aulas e cursos) a distância de acordo com necessidades previamente diagnosticadas; Telediagnóstico – elaboração de laudos a distânciaO; e Segunda Opinião Formativa: biblioteca pública de perguntas e respostas sobre questões levantadas pelos profissionais e trabalhadores do SUS.

6 Ver BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, fev. 2004. e BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, ago. 2007.

O **Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência Médica) -** foi lançado em 2009 com o objetivo de apoiar a formação de especialistas em regiões e áreas prioritárias para o SUS. Foram implementadas duas ações principais: financiamento de bolsas de residência para vagas novas em programas prioritários e apoio à criação, ampliação e requalificação de programas de residência médica prioritários. Em dezembro de 2012, foi publicada a Portaria nº 3.147/2012 para incentivar os municípios a desenvolverem o Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade na sua Rede de Atenção à Saúde. Pró-Residência Multiprofissional - A Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde foi regulamentada em 2005, por meio da Lei nº 11.129. As residências multiprofissionais e em área profissional da Saúde abrangem as seguintes profissões da área da Saúde: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional e atualmente inserida a Física Médica. O financiamento de bolsas para profissionais de saúde na modalidade Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde é direcionado, principalmente, para as regiões prioritárias e áreas estratégicas para o SUS.

O **Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS)** foi criado pelo Ministério da Saúde em 2010 para atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde que atuam no SUS. É composto por três elementos: Rede colaborativa de instituições de ensino superior – que atualmente conta com 35 instituições de ensino superior; Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES) disponibiliza recursos educacionais desenvolvidos para o ensino-aprendizagem de trabalhadores da saúde; e Plataforma Arouca - possibilita acessar um mapa de oportunidades educacionais, sejam de curta ou longa duração, presenciais ou a distância, de caráter mais prático ou acadêmico. Um dos objetivos da UNA-SUS é a educação permanente, visando à resolução de problemas presentes no dia a dia dos profissionais de saúde que atuam no SUS. Para isto, os cursos oferecidos têm enfoque prático e dinâmico, utilizando casos clínicos comuns. Todos os cursos são gratuitos e a modalidade de educação a distância foi escolhida para facilitar o acesso dos profissionais de saúde aos cursos da Universidade Aberta do SUS – UNA-SUS.

Programa Mais Médicos - O Programa Mais Médicos (PMM) foi lançado em 2013 pelo Governo Federal com o apoio de estados e municípios para a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo regulamentado pela Lei Federal 12.871/2013. Além de levar mais médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais, o programa prevê, ainda, mais investimentos para construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de novas vagas de graduação, e residência médica para qualificar a formação desses profissionais. Trabalha com três eixos: a estratégia de contratação emergencial de médicos, a expansão do número de vagas para os cursos de Medicina e residência médica em várias regiões do país, e a implantação de um novo currículo com uma formação voltada para o atendimento mais humanizado, com foco na valorização da Atenção Básica, além de ações voltadas à infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde[7].

7 BRASIL. Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, out. 2013.

Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) – Embora tenha surgido com a Lei 12.871/2013, o COAPES é o Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde e suas diretrizes foram publicadas pelos Ministérios da Saúde e da Educação por meio da Portaria Interministerial nº 1.127 de 06 de agosto de 2015. Participam do COAPES todos os gestores municipais e/ou estaduais do SUS interessados em ofertar a sua rede enquanto campo de prática para estudantes de graduação e/ou residência. Participam também as instituições de ensino que possuem cursos de graduação na área da saúde e programas de residência médica e multiprofissional interessados em discutir e qualificar a inserção do estudante na rede e a integração ensino e serviço[8].

A gestão do trabalho em saúde[9]

Continuando a conversa com Olga, Vitória procurou colocar questões relativas à gestão do trabalho em saúde.

A gestão do trabalho no SUS é a política que trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do profissional é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde (Glossário Temático sobre Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Projeto de Terminologias em Saúde do Ministério da Saúde).

Desta forma, o trabalho é visto como um processo onde há a coparticipação e corresponsabilização, e o profissional é participante, não apenas um recurso humano obediente que executa tarefas previamente estabelecidas. Logo, para que essa política seja executada, é necessário garantir a valorização do profissional da saúde e do seu trabalho através de ações concretas: Plano de Cargos, Carreira, e Salários; vínculos de trabalho onde haja proteção social; capacitação e educação permanente dos profissionais; garantia de espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde (mesas de negociação); humanização do atendimento, garantia das condições de trabalho; entre outras.

Seguindo as transformações gerais do trabalho no mundo e no Brasil, no setor saúde as esferas de gestão – federal, estadual e municipal – passaram a utilizar diferentes formas de contratação e de gestão de pessoal, como contratos com organizações sociais, contratação temporária, terceirização por meio de serviços prestados, bolsas, contratos com cooperativas, contratos por órgãos internacionais, convênios com Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), com repercussões importantes para os pro-

8 Ver também BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.124, de 4 de agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, ago. 2015.

9 CAMPOS, F. E.; MACHADO, M. H.; GIRARDI, S.N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. Divulgação em Saúde para Debate 2009; 44:13-24.

fissionais e para a gestão, interferindo diretamente no cuidado em saúde.

Recorrentemente verificamos que a educação na saúde fica mais a cargo da gestão municipal da saúde, já a gestão do trabalho tem historicamente desenvolvido muitas ações e definições na esfera de atuação das secretarias municipais de administração ou órgão equivalente. Desse modo é muito importante o entendimento e a articulação entre as duas secretarias e o prefeito, além da procuradoria e controladoria.

As obrigações e atribuições do (a) Gestor (a)

Durante a longa conversa com a apoiadora do COSEMS, Olga perguntou quais seriam suas atribuições como gestora e onde estariam escritas. Vitória aconselhou-a a conversar com o secretário de administração para verificar as normas municipais e levantar com ele a legislação federal geral sobre o tema e ler a Norma Operacional de Recursos Humanos do SUS, na sua terceira versão, acessível no site do Conselho Nacional de Saúde, além de ler com ela as responsabilidades descritas no Pacto pela Saúde 2006 (PT GM 399/2006)[10], na gestão do trabalho e na educação na saúde, transcritas no Quadro 1.

10 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, fev. 2006.

.

Quadro 1. **Responsabilidades na educação na saúde e na gestão do trabalho**

Responsabilidades na Educação na Saúde

MUNICÍPIOS

Todo município deve:

- *Formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando, quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento;*

- *Promover diretamente ou em cooperação com o estado, com os municípios da sua região e com a união, processos conjuntos de educação permanente em saúde;*

- *Apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde;*

- *Incentivar junto à rede de ensino, no âmbito municipal, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS;*

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

- *Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS;*

- *Promover e articular junto às Escolas Técnicas de Saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem.*

Responsabilidades na Gestão do Trabalho

MUNICÍPIOS

Todo município deve:

- *Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;*

- *Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos profissionais de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente;*

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

- *Estabelecer, sempre que possível, espaços de negociação permanente entre profissionais e gestores;*

- *Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de política referente aos recursos humanos descentralizados;*

- *Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS – PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão local;*

- *Implementar e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de profissionais de saúde, no âmbito municipal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.*

Fonte: Pacto pela Saúde – PT GM MS 399/2006.

Olga e Vitória estabeleceram que, primeiramente, realizariam uma reunião com a secretaria municipal de administração para a definição e execução de uma série de ações, levantamentos e verificações, assim elencadas:

- *Levantamento de situação dos profissionais por equipe e categoria – quem, quantos, forma de ingresso, carga horária, remuneração, existência ou não de carreira, lotação, registro profissional e se estão em atividade ou não;*

- *Levantamento da legislação municipal pertinente;*

- *Levantamento da situação previdenciária;*

- *Como são os espaços de negociação;*

- *Existência de ações voltadas para a saúde do trabalhador; e*

- *Onde há insuficiência/suficiência, entre outros.*

Com estas informações, a gestão municipal tem condições de iniciar o seu planejamento das atividades de gestão do trabalho e da educação na saúde. Isto daria conta de uma parte, mas não de todas as questões apresentadas na reunião da equipe da secretaria municipal de saúde de Vila SUS. Olga resolveu elaborar com sua equipe o cronograma de uma série de reuniões com os profissionais de saúde, por local de trabalho e em alguns momentos por categoria profissional, para fazer a escuta dos profissionais e discutir com eles formas de enfrentamento dos desafios apresentados, tendo como fundamento a educação permanente em saúde.

Capítulo 5

Gestão da Assistência Farmacêutica no município

A manchete acima é de uma série de matérias preparadas pelo jornal local de Vila SUS para apresentar os secretários do governo da nova gestão. Nesta edição Olga, Secretária Municipal de Saúde é a entrevistada. Na pauta, os desafios da nova gestão municipal de saúde. A chamada de capa trazia depoimentos constrangedores de usuários, voltados à gestão que acabava de se encerrar, mas também questões desafiadoras para a nova gestão que ora se iniciava. O assunto era a crise de desabastecimento de medicamentos básicos.

DIÁRIO

Vila Sus | 17 de janeiro de 2017

CRISE NA SAÚ DE VILA SUS!

Falta de medidamentos preocupa usuários

Falta crônica de medicamentos básicos nas unidades de saúde de Vila SUS é um dos principais desafios de Olga, nova secretária municipal de saúde.

As perguntas dirigidas a Olga tinham como questão central a superação desta crise e principalmente quais seriam as medidas a serem adotadas para resolução no exercício de sua pasta. A pauta da reportagem destinada à secretária consistia em responder o item "DESAFIOS DA NOVA GESTÃO", cuja pergunta central era "Como atender emergencialmente às necessidades de medicamentos dos usuários?". Daí desdobrou-se nos seguintes questionamentos:

Onde buscar os recursos necessários para a execução desta compra?

Quais os medicamentos devem ser comprados?

Como deve ser feito o planejamento da Assistência Farmacêutica (AF) para que situações como estas não se repitam?

As duas perguntas iniciais Olga já estava preparada para responder. Consciente das exceções ao chamado "dever geral de licitar" foi muito cautelosa quanto ao efetivo enquadramento da situação de desabastecimento encontrada na Secretaria. Olga já havia consultado a assessoria jurídica da Prefeitura e do COSEMS quanto a medidas de excepcionalidades semelhantes e recebeu a orientação de estar amplamente sustentada por parecer jurídico e por documentação hábil e transparente e sempre procurar comprovar o enquadramento da hipótese aos critérios estabelecidos em norma.

Consciente da complexidade que envolve o setor de medicamentos em sua secretaria, Olga pretende qualificar a gestão da Assistência Farmacêutica (AF) e para isso já havia mapeado as funções dos profissionais e técnicos que estarão envolvidos nas ações específicas, para a condução das demandas definidas na política e nos serviços da AF em seu município.

Na oficina de planejamento do "GT do Plano de Gestão", foram discutidas diversas questões relacionadas à AF e elencadas a seguir, que produziram um importante diagnóstico do setor:

- *Ausência de Política e Programação de AF, inclusive aprovada no CMS;*

- *Elevado investimento financeiro, perdendo somente para o gasto em pessoal;*

- *Ausência quase total de informações sobre a AF, no que diz respeito a licitações em andamento, compras efetivadas, entrega pelos laboratórios/distribuidoras, demandas judiciárias, prescrições atendidas, resolutividade, reações adversas, adesão a tratamentos, perda de medicamentos por validade, ou desvio, etc.;*

- *Ausência de controle de estoque;*

- *Ausência de cadastro de usuários;*

- *Estrutura inadequada dos serviços farmacêuticos (Central de Abastecimento, Unidades de Dispensação, etc.), tanto estrutural, como de equipamentos e mobiliário;*

- *Falta de atendimento acolhedor e humanizado, dificultando o acesso aos medicamentos;*

- *Desarticulação dos serviços farmacêuticos com os demais serviços de saúde, dificultando a busca do trabalho em equipe e a integralidade das ações;*

- *Inadequação de procedimentos técnico-gerenciais e técnico-assistenciais;*

- *Ações focadas no medicamento e insumo e não no usuário, apresentando um modelo que valoriza apenas a disponibilidade do medicamento e não atende às necessidades propostas pelas RAS;*

- *Falta de informação sobre o quantitativo de farmacêuticos e técnicos nos locais de trabalho;*

- *Recursos humanos pouco qualificados com marcante omissão de Programa de Educação Continuada para a equipe;*

- *Ausência de Comissão de Farmácia e Terapêutica, ocasionando desta maneira uma omissão de protocolos terapêuticos na Atenção Básica e falta de Relação Municipal de Medicamentos (REMUME).*

Olga destacou que, embora o SUS tenha adotado instrumentos de gestão, como por exemplo, o Plano de Saúde, em muitos municípios a assistência farmacêutica ainda não foi suficientemente contemplada nesse instrumento, por meio de um planejamento que foque a melhoria dos serviços, a fim de que se garanta o acesso da população aos medicamentos essenciais, com uso racional.

Diante do diagnóstico apresentado acima, o grande desafio para a equipe de Olga é o de como superar a fragmentação das ações e serviços no campo da Assistência Farmacêutica, avançando conjuntamente na perspectiva da organização das Redes de Atenção a Saúde (RAS), buscando, desta maneira, responder de forma organizada e integrada, às demandas de saúde de seus munícipes.

Para isto, tanto na oficina de planejamento, como para o início de sua gestão à frente da SMS de Vila SUS, Olga está contando com grande contribuição da assessoria de AF do COSEMS, bem como de seus apoiadores e investe principalmente no retorno que a SES deverá sinalizar no acolhimento aos novos gestores municipais de saúde, evento organizado pelo COSEMS em parceria com a SES.

Sendo assim, além da preocupação com as questões fiscais, orçamentárias e financeiras (de caráter geral da SMS), faz-se necessário implementar estratégias pertinentes aos vários processos do domínio logístico (Gestão Técnica) para a disponibilidade do medicamento.

No Brasil, o ciclo da assistência farmacêutica é tradicionalmente discutido com base na publicação de Marin[1], intitulada "Assistência Farmacêutica para gerentes municipais". Para os autores dessa publicação, a gestão é reconhecida como um processo administrativo e ocorre em todos os níveis de atividades da organização, isto é, gestor, gerente e supervisor. Cada qual no seu nível desempenha atividades de previsão, organização, liderança, coordenação e controle, como "atividades administrativas essenciais".

As ações de Assistência Farmacêutica[2] devem ser realizadas com base nos princípios estabelecidos no Artigo 198 da Constituição Federal e no Artigo 7º da Lei Orgânica da Saúde, bem como em preceitos inerentes à Assistência Farmacêutica. Além disto, a gestão da assistência farmacêutica precisa integrar, de forma articulada, os produtos, os serviços e o fazer coletivo; a disponibilização e o uso dos medicamentos, os resultados logísticos e os clínicos e sociais, considerando os seguintes fatores que influenciam sua execução:

1 MARIN, N. et al. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. 334 p.

2 O livro Assistência Farmacêutica para gerentes municipais foi publicado em 2003, pela Organização Pan-Americana da Saúde e foi uma obra marcante para a área da assistência farmacêutica no Brasil.

fatores demográficos: envelhecimento da população, população infantil vulnerável, crescimento populacional, mudanças nas características epidemiológicas e distribuição geográfica da população;

fatores tecnológicos: desenvolvimento de novos equipamentos, medicamentos e insumos, novas técnicas de divulgação de informação e de novos dados sobre esta tecnologia existente, biotecnologia;

fatores sociológicos e educacionais: expectativa e colaboração dos usuários, abuso e uso incorreto de novas tecnologias, readequação da educação e educação permanente do pessoal de saúde, definição de critérios éticos para a promoção da saúde com a equipe de saúde, com o usuário e com a comunidade, participação da comunidade;

fatores econômicos: aumento de custos da assistência sanitária; economia nacional e mundial; as insistentes desigualdades sociais, administração eficiente de recursos econômicos;

fatores políticos: prioridades na aplicação dos recursos direcionados para a saúde, mudanças na política econômica, critérios das instâncias normativas e jurídicas em assuntos sanitários como Políticas de Estado, regulamentação sanitária e fiscal;

fatores profissionais: diversidade na formação dos profissionais de saúde, relações trabalhistas, falta de padrão nos processos de trabalho de atenção ao usuário;

fatores de prestação de assistência sanitária: acesso aos serviços, tripla carga de doenças, segurança e eficácia de tratamentos, planejamento das ações em saúde, integração de equipes e da rede de serviços (inclusive regionalizada), regulação das relações público-privado;

Trabalhar na perspectiva de uma Assistência Farmacêutica que, além do acesso, assegure o uso racional dos medicamentos é papel a ser assumido por todos: gestores, prescritores, órgãos de vigilância e controle e população em geral.

O acesso deve ser qualificado a partir de uma escolha terapêutica correta e que conte com argumentos racionais que justifiquem o seu uso. O conhecimento que Olga adquiriu no seu cotidiano como profissional de saúde, confirma que a terapêutica com uso racional de medicamentos pressupõe o desenvolvimento, de forma integrada e articulada, de uma série de procedimentos, cada um ao seu devido tempo, composto das seguintes etapas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, utilização (prescrição, dispensação e uso), farmacovigilância e gerenciamento, situações que fazem parte do Ciclo da AF.

O diagnóstico produzido pelo GT do Plano de Gestão possibilitou o conhecimento por parte de Olga e sua equipe, quanto às ações relevantes e viáveis a serem implementadas visando o bom desempenho da AF no município, algumas listadas abaixo:

- *Elaborar planejamento das ações da AF, inserindo-as no Plano Municipal de Saúde;*

- *Coordenar a estruturação e organização dos serviços de AF;*

- *Avaliar as ações de AF (monitoramento por meio de indicadores);*

- *Regularizar a situação dos serviços de AF perante o CRF e VISA local ou regional;*

- *Assegurar a contrapartida municipal para a AF;*

- *Instalar uma farmácia central com área adequada para o atendimento;*

- *Implantar sistema informatizado de controle das atividades da AF;*

- *Dispor de Recursos Humanos suficientes para a execução e organização da AF;*

- *Implantar uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) na SMS de Vila SUS.*

Para Olga, está colocado o grande desafio na AF:

Não há possibilidade para o gestor municipal estruturar, desenvolver e qualificar a Assistência Farmacêutica e por conseguinte o acesso aos medicamentos de sua responsabilidade se não integrá-la, dentro de uma concepção sistêmica, com a rede de atenção do município e da região.

Neste sentido, a contribuição da AF é de fundamental importância na organização dos serviços de saúde e deve também ser desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Deve utilizar tecnologias de cuidado complexas e variadas que possibilitem a observação de critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e garantia de que todo sofrimento e necessidade de saúde será acolhido.

Olga tem a mesma preocupação para com a organização e financiamento da saúde de Vila SUS estendendo-se para a AF semelhantemente. A equidade no acesso aos medicamentos no SUS tem que ser garantida a partir da premissa de que o direito à assistência integral farmacêutica implica a partilha entre os entes federativos das responsabilidades legais do Estado, de propiciar o acesso igualitário e universal aos medicamentos e procedimentos terapêuticos para a assistência integral à saúde dos cidadãos. Olga foi buscar os princípios e diretrizes que parametrizam atualmente a AF a partir da Política Nacional de Medicamentos (PNM), publicada pela Portaria GM/MS nº 3916, em 1998[3] e a Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, que estabelece a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). Essas Políticas estabelecem diretrizes e prioridades que resultaram em importantes avanços na regulamentação sanitária, no gerenciamento de medicamentos e na organização e gestão da Assistência Farmacêutica no SUS.

3 Brasil. Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Diário Oficial da União. 1998.

Componentes da AF, financiamento compartilhado e atribuições Tripartite

A Portaria nº 1.555 de 30 de julho de 2013, publicada no DOU nº 146 de 31/08/2013[4], define as responsabilidades da gestão do medicamento básico. O financiamento de que trata esta portaria é para medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente e de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com aplicação, no mínimo, dos seguintes valores de seus orçamentos próprios:

União: R$ 5,10 por habitante/ano;

Estados e Municípios: R$ 2,36 por habitante/ano cada ente, incluído neste valor a aquisição de insumos para os usuários insulinodependentes estabelecidos na Portaria nº 2.583/GM/MS (10/10/2007[5]) constantes no anexo IV da RENAME vigente;

Distrito Federal: aplica no mínimo o somatório dos valores definidos para os estados e municípios na mesma perspectiva de atendimento destes.

O repasse dos recursos financeiros para os municípios, oriundos do orçamento do Ministério da Saúde (MS) para a aquisição dos medicamentos deste componente, é repassado por meio de parcelas mensais correspondentes a 1/12 do valor anual. Importante destacar, que nada impede que as CIBs estaduais pactuem valores acima daqueles pactuados na CIT, e citados anteriormente, que cabem ao estado de sua jurisdição e aos municípios.

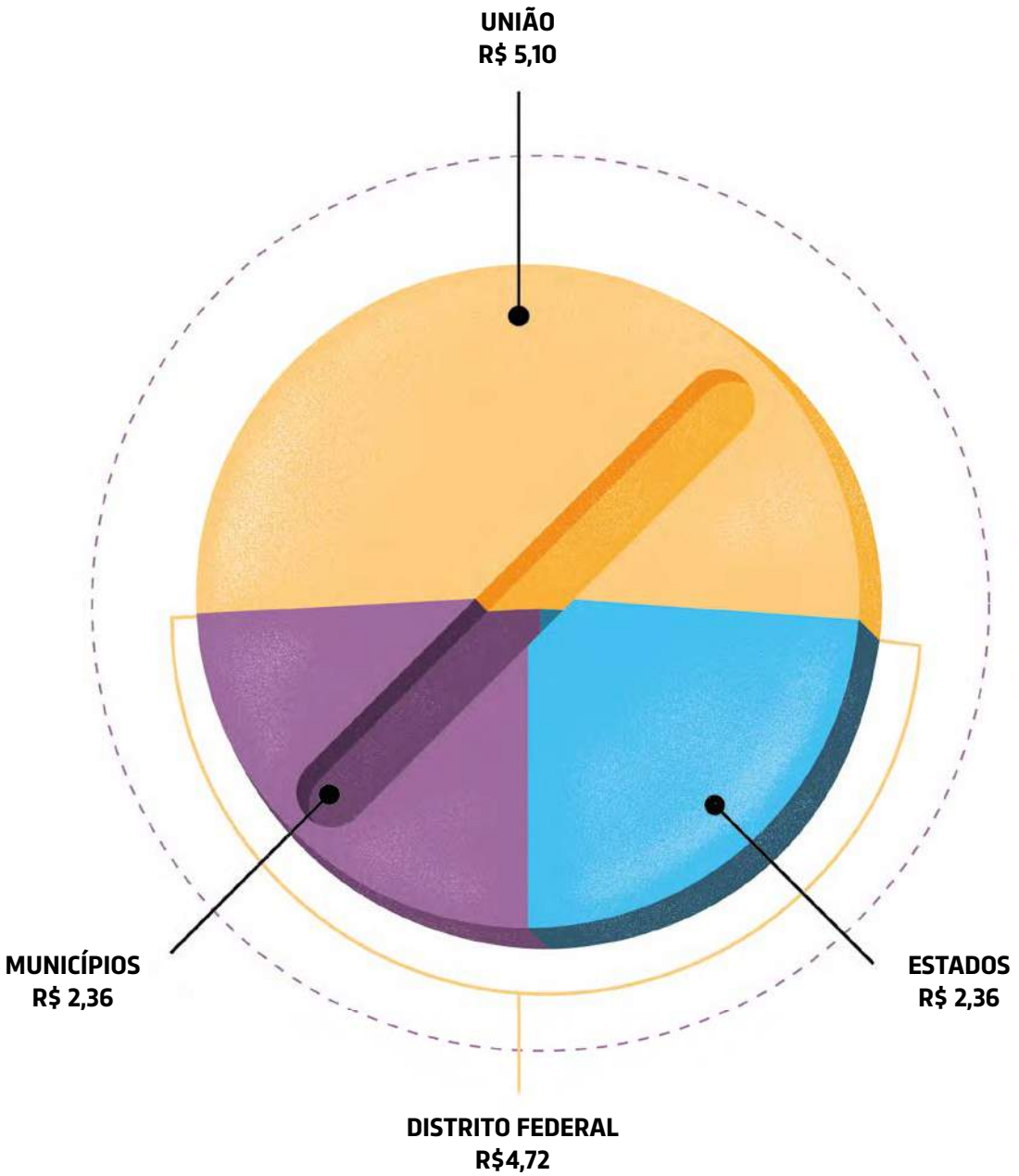
Olga foi informada pelo COSEMS que, este assunto, será objeto de discussão na primeira CIB estadual e, será nesta instância, a devida pactuação da periodicidade do repasse pelo Estado aos municípios. Nesse momento Olga aproveita para obter mais informações junto ao COSEMS acerca de como buscar recursos para adequar as estruturas do serviço farmacêutico em Vila SUS.

Além de programas específicos e dos programas voltados para requalificação da atenção básica, as Secretarias Municipais de Saúde poderão,

4 A publicação da Portaria Nº 1.555 de 30 de julho de 2013 no DOU nº 146 de 31/08/2013 é resultado da pactuação ocorrida na CIT de 28/02/2013 para atender a necessidade de dar tratamento adequado às demandas e necessidades de saúde dos municípios a partir das amplas transformações ocorridas por publicações de Leis, Decretos e Portarias ministeriais publicadas a partir de 2011, como por exemplo a Lei Complementar nº 141 (13/01/2012), Decreto nº 7.508 (28/06/2011), a Portaria nº 2.488/GM/MS (21/10/2011) que aprova a PNAB, a Portaria nº 533/GM/MS (28/03/2012) que estabelece o elenco de medicamentos e insumos da RENAME no SUS, a Portaria nº 271/GM/MS (28/02/2013) que estabelece a Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica entre outras. Esta portaria aprova as normas de financiamento e execução do componente básico da assistência farmacêutica.

5 PORTARIA Nº 2583, DE 10 DE OUTUBRO DE 2007 - Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus.

anualmente, utilizar um percentual de até 15% (quinze por cento) da soma dos valores dos recursos financeiros estaduais e municipais, para atividades destinadas à adequação de espaço físico das farmácias do SUS nos Municípios, à aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de Assistência Farmacêutica, e à realização de atividades vinculadas à educação continuada voltada à qualificação dos recursos humanos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde.



Orientada pela assessoria jurídica do COSEMS, Olga deverá obedecer a Lei nº 4.320 (17/03/1964), e as leis orçamentárias vigentes, conforme pactuação na CIB. Informou-se, ainda, que sobre este item é vedada a utilização dos recursos federais para esta finalidade. Sabendo disso, a secretária buscou informações sobre o abastecimento de outros medicamentos que não só aqueles conhecidos como os do Componente da AF Básica, como por exemplo, as insulinas, os medicamentos para doenças transmissíveis, os medicamentos que costumeiramente denominados como de Alto Custo, os medicamentos fitoterápicos e ainda os homeopáticos, estes dois últimos se fosse o caso de serem disponibilizados segundo decisão da CFT.

Vitória informa a Olga que o MS é responsável pelo financiamento e a aquisição da insulina NPH 100 UI/ml e da insulina humana regular 100UI/ml além da sua distribuição até aos almoxarifados e Centrais de Abastecimento Farmacêutico Estaduais, competindo a estas SES a distribuição destas duas insulinas aos municípios. Da mesma maneira, cabe ao MS o financiamento e a aquisição dos medicamentos contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher (Anexo I e IV da RENAME), variando a sua responsabilidade em relação à distribuição deste. Para os municípios com população acima de 500.000 habitantes o MS entregará diretamente, aos demais municípios as entregas deverão ser realizadas pela SES após recebê-los do Órgão federal.

Ciente dessas condições, a secretária reúne sua equipe e pede atenção na relação com os Estados, o DF e os municípios, pois são nesses níveis de gestão do SUS, onde estão a responsabilidade pela seleção, programação, aquisição, armazenamento, controle de estoque e prazos de validade, distribuição e dispensação dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente, conforme pactuação nas respectivas CIBs, incluindo:

- *plantas medicinais, drogas vegetais e derivados vegetais para manipulação das preparações dos fitoterápicos da RENAME em Farmácias Vivas e farmácias de manipulação do SUS.*

- *matrizes homeopáticas e tinturas-mães conforme Farmacopeia Homeopática Brasileira 3ª ed., para as preparações homeopáticas em farmácias de manipulação do SUS.*

- *a aquisição dos medicamentos sulfato ferroso e ácido fólico do Programa Nacional de Suplementação de Ferro.*

Inclui-se no objetivo garantir as linhas de cuidado das doenças contempladas no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, que devem disponibilizar, de forma contínua, os medicamentos do Componente Básico indicados nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

Cada dia ficava mais claro para Olga de que modo se organizaria sua gestão à frente da SMS de Vila SUS, sendo fundamental o aporte de informações disponibilizadas pelo COSEMS, o que possibilitou compartilhá-las com a sua equipe de AF sobre sistemas de gestão informatizados, preenchimento de instrumentos de gestão obrigatórios e disponibilização de informações aos órgãos de controle. Para dar suporte à gestão da assistência farmacêutica na atenção básica, o Ministério da Saúde disponibiliza aos municípios, estados e ao Distrito Federal o HÓRUS – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica, bem como a capacitação de seus técnicos por EAD.

Uma proposta de metodologia para Estruturação e Organização dos serviços de Assistência Farmacêutica no município

Em 2003, um amplo debate sobre a Assistência Farmacêutica foi realizado com a sociedade na I Conferência Nacional de Medicamentos e, com base nas propostas nela emanadas, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou e publicou a Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, que estabelece a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF).

Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

O Brasil é um país de dimensão continental. Cada município da Federação possui suas peculiaridades, sua estrutura organizacional, suas características regionais, seu perfil epidemiológico, programas estaduais específicos, etc. Apesar de ser mais restrita e ter caráter mais instrumental do que substantivo, a publicação de uma Política Municipal de Assistência Farmacêutica facilita a identificação dos problemas de maior relevância dentro do contexto de seu município e de sua região, possibilitando a formulação, implantação e desenvolvimento de medidas para a solução dos mesmos.

Olga estabelecendo a necessidade de definir uma Política Municipal de Assistência Farmacêutica para Vila SUS solicitou a sua equipe apresentar as diretrizes e os objetivos estruturais, as estratégias, o financiamento, os critérios mínimos de organização e de estruturação de serviços na esfera municipal. Lembrando que seus munícipes deverão acessar também medicamentos do Componente Especializado, disponibilizado na cidade Polo da sua região.

Antes de responder às questões colocadas logo acima, tornou-se importante para a equipe de Vila SUS tomar conhecimento dos outros componentes da AF, que apesar de suas compras não serem de responsabilidade da SMS de Vila SUS, os usuários deverão ter acesso a eles.

Componente estratégico da AF

O conceito de componente estratégico está relacionado ao tratamento farmacológico ou uso de insumos para o controle de doenças que devem ser homogêneas em todo o território nacional. Inclui-se o controle das endemias de tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de chagas, DST/Aids, sangue e hemoderivados, imunobiológicos. Essa estratégia foi a que menos sofreu modificações ao longo dos anos, destacando-se em 2007 a afirmação de manutenção no componente das insulinas, contraceptivos hormonais e de barreira, de medicamentos para o controle do tabagismo e programa de alimentação e nutrição. Significa, portanto, que o financiamento, aquisição e distribuição aos estados é de responsabilidade do gestor federal e a dispensação é compartilhada entre o gestor estadual e municipal.

As constantes modificações ocorridas nesses últimos anos reflete a busca pelos gestores de formas de financiamento e organização que atendam às expectativas de aprimoramento do SUS no que se refere ao acesso aos medicamentos, pois ainda se acha presente um arcabouço um tanto complexo para o gerenciamento e controle social, já que envolve vários entes no curso da gestão deste componente.

Componente especializado da AF (CEAF)

Este componente conhecido anteriormente como Programa de Alto Custo, mais tarde por Medicamento Excepcional, aperfeiçoou-se no sentido de ampliar o elenco de medicamentos, bem como racionalizar o acesso aos medicamentos.

Estabeleceu que, de acordo com a tabela descritiva do sistema de informações ambulatoriais SIA/SUS todos os medicamentos definidos como excepcionais, (entendidos como aqueles de elevado valor unitário ou que pela cronicidade de tratamento se tornam excessivamente caros para serem suportados pela população), deveriam ser dispensados de acordo com os critérios de diagnóstico, indicação, tratamento, monitoramento e acompanhamento.

Estes critérios estão todos parametrizados a partir da publicação dos "Protocolos Clínicos de Diretrizes Terapêuticas - PCDT", da SAS/MS. Garante-se, desta maneira, com o disciplinamento do acesso a este componente, a busca da cobertura da integralidade no tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas nos PCDT.

A disponibilização dos medicamentos deste componente está normatizada pela Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013, publicada no DOU nº 146 de 31/08/2013 e o acesso tem como critério de organização o trajeto do paciente pelo que se denomina "linha de cuidado", ou seja, reordenar o acesso aos medicamentos das doenças contempladas no componente desde o nível de atenção básica (envolvendo medicamentos do Componente Básico) até os mais complexos para contemplar as fases evolutivas dessas doenças.

Dessa forma, as três esferas de gestão passam a se responsabilizar pela disponibilização de determinados medicamentos que compõem essas li-

nhas de cuidado. Assim, para a definição de responsabilidades de recursos financeiros, aquisição e distribuição, os medicamentos foram classificados em três grupos: aqueles cujo financiamento e aquisição é federal ou estadual, outros com financiamento e aquisição estadual e aqueles agregados ao componente básico da assistência farmacêutica com financiamento tripartite e aquisição municipal.

É importante destacar que a incorporação, exclusão, ampliação ou redução de cobertura de medicamentos no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica ocorrerá mediante decisão do Ministério da Saúde, assessorada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC).

Outras informações importantes para Olga buscadas junto ao COSEMS, foi a de como a SMS de Vila SUS poderia gerenciar o acesso de seus munícipes aos medicamentos de uso hospitalar, aos medicamentos oncológicos e ao elenco da Farmácia Popular. Essa preocupação de Olga é pertinente em função das informações coletadas na gestão anterior de significativas demandas judiciais incididas à SMS para proporcionar medicamentos, aos usuários do SUS, já que havia sido atendido por procedimentos contemplados no Bloco MAC de financiamento.

Os componentes de financiamento do Bloco da Assistência Farmacêutica não abrangem os medicamentos de uso hospitalar, os quais estão contemplados pelo Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade, por meio do Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), sob responsabilidade dos municípios, do Distrito Federal e dos estados, por meio da transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde. No caso do âmbito hospitalar, o pagamento ocorre pela emissão da Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Já, os medicamentos de uso oncológico são informados como procedimentos quimioterápicos no subsistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), que permite ressarcir os estabelecimentos credenciados no SUS e habilitados em oncologia, responsáveis pela provisão dos medicamentos.

Desta maneira, Olga tomou conhecimento, e buscou assessoria jurídica junto ao COSEMS, de como poderia minimizar o impacto do atendimento das demandas judiciais pela SMS de Vila SUS, dos medicamentos cuja dispensação deveriam estar incluídos nas emissões de AIH e talvez até apuradas pelo SIH/SUS e/ou APACs.

A Rede de Atenção Oncológica está formada por estabelecimentos de saúde habilitados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). O financiamento do SUS é fonte de grande polêmica e os medicamentos, como representam uma fatia muito grande dessa conta, estão no centro do problema. Esta situação tem acarretado grandes

transtornos financeiros para os municípios, já que a judicialização[6] deste setor da atenção tem recaído, na maioria das vezes, sobre a gestão municipal.

Apesar do município de Vila SUS não possuir nenhuma unidade própria da Farmácia Popular do Brasil, Olga gostaria de compreender melhor o funcionamento deste programa, principalmente a parte em que permite o convênio do MS com estabelecimentos privados.

Olga como gestora municipal e responsável pelas unidades de saúde em seu território, que recebem recursos federais e prestam serviços a seus munícipes, tem como atribuição manter um controle deste acesso, principalmente dos usuários portadores de doenças crônicas que são acompanhados pelos programas implementados pela SMS de Vila SUS[7].

Esse programa possui uma rede própria com farmácias e a parceria com farmácias e drogarias da rede privada, denominada de "Aqui tem Farmácia Popular". O programa surgiu como uma inovação para a política pública de Assistência Farmacêutica, por meio da adoção do copagamento, como estratégia de ampliação do acesso aos medicamentos do âmbito da Atenção Básica. Em 2011, os medicamentos indicados para o tratamento de hipertensão e diabetes nas farmácias e drogarias credenciadas no Programa "Aqui Tem Farmácia Popular" passaram a ser distribuídos gratuitamente para a população e, em 2012, os medicamentos para a asma foram incluídos na lista e passaram a ser disponibilizados sem custo para o usuário.

Gestão técnica da AF: Seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação

Seleção de medicamentos

A seleção de medicamentos, que faz parte do componente técnico-científico, é uma ação muito importante, onde se constitui a base para o uso racional dos medicamentos. Três razões justificam a seleção de medicamentos: - a crescente oferta de medicamentos; - a qualidade dos medicamentos no que se refere às variáveis de eficácia e segurança; e - aspectos administrativos.

O objetivo da seleção é proporcionar ganhos terapêuticos, pois o acesso a medicamentos eficazes, seguros e direcionados às doenças mais prevalentes promove o uso racional e a melhoria da resolutividade do sistema e ganhos econômicos obtidos na racionalização dos custos dos tratamentos, otimização dos recursos humanos, materiais e financeiros uma vez que a compra de maiores quantidades de um determinado produto gera econo-

6 Ver o capítulo 6 deste manual – Administração Pública no município.

7 Em síntese, para acesso aos medicamentos de uso ambulatorial, o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), foi criado pelo Governo Federal, pela Lei n. 10.858, de 13 de abril de 2004, e regulamentada pelo Decreto n. 5.090, de 20 de maio de 2004.

mia de escala, sem sobrecarregar as atividades logísticas com um número excessivo de medicamentos o que pode ocasionar desabastecimento de medicamentos essenciais.

A criação da CFT municipal ou regional é o procedimento ideal para se dar inicio à formulação de uma Relação Municipal ou Regional de Medicamentos Essenciais (REMUME).

Para se gerenciar adequadamente uma lista de medicamentos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe que sejam observados os seguintes princípios: selecionar fármacos de acordo com as necessidades dos pacientes e que possam trazer melhoras nas condições de saúde, evitar duplicações tanto em relação à terapêutica quanto às formas farmacêuticas e dosagens, explicitar para os profissionais da instituição os critérios de seleção dos fármacos fundamentados em evidências de eficácia, segurança, qualidade e custo, comparar com as listas de medicamentos essenciais de referência e analisar a solicitação de inclusão de novos fármacos quando feita pelos profissionais da instituição.

Programação, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos

Olga é sabedora que são etapas logísticas fundamentais para o funcionamento harmônico do sistema e, se não forem executadas com efetivo controle da gestão, podem gerar perdas e gastos desnecessários à SMS de Vila SUS.

Programação – O gestor municipal deve implantar um bom sistema de controle de estoques, prevendo os recursos financeiros e orçamentários a serem empregados. Deve-se 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.

A "Dispensação" por se tratar de um procedimento específico que vai além da simples entrega do medicamento é considerada 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.

Apesar da Lei que disciplina este ato existir há mais de 40 anos (Lei Federal nº 5991/1973), a dispensação no SUS trás consigo uma série de equívocos e polêmicas e se configurou nas gestões anteriores da SMS de Vila SUS em um ponto nevrálgico em relação à qualidade da assistência prestada ora cobrada pelo CMS ora pela própria gestão e pela Câmara de Vereadores.

Olga encarando como desafio de sua gestão articulou-se com o COSEMS para levar este debate jurídico no dia do Acolhimento aos Gestores.

A caracterização do tipo de estabelecimento que se enquadra o serviço de farmácia, em especial em nível ambulatorial, seja como farmácia ou dispensário de medicamentos, acarretou ao município de Vila SUS uma série de multas no que tange à obrigatoriedade da presença do profissional farmacêutico, situação que tem demandado à assessoria do COSEMS e à SES orientações e articulações com os órgãos de classe para solucionar estas contradições corporativas, sanitárias e sistêmicas.

Do ponto de vista técnico de Olga, não existem dúvidas quanto à importância do profissional à frente desses serviços seja para coordenação da equipe diretamente envolvida com o serviço farmacêutico, seja para promover a interface junto à equipe multiprofissional da unidade de saúde assim como para oferecer aos usuários a assistência especializada relacionada à farmacoterapia, mas para sua gestão, torna-se extraordinária estas demandas jurídicas.

No Brasil, a dispensação tem sido praticada como mero ato de entrega do medicamento, destituída de sua dimensão técnico-científica. No campo da AF a dispensação deve ser considerada importante atividade de orientação ao usuário, visando estimular a adesão terapêutica e, como consequência, atingir os objetivos do uso racional de medicamentos.

Olga quer garantir que a dispensação adequada se realize em uma farmácia fisicamente estruturada e disponha de recursos humanos, em número suficiente, para o nível de detalhamento requerido, a fim de possibilitar um atendimento responsável, pautado no respeito ao usuário. Assim, o ato da dispensação de medicamentos pelo serviço farmacêutico de Vila SUS

deve ocorrer sob normas e cuidados necessários ao uso correto dos medicamentos, contribuindo para coibir práticas que favoreçam, por exemplo, a automedicação e o abandono do tratamento. Soma-se a esse quadro a identificação de outro grave problema detectado em Vila SUS: a falta de rastreabilidade de reações adversas aos medicamentos (RAM), tornando ineficiente a prática da farmacovigilância no município.

A implantação da gestão clínica da AF na Atenção Básica de Vila SUS

Na esteira dessa organização, Olga tomou conhecimento através do COSEMS, de algumas experiências municipais exitosas de gestão clínica da AF, experiências essas que valorizam a dispensação como um serviço e um processo integrado, com a incorporação de novos valores para o sistema de saúde e para a população.

Segundo a CGGAB/DAB/SAS/MS, o cuidado farmacêutico na AB diz respeito a ações que envolvem as duas dimensões do apoio matricial: a clínico-assistencial e a técnico-pedagógica. A primeira refere-se ao cuidado farmacêutico e às ações clínicas diretas aos usuários, de forma individual ou compartilhada. Já a segunda se refere às ações que atendam, mais diretamente, às necessidades das equipes envolvidas no cuidado, por meio de educação permanente e de outras ações compartilhadas.

A aposta de Olga é que o Serviço de AF possa qualificar a atenção integral aos usuários a partir da prática clínica desenvolvida pela equipe de saúde como um todo, potencializando ações realizadas por todos os profissionais da SMS de Vila SUS, principalmente no que se refere ao uso racional de medicamentos, seja no âmbito da promoção, da prevenção ou da reabilitação em saúde.

Como já apresentado anteriormente a AF é descrita como um dos elementos constituintes das RAS, enquanto sistema de apoio na estrutura operacional. Considerando que a AF desenvolve também serviços clínicos assistenciais, institucionalmente tem-se promovido a adequação dos serviços de AF por meio de seus diferentes componentes:

- *Os serviços de Abastecimento (Sistema de Apoio), que articulam um conjunto de ações, com a finalidade de disponibilizar o medicamento certo, para o usuário certo, no momento que ele precisa, com regularidade, suficiência e qualidade.*

- *Os serviços de Clínica Farmacêutica (Ponto de Atenção), ofertados nos pontos de atenção à saúde, com a finalidade de propiciar o uso racional dos medicamentos de forma integrada, contínua, segura e efetiva para o indivíduo, a família e a comunidade.*

A qualificação da AF e a universalização do QUALIFAR-SUS

Consequência imediata da implementação das diretrizes das políticas nacionais descritas acima, foi a criação do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS). O Programa tem a finalidade de contribuir para o processo de aprimoramento, de implementação e de integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica nas ações e nos serviços de saúde, visando à atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada.

O QUALIFAR-SUS possui quatro eixos de abrangência, são eles:

Eixo Estrutura: contribui para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, de modo que estes sejam compatíveis com as atividades desenvolvidas na Assistência Farmacêutica, considerando a área física, os equipamentos, os mobiliários e os recursos humanos.

Eixo Educação: promove a educação permanente e a capacitação dos profissionais de saúde, para qualificação das ações da Assistência Farmacêutica voltadas ao aprimoramento das práticas profissionais, no contexto das Redes de Atenção à Saúde[8].

Eixo Informação: produz documentos técnicos e disponibiliza informações que possibilitem o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação das ações e serviços da Assistência Farmacêutica.

Eixo Cuidado: insere a Assistência Farmacêutica nas práticas clínicas, visando à resolutividade das ações em saúde, otimizando os benefícios e minimizando os riscos relacionados à farmacoterapia.

É importante destacar que o CUIDADO se apresenta com o objetivo transversal de inserir a Assistência Farmacêutica com foco na melhoria da qualidade da atenção à saúde. Diante da necessidade de potencializar este objetivo, cujos saberes e práticas influenciam decisivamente nos demais eixos, Olga intensifica sua articulação com o COSEMS a fim de reivindicar junto à SES e ao MS, a universalização do Programa QUALIFAR-SUS para todos os municípios do país.

8 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4279. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União dez. 2010.

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais e a Incorporação de Tecnologias no SUS

Apontados no início deste capítulo problemas como gastos com medicamentos além das receitas previstas no bloco de AF, a compra de medicamentos fora do elenco da RENAME demandadas por médicos, atores da sociedade civil, da gestão em saúde, profissionais de saúde, assistência social, e outros atores, oferta de medicamentos em municípios vizinhos ou próximos; ter equipe ou CFT com expertise para analisar e avaliar a inclusão, exclusão ou alteração de medicamentos e/ou produtos de interesse para saúde; e a judicialização de medicamentos e outras tecnologias e procedimentos em saúde não ofertados pelo município, têm desafiado Olga a racionalizar a prescrição e à disponibilização de medicamentos para seus usuários.

A ausência de um elenco padronizado de medicamentos no município, leva à frequente solicitação de demandas de medicamentos oriundos de diversos atores da sociedade civil e da gestão, inclusive de profissionais de saúde principalmente os médicos, porém o principal demandante que tem causado impacto financeiro e transtornos para a gestão tem sido o poder judiciário. Muitos usuários com prescrição oriunda de estabelecimentos de saúde de outros municípios (vizinho ou da região de saúde), solicitando medicamentos que lá são ofertados e que não são disponibilizados em Vila SUS. Ocorrendo também a situação inversa, usuários de outros municípios solicitando e recebendo medicamentos que só são ofertados pela SMS de Vila SUS, situações que comprometem o planejamento e torna a Assistência Farmacêutica no município, uma política de complexa sustentação.

Diante deste cenário, é desejável a busca de diálogo e a cooperação entre os municípios, (o município de AURORA é polo microrregional e referência para maior parte das ações de saúde do município de Vila SUS), no intuito de discutir e identificar as necessidades, situações e problemas enfrentados que são compartilhados e que caracterizam interdependência de atuação.

Conforme preconizado nos dispositivos do decreto, a CIR é o espaço legítimo na Região de Saúde, para fomentar os debates e os consensos necessários na definição de ações e estratégias de enfrentamento de situações-problema. Para as situações vivenciadas pelo município de Vila SUS e dos demais municípios da região, os dilemas enfrentados no âmbito da AF não diferem em outras regiões do país: municípios reconhecem que seus usuários podem estar recorrendo a outros municípios, buscando acesso a medicamentos e procedimentos não disponibilizados em tempo oportuno, seja pela falta de cobertura/padronização no elenco ou por eventual desabastecimento.

É recomendável que os gestores estabeleçam as câmaras técnicas de AF da CIR, inserindo as ações e estratégias definidas no Planejamento Regional Integrado (PRI), sendo fundamental o apoio técnico da Secretaria Estadual de Saúde e do COSEMS nesse processo.

Compreendendo a importância da AF e da promoção do uso racional de medicamentos, recomenda-se para as Secretarias Municipais de Saúde, incluindo a Vila SUS as seguintes diretrizes:

- *Aprimorar a qualidade da gestão e gerência técnica da AF;*

- *Aprimorar a gestão clínica da AF fundamentada em evidências científicas e na epidemiologia: farmacoepidemiologia, farmacovigilância e estudos de utilização de medicamentos;*

- *Aprimorar a gestão do conhecimento de profissionais da saúde e de usuários quanto à eficácia, a efetividade dos medicamentos e a eficiência dos serviços;*

- *Adoção de listas padronizadas na região de saúde, com harmonização e compatibilização das REMUME.*

As novas regulamentações do SUS (Lei nº 12.401/2011[9], e Decreto nº 7508/2011) originaram mudanças importantes para a Assistência Farmacêutica no SUS. O Decreto Presidencial nº 7.508/2011[10] assegura um novo marco regulatório para a organização do SUS e para a gestão municipal (Rede de Atenção à Saúde – RAS), com foco nas Regiões de Saúde, na Hierarquização, no Planejamento da Saúde, na Assistência à Saúde por meio da Relação Nacional de Serviços de Saúde (RENASES) e da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), fundamentadas na Articulação Interfederativa, nas Comissões Intergestores e no Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

Uma nova definição foi estabelecida para a RENAME, compreendendo a seleção e a padronização de medicamentos indicados para o atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS, sendo acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional (FTN), protocolos clínicos e terapêuticos que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos, e serão publicados a cada dois anos. Representa a diretriz principal para a AF e para a promoção do Uso Racional de Medicamentos (URM). Estabelece que para todas as ações e serviços de saúde, devem ser assegurados os tratamentos necessários, na perspectiva da integralidade na atenção e na assistência. Uma das principais alterações com esta definição é o entendimento do conceito de medicamentos essenciais que passa a não ser adotado pela atual RENAME.

Em tempo, a Lei nº 12.401, de 29 de abril de 2011[11] que alterou a Lei nº

9 Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 12401 de 28 de abril de 2011. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS

10 Decreto nº 7508/2011 -Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

11 Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 12401 de 28 de abril de 2011. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

8.080, de 1990[12], veio para regulamentar sobre a Assistência Terapêutica e a Incorporação de Tecnologia em Saúde no âmbito do SUS, reforçando a adoção dos Protocolos Clínicos e Formulários Terapêuticos (PCDT) – por meio da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) – levando em consideração, necessariamente, as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade, a segurança do medicamento, além do fator econômico.

É importante registrar que os estados, o Distrito Federal e os municípios poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a RENAME, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, onde os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à AF, desde que questões de saúde pública o justifiquem[13].

Mediante o conjunto de situações-problema relacionado ao acesso e utilização de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, apontados no contexto de Vila SUS e da região de saúde a qual faz parte, surgem questionamentos importantes:

- *Quais as mudanças ocorridas na RENAME com as novas regulamentações do SUS?*

- *Como definir o elenco de medicamentos que atenda a necessidade dos municípios da região?*

- *Como está estruturada a CONITEC?*

- *Como os municípios podem solicitar uma demanda a CONITEC?*

- *É fundamental que os gestores municipais se identifiquem como protagonistas no processo de incorporação/inclusão, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde, sendo integrantes do plenário da CONITEC. Para isso, é essencial compreender como se dá a participação dos municípios nesses processos.*

12 Brasil. Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set.1990. Seção I, p.18055-18059.

13 Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 48 p. – Série B. Textos Básicos em Saúde.

RENAME – Para além da estratégia uma conquista social

Historicamente o Brasil vem elaborando listas oficiais de medicamentos desde a década de 60. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou e publicou a lista modelo de medicamentos a partir de 1978, portanto, antes mesmo da sinalização pela OMS o Brasil tem colocado o acesso a medicamentos como prioridade na política pública de saúde. Inicialmente as atualizações foram realizadas pela Central de Medicamentos (CEME), que a partir da versão elaborada em 1975 passa a receber a denominação de Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) publicada em 1998[14], estabeleceu que os medicamentos essenciais devem ser selecionados em âmbito estadual e municipal a partir da RENAME. A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), publicada em 2004[15], estabeleceu em seus eixos estratégicos a garantia do acesso da população a medicamentos essenciais com qualidade e segurança, a promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo e a instituição e utilização da RENAME.

Compreende-se que tanto a PNM quanto a PNAF promovem a formação de um novo capital social (valores morais, princípios éticos e recursos cognitivos) no campo da Assistência Farmacêutica[16]. Na literatura identifica que umas das consequências imediatas para conceber a política de saúde como uma política social é que a saúde é uma condição de cidadania, visto que a participação dos indivíduos na sociedade política se realiza a partir de sua inclusão como cidadãos[17].

A garantia de direitos vem sendo desenvolvida no Brasil mediante políticas públicas. Define-se como Política Pública o conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos[18]. No campo da saúde, as políticas públicas devem atender a necessidade de saúde da população, visando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em nível individual e coletivo[19].

No âmbito da assistência farmacêutica, a adoção da RENAME enquanto

14 Brasil. Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Diário Oficial da União. 1998.

15 Brasil. Resolução n. 338 de 6 de maio de 2004. Aprova a Política de Assistência Farmacêutica. Brasília: Diário Oficial da União. 2004.

16 Correr CJ, Otuki MF, Soler, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. RevPan-AmazSaude, Belém, v. 2, n. 3, p. 41-49, 2011. p. 41-49.

17 Fleury S, Ouverney AM. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. (Org.) Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23- 64

18 Souza, C. Políticas Públicas de Saúde: uma revisão de literatura. Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45.

19 Ferraz D, Kraiczyk J. Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. Revista de Psicologia da UNESP São Paulo. 2010.

estratégia para promoção e o acesso a medicamentos deve ser considerada como uma condição inerente ao direito à saúde. Portanto, a PNM e a PNAF contribuem para o fortalecimento destes direitos e devem ser consideradas como políticas sociais, promovendo um conjunto de benefícios aos usuários do Sistema Único de Saúde.

A atual RENAME vigente está na 9ª edição, e está estruturada em quatro seções: A, B, C e D. De forma geral, ao longo do documento, os itens são apresentados com sua denominação genérica, concentração e/ou composição, forma farmacêutica e/ou descrição. Na seção A, a RENAME é apresentada conforme definido na Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 01, de 17 de janeiro de 2012, em cinco anexos: I – Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica; II – Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; III – Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; IV – Relação Nacional de Insumos Farmacêuticos; e V – Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar. Nessa seção estão indicados documentos norteadores que referenciam Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), atos normativos e diretrizes específicas publicadas pelo Ministério da Saúde, assim como outros documentos que disciplinam a utilização do item, trazendo informações para promoção de seu uso racional. Na seção B, os itens que compõem a RENAME são apresentados de acordo com o sistema de classificação Anatômica Terapêutica Química (Anatomical Therapeutic Chemical classification system) recomendado pela OMS, organizados de acordo com o Grupo Principal Anatômico – 1º nível do sistema. Na seção C, os itens são apresentados em ordem alfabética, com descrição do componente de financiamento da Assistência Farmacêutica ao qual pertencem e seus respectivos códigos ATC.

Na seção D são indicados os relatórios técnicos e os posicionamentos da CONITEC realizados até junho de 2015, além de informações do processo de incorporação de novas tecnologias em saúde no SUS. O índice remissivo possibilita a busca pelo nome do fármaco e sua denominação derivada (sais, ésteres e outros).

Da essencialidade a Integralidade

As listas elaboradas no Brasil seguiram as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), tendo como premissa o conceito de medicamentos essenciais. De acordo com a OMS, Medicamentos Essenciais são aqueles que satisfazem às necessidades de saúde prioritárias da população, os quais devem ser selecionados por critérios de eficácia, segurança, conveniência, qualidade e custo favorável. Eles devem estar acessíveis em todos os momentos, na dose apropriada, a todos os segmentos da sociedade[20].

A RENAME passou por um período sem a devida atualização do elenco, sendo este processo retomado somente em 2005, com a criação da Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da RENAME (COMARE), a qual teve a incumbência de revisar e publicar a RENAME a partir de sua 5ª edição em 2006[21].

Novamente é importante mencionar os avanços trazidos pela Lei 12.401/2011 no contexto do acesso a medicamentos no SUS. Passou-se a adotar o conceito de assistência terapêutica integral, e trata da incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de PCDT, a referida Lei estabelece que o Ministério da Saúde seja assessorado pela CONITEC.

A criação da CONITEC, com participação de representantes de distintos setores, além das Secretarias do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), extinguiu a antiga COMARE, constituindo um avanço ao regulamentar a utilização de critérios transparentes e cientificamente respaldados ao considerar nas suas avaliações e recomendações sobre medicamentos as evidências científicas sobre a eficácia, acurácia, efetividade e segurança, bem como os benefícios e os custos em relação às tecnologias já incorporadas.

A atualização da RENAME passou a ser elaborada conforme o preconizado no Decreto nº 7.508, considerando o processo dinâmico de incorporação de tecnologias mediante recomendação da CONITEC, sendo realizada a revisão e harmonização da descrição de fármacos e das formas farmacêuticas entre os componentes da Assistência Farmacêutica.

A permanente atualização e a ampla divulgação da RENAME, como instrumento racionalizador das ações de assistência à saúde e de gestão, é assumida desde então como um compromisso dos gestores do SUS aos profissionais, aos usuários, e de toda a população brasileira, na perspectiva da promoção do uso racional dos medicamentos.

---

20 World Health Organization. WHO modellist. 14th Ed. Geneva: World Health Organization; 2005.

21 Brasil. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2014/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 9. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 230 p.

A gestão e incorporação de tecnologias - um desafio para o SUS

A multiplicidade de novas tecnologias e de novos métodos aparecendo para tratar as doenças deve ser considerada como um avanço da humanidade e não como uma ameaça. No entanto, no contexto dos países em desenvolvimento a entrada intempestiva e não programada da inovação nos sistemas públicos de saúde, seja pela via da propaganda, seja pela via da judicialização, tem gerado consequências nefastas para o estabelecimento de prioridades em saúde e para a condução dos programas de saúde pública já instituídos, e vem se tornando um grande nicho de negócios para indústria do setor saúde, principalmente as farmacêuticas.

O marco legal que criou o SUS já deixava claro que o sistema devia oferecer tecnologias apropriadas à assistência, tanto hospitalar como ambulatorial, porém não determinava nem o modo nem a periodicidade com que as novas tecnologias seriam avaliadas com vistas a sua incorporação ou exclusão do sistema. Também não definia qual organismo ou instituição teria a competência de realizar essas avaliações. A lei nº 12401/2011 e decretos relacionados vieram preencher essa lacuna.

Assim, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), regulamentada pelo Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011, tem o papel de assessorar o Ministério da Saúde, em específico quanto à incorporação, exclusão ou alteração de uso de novos medicamentos, produtos e procedimentos no SUS. Também tem a atribuição legal de elaborar e atualizar os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT) do SUS com vistas ao uso apropriado e oportuno dessas tecnologias.

No intuito de obter uma melhor compreensão do processo de gestão e incorporação de tecnologias no SUS, é fundamental abordar algumas definições estabelecidas pela Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde[22]:

Acurácia: O grau em que uma medida de um teste diagnóstico representa o valor verdadeiro do efeito medido.

Avaliação de tecnologias em saúde (ATS): é o processo contínuo de análise e síntese dos benefícios para a saúde, das consequências econômicas e sociais do emprego das tecnologias, considerando os seguintes aspectos: segurança, acurácia, eficácia, efetividade, custos, custo-efetividade e aspectos de equidade, impactos éticos, culturais e ambientais envolvidos na sua utilização;

Custo-efetividade: Avaliação econômica completa de tecnologias, no âmbito da saúde, que compara distintas intervenções de saúde, cujos custos são expressos em unidades monetárias e os efeitos em unidades clínico-epidemiológicas;

Eficácia: Probabilidade de que indivíduos de uma população definida obtenham um benefício da aplicação de uma tecnologia em saúde direcionada a um determinado problema em condições controladas de uso;

Probabilidade de que indivíduos de uma população definida obtenham um benefício da aplicação de uma tecnologia em saúde direcionada a um determinado problema em condições reais de uso. A efetividade está relacionada a conseguir efeito real com alcance de metas levando em conta o meio ambiente onde está se desenvolvendo tal tecnologia;

Segurança: Risco aceitável em uma situação específica.

Na perspectiva dos gestores do SUS o principal objetivo do processo como um todo é escolher bem (a melhor tecnologia) em uma enorme variedade de escolha, e otimizar os recursos disponíveis. Informalmente, podemos comparar com uma família a fazer compras no supermercado lotado de variedades, onde o objetivo é selecionar os produtos mais relevantes com o melhor uso do recurso para sua família.

22 Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 48 p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde).

A premissa básica que tem de ser compreendida é: nem tudo o que é novo é bom e/ou melhor do que aquilo que já está em uso, também nem sempre o produto (tecnologias em saúde) mais caro é melhor ou tem qualidade superior. Saber escolher e distinguir as novidades (tecnologias que prometem inovação) exige um trabalho complexo com análise de evidências e implica na sustentabilidade do sistema. Toda inovação traz consigo incertezas e não se conhece todo o leque de eventos adversos e/ou efeitos colaterais, além dos potenciais benefício que prometem.

Por isso, é necessário fazer a Avaliação de Tecnologias em Saúde – ATS (análise de segurança, eficácia, efetividade e por fim o custo da tecnologia), quanto custará a mais pelo beneficio esperado/prometido (se o medicamento custar a mais ele tem que ser melhor), também analisar o impacto orçamentário (se eu troco o velho pelo novo, é preciso saber o quanto de recurso será necessário), e tão importante quanto realizar estes processos é analisar o horizonte (recomenda-se o mínimo de cinco anos) para que não seja uma incorporação pontual (muitas vezes denominada de eleitoreira) e possa se manter, ter sustentabilidade.

Uma das polêmicas no dia a dia da gestão do SUS é que, teoricamente, tudo está coberto e todas as pessoas têm direito a tudo, no entanto, tem de se apurar e minimizar os riscos, sem prejuízo das ações consolidadas. Uma incorporação mal planejada pode consumir recursos e impactar nos tratamentos e procedimentos já consolidados e na prática clínica.

As listas de medicamentos e de procedimentos são a base das ofertas tecnológicas no SUS e constituem importante balizamento para as ações judiciais em saúde. Por esse motivo, a aproximação com as secretarias estaduais e municipais (instâncias que efetivamente realizam o atendimento em saúde) passa a ser prioridade máxima da CONITEC. Essa articulação entre os três níveis gestores do SUS visa garantir a equidade e a qualidade das prestações em saúde distribuídas por todas as regiões do país.

Nesse contexto recomenda-se fortemente que municípios e estados adotem às listas nacionais e evitem incluir novos medicamentos ou produtos em suas listas sem aprovação prévia da CONITEC, espera-se conseguir com essa providência a redução do crescimento das ações judiciais, e dos gastos com as compras pela via administrativa.

Ficam fora dessa recomendação as listas de padronização de medicamentos de uso hospitalar exclusivo que dependem mais do perfil de atendimento/complexidade do hospital do que de uma lista elaborada e atualizada pelo nível federal. O modelo de ressarcimento em vigência no SUS remunera por Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e por Autorização de Procedimento de Alto Custo (APAC).

Uma vez incorporada uma tecnologia no sistema, são acionados os mecanismos de controle para o uso racional da tecnologia, os processos de compra direta ou criação de novo procedimento para ressarcimento dos custos com o novo tratamento no SUS, garantindo que o usuário receba efetivamente os benefícios dessa incorporação. As decisões por não incorporar são sustentadas por minuciosos relatórios de evidências disponibi-

lizados no site da CONITEC, que auxiliam os três entes do SUS nas defesas das eventuais ações judiciais para provimento da tecnologia em questão.

Como o município deve proceder para submeter uma demanda?

Diante da complexidade deste cenário, Olga sentiu necessidade de saber mais sobre a incorporação de tecnologias, tendo sido apoiada pelo COSEMS. A incorporação de tecnologias por estados e municípios é legítima mediante sua autonomia constitucional. Como já abordado os entes podem constituir suas listas complementares mediante a uma condição de saúde pública que justifique a utilização de tecnologias não incorporadas pelo SUS. O cuidado que deve ser observado é que qualquer um pode incluir e utilizar tecnologias por si, desde que "pague a conta", ou seja, ao definir suas listas complementares, os entes (estado ou município) deverão dispor de seus recursos próprios para provimento e se basear nas melhores evidências, pela segurança, eficácia e custo.

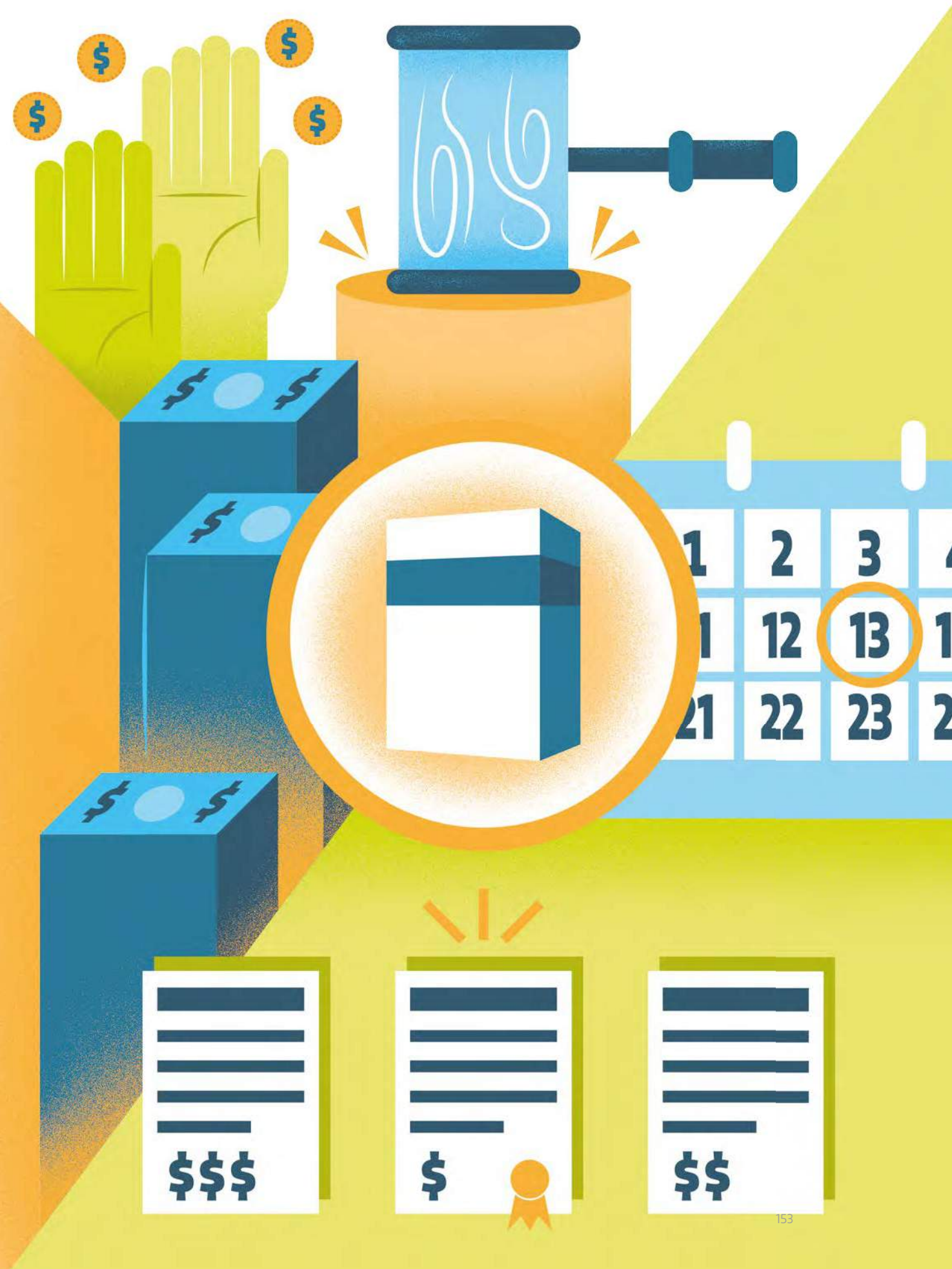
Outra preocupação a ser observada é quando um município faz a inclusão de uma tecnologia (medicamento, produto, etc.), pois isso pode desequilibrar e gerar demanda para os outros municípios que não o fizeram, por isso é recomendável que as demandas sejam submetidas a avaliação pela CONITEC. Essa orientação é válida para os casos de incorporações futuras, ou para os casos de inclusões que tenham sido feitas no passado. A partir disso, é possível avaliar e saber se vale a pena incluir ou retirar uma tecnologia dos elencos complementares, possibilitando inclusive, a redução de ações judiciais irracionais.

Portanto os municípios que identificarem a necessidade de inclusão de uma nova tecnologia no SUS, de ampliação do uso de uma tecnologia já incorporada ou de exclusão de alguma tecnologia ofertada pelo sistema podem solicitar apoio ao COSEMS que encaminhará a demanda para a CONITEC. Além disso, os municípios que são acionados judicialmente para disponibilizar tecnologias não ofertadas pelo SUS podem solicitar a avaliação dessa tecnologia pela Comissão.

Capítulo 6

Administração pública e a judicialização da saúde no Município

Olga encaminhou à Assessoria Jurídica do COSEMS, através da apoiadora Vitória, algumas demandas relativas ao fornecimento de medicamentos para atender ordens judiciais que não fazem parte das relações oficiais do SUS, nem dos protocolos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde, questionando sobre como proceder para fazer a aquisição dos medicamentos e se precisa fazer licitação.


$
$
$
$
1
2
3
12
13
21
22
23
$$$
$
$$

O: *Posso fazer adesão à Ata de Registro de Preços da Secretaria Municipal de Saúde de Girassol? Pergunto, pois, Girassol é integrante da mesma região de saúde, lá tem os serviços e produtos que necessitamos. Como proceder para aderir à ata?*

V: *Olga para responder sua pergunta é preciso saber um pouco sobre os princípios constitucionais da administração pública e sua aplicação na gestão do Sistema Único de Saúde. É fundamental que você saiba que na administração pública não há liberdade nem vontade pessoal. Se na iniciativa privada é lícito fazer tudo que a lei não proíbe, na Administração Pública só é permitido fazer o que a lei autoriza.*

Administração Pública no SUS

Vitória apresenta os artigos constitucionais que sustentam essa afirmação e inclui um comentário a seguir.

O Art. 37, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, dispõe que: "A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (...)", os quais passam a ideia de clareza, transparência, limpeza, facilmente de serem gravados pela sigla "LIMPE", e que podem assim ser conceituados:

- *Legalidade é o próprio alicerce do Estado Democrático de Direito, traduzindo a ideia de que o administrador público só pode fazer o que a lei autoriza.*

- *Impessoalidade traduz a ideia de que a imagem do administrador público não deve ser identificada quando a Administração Pública estiver atuando, assim como impede a promoção pessoal do próprio administrador.*

- *Moralidade relaciona-se com as decisões legais tomadas pelo agente público, com bases éticas, acompanhadas pela honestidade, com vistas a obter uma finalidade de interesse público.*

- *Publicidade tem por objetivo tornar do conhecimento público os atos da administração e tem ligação estreita com a transparência, além de conferir eficácia jurídica aos atos administrativos e não pode ser usada como forma de propaganda pessoal do administrador.*

- *Eficiência é o dever de fazer uma boa gestão, a fim de atender aos anseios da sociedade, conseguindo resultados positivos e satisfatórios.*

Entretanto, Vitória explica quer o dispositivo constitucional citado é de caráter exemplificativo. Isso significa que existem outros princípios regulados na legislação infraconstitucional, que devem ser igualmente observados pelo gestor público, dentre os quais, vale mencionar: isonomia, supremacia do interesse público, proporcionalidade, razoabilidade, finalidade, motivação e outros específicos, tais como: igualdade, probidade administrativa, vinculação ao instrumento convocatório, julgamento objetivo, quando se tratar de procedimento licitatório.

O dever de licitar e suas exceções

A Constituição da República, no inciso XXI, do Art. 37, dispõe que: "ressalvados os casos especificados na legislação, as obras, serviços, compras e alienações serão contratados mediante processo de licitação pública que assegure igualdade de condições a todos os concorrentes, com cláusulas que estabeleçam obrigações de pagamento, mantidas as condições efetivas da proposta, nos termos da lei, o qual somente permitirá as exigências de qualificação técnica e econômica indispensáveis à garantia do cumprimento das obrigações".

Assim, a realização de licitação é regra quando a Administração Pública deseja contratar com terceiros e pode-se conceituar Licitação, como sendo um procedimento administrativo formal[1], que tem por objetivo a contratação de serviços ou a aquisição de bens, mediante a escolha da proposta mais vantajosa para a administração pública.

Atualmente, o processo licitatório[2] é disciplinado pela Lei nº 8.666/93, que regulamenta o Art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal e institui normas para licitações e contratos da Administração Pública, dentre outras providências, bem como pela Lei nº 10.52/02, que institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do Art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns.

Vale ainda referenciar o Regime Diferenciado de Contratações Públicas[3] (RDC), instituído pela Lei nº 12.462/11. A Lei 12.745/12 acrescentou ao RDC o inciso V, ao Art. 1º, da Lei nº 12.462/11, para estender sua aplicação à realização de obras e serviços de engenharia no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O Art. 38, da Lei nº 8.666/93, elenca as providências iniciais do planejamento da licitação e exige a abertura de processo administrativo, com respectiva autuação, protocolo e numeração, autorização da autoridade com-

1 MEIRELLES, Hely Lopes. Direito Administrativo Brasileiro. 23 ed. Atual. São Paulo. Malheiros Editores, 1998.

2 PEREIRA JÚNIOR, Jessé Torres. Comentários à Lei das Licitações e Contratações da Administração Pública. 6 ed. Rio de Janeiro. Renovar, 2003.

3 JACOBY, Jorge Ulisses. Contratação Direta Sem Licitação. 7 ed. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2008.

.

petente, a elaboração do termo de referência ou projeto básico, a descrição do objeto, as justificativas necessárias, a demonstração de existência de previsão orçamentária, pesquisa de preços, avaliação de mercado, definição da modalidade, critério de julgamento, elaboração da minuta do edital ou convite e respectivo contrato, aprovação da Assessoria Jurídica e divulgação.

Modalidades de licitação

Como regra que é, a Lei nº 8.666/93 estabelece 06 (seis) modalidades de licitação, a saber:

Concorrência que é a modalidade entre quaisquer interessados que, na fase inicial de habilitação preliminar, comprovem possuir os requisitos mínimos de qualificação exigidos no edital para execução de seu objeto. Para obras e serviços de engenharia, acima de R$ 1.500.000,00 (um milhão e quinhentos mil reais); Para compras e outros serviços, acima de R$ 650.000,00 (seiscentos e cinquenta mil reais).

Tomada de preços é a modalidade entre interessados devidamente cadastrados ou que atenderem a todas as condições exigidas para cadastramento até o terceiro dia anterior à data do recebimento das propostas, observada a necessária qualificação. Para obras e serviços de engenharia, até R$ 1.500.000,00 (um milhão e quinhentos mil reais); Para compras e outros serviços, até R$ 650.000,00 (seiscentos e cinquenta mil reais).

Convite é a modalidade entre interessados do ramo pertinente ao seu objeto, cadastrados ou não, escolhidos e convidados em número mínimo de 03 (três) pela unidade administrativa, a qual afixará, em local apropriado, cópia do instrumento convocatório e o estenderá aos demais cadastrados na correspondente especialidade que manifestarem seu interesse com antecedência de até 24 (vinte e quatro) horas da apresentação das propostas. Para obras e serviços de engenharia, até R$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais); Para compras e outros serviços, até R$ 80.000,00 (oitenta mil reais).

Concurso é a modalidade entre quaisquer interessados para escolha de trabalho técnico, científico ou artístico, mediante a instituição de prêmios ou remuneração aos vencedores, conforme critérios constantes de edital publicado na imprensa oficial com antecedência mínima de 45 (quarenta e cinco) dias.

Leilão é a modalidade entre quaisquer interessados para a venda de bens móveis inservíveis para a Administração ou de produtos legalmente apreendidos ou penhorados, a quem oferecer o maior lance, igual ou superior ao da avaliação.

Pregão é a modalidade criada pela Lei nº 10.520/02, utilizada para aquisição de bens e serviços comuns, assim considerados, aqueles cujos padrões de desempenho e qualidade possam ser objetivamente definidos pelo edital, por meio de especificações usuais no mercado, que pode ser utilizado para qualquer valor estimado do objeto. O pregão pode ser presencial ou eletrônico.

No pregão a disputa entre os participantes se realiza em sessão pública, através de propostas e lances, para classificação da proposta de menor preço e habilitação do licitante vencedor.

Nesse item Vitória chama atenção de que é importante observar que as obras, serviços e compras efetuadas pela administração pública podem ser divididas em tantas parcelas quantas se comprovarem técnica e economicamente viáveis, a fim de proceder à licitação com vistas ao melhor aproveitamento dos recursos disponíveis no mercado e à ampliação da competitividade sem perda da economia de escala. Entretanto, a divisão em parcelas não pode ensejar o fracionamento do objeto. Ou seja, mesmo dividindo-se o objeto em parcelas, deverá ser observada a modalidade prevista para o todo em cada parcela licitada.

Olga pede a Vitória para descrever algumas situações e pergunta se ela pode ajudar com algum esclarecimento, Vitória concorda.

O: *Vila SUS tem um planejamento de aquisição dos medicamentos do elenco municipal, para atender a demanda anual, com valor estimado em R$ 300.000,00 (trezentos mil reais), mas, de acordo com a programação financeira da Prefeitura, os recursos serão repassados em 06 (seis) parcelas de R$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) cada uma, a cada dois meses, a partir de janeiro. Quais seriam as modalidades indicadas?*

V: *Nesta situação, as modalidades indicadas para o objeto como um todo são: concorrência, tomada de preços ou pregão, mesmo que, sejam realizados 06 (seis) procedimentos. Não poderá o gestor utilizar-se do convite para as parcelas do mesmo objeto, sob pena de estar fracionando a licitação.*

O: *Quais são os prazos de divulgação?*

V: *Os prazos de divulgação devem ser fixados pelo legislador. Os prazos mínimos devem ser observados, entre a data da publicidade dos avisos e a data da realização do certame, para cada modalidade, que variam de acordo com as seguintes faixas:*

- *45 (quarenta e cinco) dias para concurso e concorrência, neste caso, quando o contrato a ser celebrado contemplar o regime de empreitada integral ou quando a licitação for do tipo "melhor técnica" ou "técnica e preço";*

- *30 (trinta) dias para concorrência, nos casos não especificados na alínea anterior e tomada de preços, neste caso, quando a licitação for do tipo "melhor técnica" ou "técnica e preço";*

- *15 (quinze) dias para a tomada de preços, nos casos não especificados na alínea anterior, ou leilão;*

- *05 (cinco) dias úteis para convite;*

- *08 (oito) dias úteis para pregão.*

Vitória acrescenta que cabe ainda observar que os prazos são contados a partir da primeira publicação do edital resumido ou da expedição do convite, ou ainda, da efetiva disponibilidade do edital ou do convite e respectivos anexos.

Sistema de Registro de Preços e a figura do "carona"

O Registro de Preços previsto no Art. 15 inciso II da Lei 866/93, embora não constitua uma modalidade de licitação, é um procedimento especial em que se realiza a seleção da proposta mais vantajosa para a Administração na aquisição de bens e serviços, formando-se um cadastro para eventual e futura contratação. Além de manter os preços registrados por um período de até 01 (um) ano, a administração só comprometerá seu orçamento, quando efetivamente for se realizar a aquisição do bem ou serviço registrado.

O inciso V, do Art. 2º, do Decreto 7.892/2013 que regulamenta o Sistema de Registro de Preços no âmbito da administração pública federal define como órgão não participante (carona), "aquele que, não tendo participado dos procedimentos iniciais da licitação, faz adesão à ata de registro de preços, mediante atendimentos dos requisitos estabelecidos no referido decreto".

A adesão à ata de registro de preços por órgãos ou entidades não participantes do certame licitatório é perfeitamente possível e legal, desde que esteja regulamentado e sejam observados os seguintes requisitos formais:

- *Demonstração de ser a opção mais vantajosa;*
- *Previsão no instrumento convocatório;*
- *Anuência do órgão gerenciador;*
- *Aceitação do fornecedor beneficiário da Ata de Registro de Preços;*
- *Limitação a 100% (cem por cento) dos itens registrados;*
- *Não exceder ao quíntuplo do quantitativo de cada item registrado.*

Resgatando o mesmo exemplo utilizado para o município de Vila SUS, Olga pergunta qual seria a recomendação para evitar a realização de 06 (seis) procedimentos licitatórios. Vitória indica que, nesse caso, a recomendação seria utilizar-se do Sistema de Registro de Preços, mediante licitação na modalidade de concorrência ou pregão, presencial ou eletrônico e registrar os preços dos medicamentos pretendidos, uma vez que o registro não obriga a aquisição e não compromete o orçamento, nem as finanças do órgão.

Licitação dispensada, dispensável e inexigível

Como visto, a regra no direito brasileiro é a licitação, mas a Lei nº 8.666/93 disciplinou as hipóteses de inexigibilidade de licitação, que ocorrem com a impossibilidade total de realização do procedimento por haver inviabilidade de competição e os casos de dispensa de licitação, que acontecem quando expressamente previstos em lei.

Licitação dispensável

As hipóteses de licitação dispensável em razão do valor acham-se previstas nos incisos I e II, do Art. 24, da Lei nº 8.666/93, para obras e serviços de engenharia e para outros serviços e compras, que correspondem até o valor de 10% (dez por cento) dos limites previstos nas alíneas "a", dos incisos I e II, do Art. 23, equivalentes atualmente, a R$ 15.000,00 (quinze mil reais) e R$ 8.000,00 (oito mil reais), respectivamente.

Os percentuais referidos nos incisos I e II passam a ser de 20% (vinte por cento), ou seja, de R$ 30.000,00 (trinta mil reais) e R$ 16.000,00 (dezesseis mil reais), respectivamente, em valores atuais, nas mesmas hipóteses, para compras, obras e serviços contratados por consórcios públicos, sociedade de economia mista[4], empresa pública e por autarquia ou fundação qualificadas, na forma da lei, como Agências Executivas.

A ressalva a ser feita nestas duas hipóteses se refere à impossibilidade de fazer o parcelamento do objeto, a fim de proporcionar a licitação dispensável, caracterizando fracionamento da despesa. Ou seja, nestes casos, só é possível tornar a licitação dispensável, quando não se tratar de etapas de uma mesma obra ou serviço ou ainda para obras e serviços da mesma natureza e no mesmo local que possam ser realizadas conjunta e concomitantemente e, desde que não se refiram a parcelas de um mesmo serviço, compra ou alienação de maior vulto que possa ser realizada de uma só vez.

O Art. 24, da Lei 8.666/93, possui mais 32 (trinta e dois) incisos que tratam de hipóteses de licitação dispensável, em função de situações excepcionais, do objeto ou da pessoa. Vitória chama atenção de Olga:

V: *Olga é importante lhe dizer que o rol do Art. 24, é taxativo e não exemplificativo. Somente as hipóteses descritas no referido dispositivo podem ser objeto de licitação dispensável. E as hipóteses de licitação dispensável devem representar para a Administração a possibilidade de uma melhor contratação, de sorte que essa contratação direta propiciará uma maior vantagem do que, caso fosse realizada a licitação.*

4 FIGUEIREDO, Lúcia Valle. Empresas Públicas e Sociedades de Economia Mista. São Paulo. Revista dos Tribunais, 1978.

A hipótese do inciso IV, do Art. 24, trata dos casos de emergência ou calamidade pública, caracterizada pela urgência de atendimento de determinada situação que possa ocasionar prejuízo ou comprometer a segurança de pessoas, obras, serviços, equipamentos e outros bens, públicos ou particulares.

Neste caso a lei permite tornar a licitação dispensável para atender situação emergencial, mas, estabelece o prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias consecutivos e ininterruptos, contados da ocorrência da emergência ou calamidade, para realização do evento, vedando expressamente a prorrogação dos respectivos contratos celebrados em razão dessa situação.

É preciso formalizar o pleito com a documentação necessária e a motivação que levam o gestor a decidir por tornar a licitação dispensável, demonstrando a finalidade e o interesse público da proposta, caracterizando a situação emergencial e o fato imprevisível que não permite esperar o planejamento de compras.

Veja que, caracterizada a hipótese de situação emergencial, a medida cabível não pode ser retardada, sob pena de causar prejuízo ao erário, em eventual ação de ressarcimento, ou mesmo comprometer a saúde e a segurança de pessoas, respondendo o gestor, neste caso, por omissão.

A aplicação da hipótese do Art. 24, IV, se consolida cada vez mais no âmbito do SUS, em especial para atender demandas judiciais e fazer frente ao fenômeno da judicialização, fortemente presente no dia a dia dos gestores da saúde, uma vez que acha-se consagrado pela jurisprudência pátria, o princípio da solidariedade dos entes no atendimento das questões relacionadas à saúde, sem considerar qualquer limitação orçamentária e financeira, nem mesmo as responsabilidades sanitárias compreendidas nos regramentos do SUS[5].

5 Reforçando este posicionamento, o Ministro Marco Aurélio de Melo assim se posicionou no julgamento do Recurso Extraordinário 273042 do Estado do Rio Grande Sul: "Tal como pude enfatizar, em decisão por mim proferida no exercício da Presidência do Supremo Tribunal Federal, em contexto assemelhado ao da presente causa (Pet. 1.246 – SC), entre proteger a inviolabilidade do direito à vida e à saúde, que se qualifica como direito subjetivo inalienável assegurado a todos pela própria Constituição da República (Art. 5º, caput e Art. 196), ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado, entendo – uma vez configurado esse dilema – que razões de ordem ético-jurídica impõem ao julgador uma só e possível opção: aquela que privilegia o respeito indeclinável à vida e à saúde humana (...)" (STF. 2000).

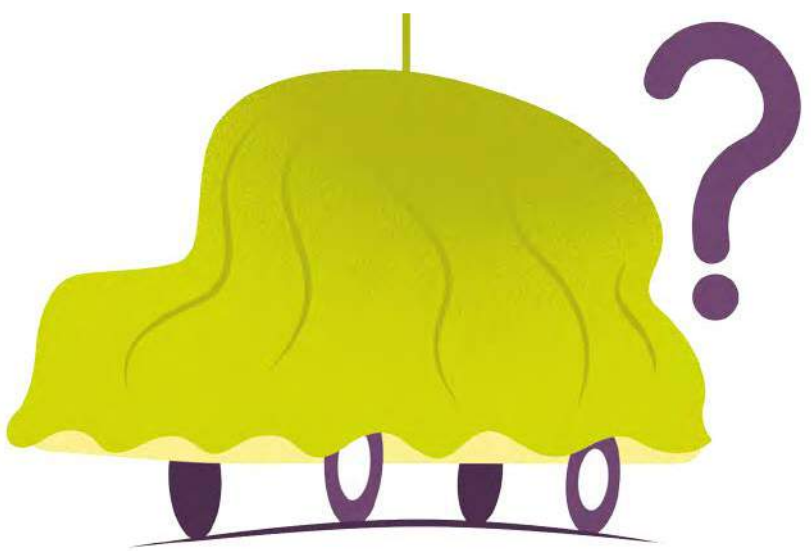
Inexigibilidade de Licitação

Diferentemente da lista de hipóteses de licitação dispensável referidas no Art. 24, neste caso, as situações descritas no Art. 25 são exemplificativas, ou seja, podem ter outras hipóteses, que serão identificadas de acordo com cada situação.

O Art. 25 estabelece que "é inexigível a licitação quando houver inviabilidade de competição", discriminando três hipóteses de inviabilidade. Independente das situações descritas nos incisos I, II e III, será possível a aplicação do instituto da inexigibilidade, sempre que o gestor público estiver diante de qualquer situação de inviabilidade de competição. Para caracterizar a hipótese de inexigibilidade, é preciso reconhecer, de forma fundamentada, a "inviabilidade de competição", mesmo nos casos previstos nos incisos do Art. 25, pois, de outro modo, havendo em tese competição, não há que se falar em contratação direta.

A hipótese do inciso I tem como requisitos: a) fornecedor exclusivo; b) vedação para a preferência de marca; c) comprovação da exclusividade do fornecedor. Portanto, a lei veda expressamente a escolha da marca do produto que deseja adquirir e o fornecedor deve ser único, sendo que a comprovação dessa singularidade deve se dar através de atestado fornecido pelo órgão de registro do comércio do local em que se realizaria a licitação ou a obra ou o serviço, pelo Sindicato, Federação ou Confederação Patronal, ou, ainda, pelas entidades equivalentes. Ou seja, qualquer das entidades descritas pode atestar a exclusividade do fornecedor.

Na especificação do objeto a ser adquirido, a administração deverá observar critérios objetivos, técnicos e econômicos, a fim de definir o que melhor atenda ao interesse público, sem qualquer identificação de marca ou indicação que possa sugerir o direcionamento para determinado fornecedor. A escolha da marca, nesta hipótese, somente será possível, nos casos de padronização do produto pela administração, mantendo-se as demais exigências.



O: *Vitória, no caso da administração já ter padronizado uma determinada marca de veículo, ao fazer a aquisição dessa marca como devo proceder em relação ao fabricante?*

V: *Haverá de adquirir do fabricante, na condição de fornecedor exclusivo. Caso você deseje adquirir de concessionária da referida marca, há de fazer o procedimento licitatório.*

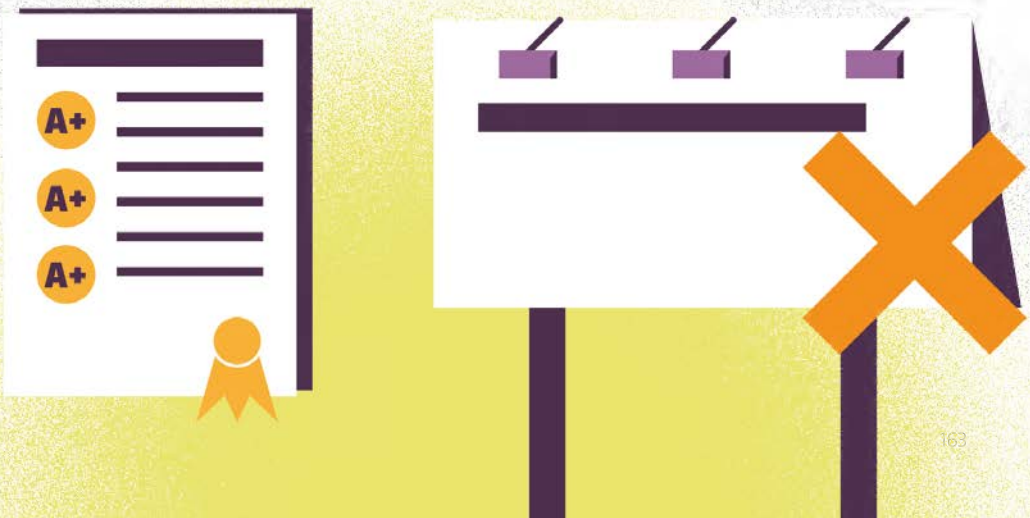
O inciso II, dispõe sobre a contratação de serviços técnicos e, também contém requisitos básicos na sua utilização para fundamentar a contratação direta, quais sejam: a) singularidade do objeto; b) notória especialização do executante; c) proibição para serviços de publicidade e divulgação. O Art. 13 da Lei 8.666⁄93 especifica o que é considerado serviço técnico.

Serviço de natureza singular é aquele considerado como diferenciado em relação a outros, que não acontece de forma corriqueira. Os dicionários da língua portuguesa definem o vocábulo "singular", como inédito, único, incomum.

Vitória lê para Olga o inciso 1º, do Art. 25 da Lei 8.666/93 que assim conceitua notória especialização:

V: *Olga aqui está o conceito de notória especialização: "§ 1o - Considera-se de notória especialização o profissional ou empresa cujo conceito no campo de sua especialidade, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiências, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica, ou de outros requisitos relacionados com suas atividades, permita inferir que o seu trabalho é essencial e indiscutivelmente o mais adequado à plena satisfação do objeto do contrato".*

O terceiro requisito se refere à vedação expressa de contratação direta, para execução de serviços de publicidade e divulgação, de sorte que, mesmo sendo de natureza singular e executado por empresa de notória especialização, é proibido tornar a licitação inexigível, quando a administração desejar contratar serviços de publicidade e divulgação.



Aquisição pública de medicamentos

De acordo com a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), para as aquisições públicas de medicamentos existem em vigor dois tetos máximos de preços: o Preço Fábrica (PF)[6] e o Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG)[7]. Estes são os preços máximos que devem ser observados, nos processos de compra pela administração pública. Apesar dos preços máximos fixados, a CMED alerta aos gestores públicos sobre necessidade de realização de pesquisa prévia de preços[8], não servindo a publicação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) como referência para estimativa em processo licitatório.

O Coeficiente de Adequação de Preços (CAP)[9], regulamentado pela Resolução CMED nº 3, de 2 de março de 2011, é um desconto mínimo obrigatório a ser aplicado sempre que forem realizadas vendas de medicamentos constantes do componente especializado da assistência farmacêutica, alguns medicamentos do Programa Nacional de DST/AIDS[10] e para atender ordem judicial.

Requisitos processuais nos casos de licitação inexigível e dispensável

Em todos os casos, seja de inexigibilidade ou de licitação dispensável ou dispensada, o administrador público deverá sempre considerar a supremacia do interesse público, a finalidade, a probidade administrativa, e a motivação do ato, além dos princípios constitucionais da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade e da eficiência.

Além dos requisitos contidos no parágrafo único, o Art. 26 da Lei 8.666/93, determina que, nas hipóteses de licitação dispensável, previstas a partir do inciso III do Art. 24, as situações de inexigibilidade de licitação devem ser, necessariamente, justificadas e comunicadas dentro de três dias à autoridade superior, para ratificação e publicação na imprensa oficial, no prazo de cinco dias, como condição para eficácia dos atos.

---

6 Preço Fábrica é o teto de preço pelo qual um laboratório ou distribuidor pode comercializar um medicamento no mercado brasileiro.

7 Preço Máximo de Venda ao Governo é o resultado da aplicação do Coeficiente de Adequação de Preços (CAP) sobre o Preço Fábrica.

8 Atendendo uma determinação do TCU, através do Acórdão nº 3016/2012, a CMED alerta os gestores federais, estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde sobre a necessidade de realização de uma pesquisa prévia e efetiva de preços no mercado, quando da realização de compras públicas de medicamentos.

9 Conforme o Comunicado nº 06, de 14/6/2016, da Secretaria Executiva da CMED, o CAP é de 18% (dezoito por cento).

10 Relação atualizada através do Comunicado nº 9, de 28 de agosto de 2012, da Secretaria Executiva da CMED, Publicado no D.O.U. nº 114, de 16 de junho de 2016, pág. 92, Seção 3.

Administração de Pessoal

Olga, por meio da apoiadora do COSEMS, Vitória, encaminhou nova consulta para a Assessoria Jurídica, aproveitando o momento para conversar com Vitória sobre as suas demandas.

O: *Vitória, temos várias demandas e a despesa de pessoal na Vila SUS está no limite da Lei de responsabilidade fiscal. O Prefeito que terceirizar as unidades básicas de saúde e o serviço de pronto atendimento. Isso é possível? Além disso, como secretária de saúde eu encaminhei o processo de contratação de Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias para o Procurador Geral do Município, que foi devolvido com a sugestão de realizar processo seletivo para contratação por tempo determinado. Como proceder?*

V: *Olga, sobre a terceirização temos que verificar sobre este aspecto com mais detalhe, pois implicará numa série de medidas que podem impactar negativamente na assistência. Com relação aos ACS você teria mais alguma demanda?*

O: *Sim, temos duas situações: a primeira que temos um ACS admitido por concurso antes da EC 51/06, que apresenta patologia impeditiva para o exercício das atividades do cargo ocupado. É possível ser readaptado? E a segunda trata-se de um ACS que está trabalhando em atividades administrativas da Secretaria de Saúde. Podemos pagar seus vencimentos com recursos do incentivo transferido pelo Ministério da Saúde para a Estratégia de ACS?*

V: *Olga penso que temos aqui um parecer da Assessoria do COSEMS, que já tratou de casos como esse em outras localidades, e o Art. 37, da Constituição da República* Federativa do Brasil de 1988, tem sido utilizado para esclarecer esta questão[11].

11 Como pode ser observado no tópico sobre os princípios constitucionais, Art. 37, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988,, dispõe sobre a obrigatoriedade da Administração Pública obedecer aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, que são também aplicáveis à administração de pessoal, inclusive no âmbito do Sistema Único de Saúde. cabe ressaltar que, também neste caso, outros princípios devem ser observados pelo gestor público, inclusive quanto a formalidade dos atos, considerando sempre a supremacia do interesse público e outros, tais como: finalidade, isonomia, motivação, igualdade, probidade administrativa, proporcionalidade, razoabilidade e vinculação ao processo.

Nesse sentido, o inciso II, do Art. 37, dispõe que, "a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração".

Partindo dessa premissa pode se afirmar que, no tocante a contratação de pessoal pela Administração Pública, a regra geral é o concurso público, com validade de até dois anos, prorrogável por igual período, uma única vez, com exceção das nomeações para cargos em comissão e para admissão de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias[12].

A outra exceção ao concurso público diz respeito aos casos de contratação por tempo determinado para atender necessidade temporária de excepcional interesse público, conforme previsão contida no inciso IX, do Art. 37. Nesta hipótese, cada ente deverá ter lei própria para estabelecer as situações de interesse público, que devem ter caráter excepcional. Não basta um interesse comum, do dia a dia. Para estes casos, a regra é o concurso público.

Importante destacar que a Constituição fala em cargo ou emprego público[13]. A diferença básica entre eles é que, o primeiro é de provimento efetivo e regime jurídico[14] estatutário e previdenciário próprios; o segundo é regido pelo regime jurídico da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e ligado ao regime geral da Previdência Social do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), e também, com contribuição para o Fundo de Garantia e Tempo de Serviço (FGTS). Ambos estão sujeitos ao estágio probatório de 03 (três) anos, procedimento de avaliação periódica de desempenho, estabilidade[15], perda do cargo ou emprego somente por sentença transitada em julgado, assegurada a ampla defesa e o contraditório e devido processo legal.

O cargo em comissão é aquele criado por lei, de livre nomeação e exoneração, admitido somente para funções de direção, chefia e assessoramento. Possui provimento administrativo e é obrigatoriamente vinculado ao regime geral da previdência social do INSS. O cargo temporário, também é regulamentado por lei específica, com remuneração compatível com os cargos efetivos assemelhados, é obrigatoriamente vinculado ao regime ge-

12 O Art. 9º, da Lei 11.350/06, dispõe sobre a contratação de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias, que deverá ser precedida de processo seletivo público de provas ou de provas e títulos.

13 Com o reestabelecimento da redação original do Art. 39, da Constituição da República 1988, em razão de medida cautelar deferida pelo Supremo Tribunal Federal, nos autos da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 2135/00, o regime jurídico dos servidores da administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios voltou a ser único, o que significa dizer, "estatutário".

14 Regime jurídico dos servidores públicos é o conjunto de princípios e regras referentes a direitos, deveres e demais normas de conduta que regem a relação jurídico/funcional entre o servidor e o Poder Público.

15 O Art. 41, da Constituição da República dispõe que os servidores nomeados para cargo de provimento efetivo em virtude de concurso público, são estáveis após três anos de efetivo exercício.

ral da previdência social do INSS.

Vitória destaca que no caso do processo seletivo público de Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate a Endemias a CF 88, no § 4º, do Art. 198, incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, estabeleceu, de forma opcional, o processo seletivo público, que pode ser de provas ou de provas e títulos, para admissão de ACS e ACE.

É importante saber que, ao utilizar-se o legislador do verbo poder, no presente do indicativo (poderão), ele quer dizer que os gestores do SUS, têm o direito de assim agir ou assim decidir, ou seja, optar pelo processo seletivo público, em detrimento do concurso público de provas ou de provas e títulos, sendo, portanto, uma faculdade do gestor do SUS.

Entretanto, o § 5º, do Art. 198, da Constituição de 1988, também incluído pela EC 51/06, remeteu à legislação ordinária, dispor sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, sendo aprovada e sancionada a Lei 11.350/06, cujo texto, contido no Art. 9º, textualmente determina que a admissão de ACS e ACE se dê por meio de processo seletivo, mediante utilização da expressão "deverá". Ou seja, a lei impõe taxativamente a realização de processo seletivo público para admissão de ACS e ACE, não admitindo o concurso público.

A não exigência de processo seletivo foi ressalvada pela própria EC 51/06, no parágrafo único do Art. 2º, informando que, os profissionais que já exerciam as atividades de ACS e ACE, na data de promulgação da referida Emenda Constitucional (14/02/2006), estão isentos de se submeterem a novo processo seletivo, desde que tenham sido admitidos a partir de algum processo de seleção, realizado por órgãos da administração pública, direta ou indireta de Estado, Distrito Federal ou Município ou por outras instituições com a efetiva supervisão e autorização da administração direta dos entes da federação.

Na regulamentação deste dispositivo, a Lei 11.350/06, no parágrafo único do Art. 9º, dispõe sobre a incumbência dos órgãos ou entes da administração direta dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios certificarem, em cada caso, a existência de anterior processo de seleção pública, para efeito da dispensa do processo seletivo referido no parágrafo único do Art. 2º da EC/06, ressalvado o cumprimento dos princípios que regem a administração pública: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

No tocante ao regime jurídico de trabalho o Art. 8º da Lei estabelece que os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate a Endemias deverão ser admitidos pelo regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), salvo se a legislação local dispuser de forma diversa. Ou seja, permite que seja adotado outro regime jurídico se a administração municipal assim desejar e aprovar lei específica tratando da questão[16].

16 Cabe ressaltar que o STF suspendeu, em caráter liminar, a eficácia da redação conferida pela Emenda 19/98 ao Art. 39 da Constituição Federal, restabelecendo o regime jurídico único, de sorte que, se o Município entender de aplicar o regime estatutário para ACS e ACE, estará cumprindo, integralmente, tanto a Lei 11.350/2006, quanto a Constituição Federal.

Outra novidade está prescrita no Art. 16, da Lei 11.350/06, que estabelece vínculo direto entre os Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate a Endemias e o órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional, proibindo expressamente a contratação temporária e terceirizada, exceto na hipótese de combate a surtos epidêmicos, na forma que dispuser a lei.

A Lei 12.994/14 acrescentou à Lei 11.350/2006, os artigos 9º-A; B; C; D; E; F e G, com diversos incisos e parágrafos, deu nova redação ao Art. 16, para confirmar a proibição de contratação temporária e terceirizada de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias, salvo na hipótese de combate a surtos epidêmicos[17].

A Lei 12.994/14, que altera a Lei 11.350/06, institui o piso salarial nacional e as diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias, estabelece a necessidade de comprovação do vínculo direto dos ACS e ACE, regularmente formalizado, conforme o regime jurídico adotado, para fins de recebimento da assistência financeira complementar da União, o que significa, um condicionamento para recebimento dos recursos da assistência complementar da União para o piso nacional da categoria[18].

A lei estabelece ainda, jornada de trabalho de 40 (quarenta) horas, exigida para garantia do piso salarial, e que, deve ser integralmente dedicada a ações e serviços de promoção da saúde, vigilância epidemiológica e combate a endemias, em prol das famílias e comunidades assistidas, dentro dos respectivos territórios de atuação[19].

---

17 O Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro, analisando o tema através do Processo TCE/RJ nº 202.236-6/2011, no item IV, do Voto GC-2 50827/2012, assim se manifestou: "Pela EXPEDIÇÃO DE OFÍCIO a todos os Prefeitos, Secretários Municipais de Saúde e gestores de Fundos e Fundações Municipais de Saúde, comunicando-lhes a posição desta Corte de Contas acerca da vedação legal da contratação temporária ou terceirização de profissionais para os cargos de Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias, salvo na hipótese de combate a surtos endêmicos, sendo certo que tal contratação deve, obrigatoriamente, ser precedida de processo seletivo simplificado, conforme claramente determinado no texto da Lei Federal nº 11.350/06 (...)". No mesmo sentido já se posicionou o Tribunal de Contas da União, através do Acórdão 2741/2009 – Plenário, no processo TCU nº 018.486/2009-0, com o seguinte dispositivo: "9.1.1. Somente efetive as contratações de seus Agentes Comunitários de Saúde nas formas previstas na Lei nº 11.350/2006, observando, com a devida acurácia, as disposições contidas nos seus artigos 1º, 8º, 9º e 16, em especial a vedação para a terceirização e a contratação temporária dessas atividades fora das hipóteses legais ali previstas (..) ".

18 O Art. 9º-F, da Lei 8.080/90, dispõe que, tanto a assistência financeira complementar obrigatória prestada pela União, como a parcela repassada como incentivo financeiro que venha a ser utilizada no pagamento de pessoal deverão ser computadas como gasto de pessoal do ente federativo beneficiado pelas transferências, para fins de apuração dos limites da Lei de Responsabilidade Fiscal.

19 Nesse particular fica a ideia de que o legislador desejou criar área de atuação para os Agentes de Combate às Endemias, como já ocorre com os Agentes Comunitários de Saúde. Entretanto, não existe ainda regramento para essa situação.

Terceirização

A Administração Pública só pode terceirizar serviços nas condições previstas em lei, sendo que este instituto não se presta para contratação de pessoal. Importante dizer que a participação da iniciativa privada no SUS, em caráter complementar, é uma forma de terceirização, conforme previsto no Art. 199, da Constituição da República, no § 2º, do Art. 4º e Art. 24, da Lei 8.080/90[20].

Com o advento da Constituição de 1988, aos serviços públicos sociais, em especial a saúde, ficou consagrada dupla possibilidade: prestação pelo poder público, com a participação da comunidade ou prestação pelo particular, visando garantir a cobertura assistencial da população, especialmente quando as disponibilidades do Sistema Único de Saúde local forem insuficientes, com preferência para as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Nesse sentido, tem-se que, somente poderá haver terceirização, se observadas as seguintes condições:

- *Pautar pelos princípios que regem a administração pública;*
- *Execução de serviço específico, delimitado e pré-determinado;*
- *Natureza eventual do serviço prestado pelo contratado;*
- *Prazo determinado para execução do serviço;*
- *Inexistência de hierarquia entre o contratante e o contratado, exceto fiscalização;*
- *Desempenho exclusivo de atividade-meio;*
- *Mão de obra operacional especializada;*
- *Não transferência de poderes e competências públicas, sendo o executor simples gestor material da atividade;*

---

20 Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.
Art. 4º. (...). § 2º - A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.
Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

- *Subordinação à lei de licitações, inclusive nas hipóteses de licitação dispensável ou inexigível;*

- *Não inclusão de categoria funcional abrangida pelo quadro de pessoal do ente contratante.*

Vale lembrar que, os contratos de terceirização de mão-de-obra nos quais fique caracterizada a substituição de servidores e empregados públicos, devem ser contabilizados como "outras despesas de pessoal" e entrar no cômputo dos limites da Lei de Responsabilidade Fiscal, conforme disposto no Art. 18, § 1º, da Lei Complementar nº 101/00.

Finalizando, Vitória alertou à Olga acerca da existência no cenário atual de diversas teses e projetos de leis, ações administrativas[21] e jurídicas sobre alternativas à administração pública que flexibilizem a administração no setor público, como por exemplo, administração por meio de OS, empresas estatais, parcerias público-privadas e outras formas.

A Judicialização e as competências do Município em matéria de saúde

Em sua primeira semana de gestão, Olga foi surpreendida com a chegada de um ofício do promotor de justiça determinando que ela forneça o medicamento Sufosbuvir para o tratamento de um portador de Hepatite C. Preocupada com a situação e ciente de que o município não fornece o medicamento e do elevado custo para comprá-lo, Olga procura Fernanda, coordenadora de assistência farmacêutica do município, para discutir a situação.

F: *Olga, diante desta situação é comum que a secretaria de saúde receba recomendações desse tipo tanto do Ministério Público, quanto da Defensoria Pública, além de receber algumas determinações judiciais ao longo de um mês para fornecimento de medicamentos, cirurgia ou outros procedimentos.*

O: *Vou procurar o COSEMS para me orientar como agir.*

Chegando lá, Olga faz algumas perguntas a respeito do processo de judicialização da saúde no município, que vão desde conhecer as obrigações do seu município, do Estado e da União para fornecer medicamento dentro ou fora do rol de competências, o que deve fazer quando o município for judicializado e suas relações com a defensoria e ministério público da justiça e até o que deve fazer para evitá-la.

No COSEMS, a assessoria jurídica relata à Olga que a judicialização da saúde é crescente nas três esferas de governo e tem sido uma realidade

21 GASPARINI, Diógenes. Direito Administrativo. 17 ed. Rio de Janeiro. Saraiva, 2012.

na gestão municipal há pelo menos duas décadas[22], sendo expressivo seu crescimento nos municípios, sobretudo por ser este o ente mais próximo tanto da população, quanto dos órgãos do sistema de justiça.

A assessora jurídica do COSEMS pontua que a judicialização ocorre nos municípios por variadas razões. Em algumas situações, porque a oferta de medicamentos e procedimentos que devem ser ofertados pelo SUS está deficiente. Outras vezes porque o usuário demanda procedimentos e medicamentos que são de responsabilidade dos estados ou da União, tendo em vista que o sistema de justiça não considera a divisão de responsabilidades entre os entes federados existente no SUS, quer seja a divisão prevista nas leis que regem o sistema quer seja aquela pactuada nas comissões intergestores (CIT e CIB) e expressas em portarias e resoluções.

Pondera que há também uma parcela considerável de demandas judiciais relativas a tecnologias ainda não incorporadas ao SUS, não previstas em seu rol de medicamentos, produtos e procedimentos, sem registro na Anvisa e, até mesmo, de caráter experimental. Além disso, é considerável o número de ações judiciais propostas por usuários de planos de saúde que têm a cobertura de ações e serviços negada pelo seu plano e acabam recorrendo ao sistema público por meio da judicialização.

A assessora apresenta situações em que a judicialização não é decorrente de falhas do município na prestação de serviços de saúde. São elas

» **Situação 1:**

A obrigatoriedade de fornecimento de medicamento ou tratamento não ofertados pelo SUS ou de responsabilidade dos estados ou da União

A Constituição Federal prevê em seu Artigo 196 que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

Além disso, a saúde, segundo o Art. 23, II, da Constituição, é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, cabendo a estes últimos, segundo Art. 30, VII, da Constituição, prestar, com

22 A judicialização da saúde teve início no fim da década de 90 com as primeiras ações para o fornecimento de antirretrovirais para o tratamento do HIV/Aids, mas foi a partir do dos anos 2000 que ela passou a ser um fenômeno de proporções consideráveis no SUS.

a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população.

Para tanto, a própria Constituição criou o Sistema Único de Saúde (SUS) definido como a integração dos serviços de saúde dos entes federativos em uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços organizados de acordo com as diretrizes da descentralização, com direção única em cada esfera de governo; do atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e da participação da comunidade, nos termos dos Artigos 197 e 198 da CF, e da Lei 8080/90.

No tocante especificamente à assistência terapêutica integral, foi acrescentado à Lei 8.080, no ano de 2011, o Capítulo VIII que trata da assistência terapêutica e da incorporação de tecnologia em saúde[23] nos artigos 19-M a 19-U, preenchendo uma lacuna que existia na regulamentação do sistema, tanto em relação à definição do conteúdo da assistência terapêutica integral já prevista no Art. 6º da lei, quanto na regulamentação do processo de incorporação de tecnologias no SUS.

A Lei 12.401/11 é, portanto, primeiramente, o marco legal da incorporação de tecnologias no SUS, na medida em que definiu como se dará, quais os critérios e prazos para tal incorporação, assim como criou a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) com a finalidade de assessorar o Ministério da Saúde no processo de incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como na constituição ou alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica.

Desse modo, há previsão legal dos contornos do conteúdo assistencial do direito à saúde, delimitando que a integralidade da assistência pela qual o SUS é responsável consiste na oferta de medicamentos, produtos e procedimentos que estejam em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolos clínicos, previstas em listas elaboradas pelos gestores ou elencadas nas tabelas elaboradas pelo gestor federal do SUS.

No entanto, o sistema de justiça de um modo geral entende que o artigo 196 da Constituição não pode ser restringido e acaba desconsiderando o que dispõe a Lei 8.080 sobre os limites do que deve ser ofertado pelo SUS.

De modo semelhante, o Poder Judiciário, o Ministério Público e as Defensorias Públicas também têm desconsiderado a Lei 8.080/90 quando ela prevê em seus artigo19-T que são vedados, em todas as esferas de gestão do SUS o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Anvisa, bem como a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa .

Sobre esse tema já houve inclusive manifestação do Supremo Tribunal Federal (STF) e do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), Vejamos:

O Supremo Tribunal Federal ao discutir na Audiência Pública nº 4 do

23 Incluído pela Lei 12.401 de 2011.

STF[24] em 18 de setembro de 2009 o então presidente do tribunal, Ministro Gilmar Mendes, proferiu decisão na Suspensão de Tutela Antecipada (STA) no 175/CE na qual foi elencada uma sequência de critérios que deveriam ser avaliados antes da decisão nos processos envolvendo o direito à saúde.

Diante do aumento do número de demandas judiciais envolvendo o direito à saúde que chegavam ao Supremo Tribunal Federal (STF), sobretudo no tocante ao fornecimento de medicamentos, o Presidente do Tribunal à época, Ministro Gilmar Mendes, convocou uma audiência pública para discutir o tema – Audiência Pública nº 4. Em razão da complexidade do tema e da diversidade de atores que deveriam ser ouvidos, a audiência foi realizada nos dias 27, 28 e 29 de abril, e 4, 6 e 7 de maio de 2009 nos quais foram ouvidos cerca de cinquenta especialistas, entre advogados, defensores públicos, promotores e procuradores de justiça, magistrados, professores, médicos, técnicos de saúde, gestores e usuários do sistema único de saúde. Pretendia-se, com a realização desse grande debate, obter esclarecimentos de diversos setores da sociedade sobre as questões técnicas, científicas, administrativas, políticas, econômicas e jurídicas envolvendo o direito à saúde. Isso com o propósito de orientar e subsidiar os Ministros do Supremo Tribunal Federal no julgamento dos processos sobre o tema.

Na ocasião foram abordadas, entre outras, as seguintes questões: a responsabilidade dos entes da federação em matéria de direito à saúde; a obrigação do Estado de fornecer prestação de saúde prescrita por médico não pertencente ao quadro do SUS ou sem que o pedido tenha sido feito previamente à Administração Pública; a obrigação do Estado de custear prestações de saúde não abrangidas pelas políticas públicas existentes; a obrigação do Estado de disponibilizar medicamentos ou tratamentos experimentais não registrados na Anvisa ou não aconselhados pelos Protocolos Clínicos do SUS; a obrigação do Estado de fornecer medicamento não licitado e não previsto nas listas do SUS e as fraudes no Sistema Único de Saúde.

A STA 175/CE passou a ser vista como um resultado das discussões realizadas durante a Audiência Pública nº 4[25], pois o Ministro Gilmar Mendes manifestou em seu voto que havia convocado uma Audiência Pública e que após ouvir os depoimentos prestados pelos representantes dos diversos setores envolvidos, entendia ser necessário redimensionar a questão da judicialização do direito à saúde no Brasil[26]. Mas do que trata a Suspensão de Tutela Antecipada nº 175/CE?

---

24 VESTENA, Carolina Alves. Participação ou Formalismo? O impacto das Audiências Públicas no Supremo Tribunal Federal Brasileiro. Dissertação de mestrado defendida na Escola de Direito do Rio de Janeiro da Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro 2010.

25 Nesse sentido, LIEMBERGER, TÊMIS e SALDANHA, JÂNIA MARIA LOPES. "A efetivação do direito à saúde e a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal brasileiro: novas metodologias e institutos processuais democratizando a jurisdição constitucional", in Anuario de Derecho Constitucional Latinoamericano, Ano XVII, Montevideo, 2011, p 429-449, ISSN 1510-4974.

26 Suspensão de Tutela Antecipada (STA) nº 175 do Supremo Tribunal Federal (STF) publicada no DJ n. 182 do dia 28/09/2009.

Thais, assessora jurídica do COSEMS, explica que a STA 175/CE aborda uma série de aspectos importantes relacionados à judicialização da saúde, como por exemplo, a questão da vedação ao fornecimento de medicamentos que não possuam registro na Anvisa. Chama atenção, no entanto, a sequência lógica utilizada para decidir se a prestação de saúde pleiteada deveria ou não ser oferecida ao demandante.

O voto inicia-se com a declaração de que seria necessário redimensionar a questão da judicialização do direito à saúde no Brasil porque, na maioria dos casos, a intervenção judicial não ocorre em razão de uma omissão absoluta em matéria de políticas públicas voltadas à proteção do direito à saúde, mas tendo em vista uma necessária determinação judicial para o cumprimento de políticas já estabelecidas, de modo que não se trataria de interferência judicial em âmbitos de livre apreciação ou de ampla discricionariedade de outros Poderes quanto à formulação de políticas públicas.

Em apertada síntese[27] a decisão na STA 175/CE estabelece uma sequência de ponderações que deveria ser feita antes de se decidir uma demanda envolvendo o direito à saúde, qual seja: 1) Existe política estatal que abranja a prestação pleiteada? Se sim, então o direito subjetivo à saúde é evidente. Se não, passa-se à segunda etapa; 2) A inexistência da política decorre da: a) omissão legal ou administrativa; b) decisão de não fornecer a prestação pleiteada; c) vedação legal. Em caso de vedação legal, não há direito. Em caso de decisão de não fornecer, passa- se à terceira etapa; 3) Se há decisão de não fornecer, avaliar duas situações distintas: a) o SUS fornece tratamento alternativo, mas não adequado a determinado paciente; b) o SUS não tem nenhum tratamento específico para determinada patologia.

Na hipótese "a": O Juiz tem de privilegiar os Protocolos Clínicos, contudo isso não significa que o Poder Judiciário e a própria Administração não possa decidir de modo diferente ao do protocolo se "por razões específicas do seu organismo", comprove que o tratamento fornecido não é eficaz no seu caso. Na hipótese "b", passa-se para quarta etapa; 4) Se o SUS não tem nenhum tratamento específico para determinada patologia há duas situações: a) tratamentos puramente experimentais; b) novos tratamentos ainda não incorporados pelo SUS. Na hipótese "a" o Estado não pode ser condenado a fornecê-los. Na hipótese "b" a omissão administrativa pode ser objeto de impugnação judicial, tanto por ações judiciais, quanto por ações coletivas, com ampla produção de provas[28].

Pelo exposto, vê-se que o STF - e este é o entendimento predominante no Judiciário brasileiro, bem como nos ministérios públicos e defensorias públicas - não entende que os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas e

27 SANTOS L, TERRAZAS F. Judicialização da Saúde no Brasil. Campinas: Saberes Editora; 2014.

28 Nesse ponto do voto, o relator faz um destaque à importância da devida instrução processual nas demandas de saúde para que sejam contempladas as especificidades do caso concreto e não haja a produção padronizada de iniciais, contestações e sentenças, peças processuais, que impedem que o julgador concilie a dimensão subjetiva (individual e coletiva) com a dimensão objetiva do direito à saúde.

as tabelas e listas do SUS sejam o limite daquilo que deve ser fornecido pelo sistema, admitindo no caso concreto, desde que devidamente justificado e fundamentado, que o poder público seja obrigado a fornecer tratamento diferente do que o SUS já oferece, se o ofertado pelo sistema não for eficaz para o usuário especifico e, do mesmo modo, a fornecer tratamento não ofertado pelo SUS se não houver nenhuma previsão de tratamento para determinada necessidade de saúde.

No entanto, no tocante aos tratamentos experimentais e aos que são vedados legalmente (aqueles sem registro na Anvisa, por exemplo), o STF entende que o poder público não pode ser obrigado a fornecê-los.

Importante destacar, contudo, que a decisão cujo conteúdo foi exposto é anterior à alteração ocorrida na Lei 8.080/90 em 2011. Não houve, todavia, mudança de entendimento significativa no STF desde a proferida na STA 175/CE, salvo no tocante ao fornecimento de tratamentos experimentais e ou sem autorização do órgão responsável pelo controle sanitário.

Nessa última temática na qual o STF aprimorou seu entendimento, ao acatar medida cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 5501 para suspender a eficácia da Lei Federal 13.269/2016 que autorizava o uso da fosfoetanolamina sintética por pacientes diagnosticados com neoplasia maligna.

Os principais fundamentos[29] invocados pelo Supremo nessa decisão alteram consideravelmente o panorama da judicialização. Segundo ele, em resumo, estes foram os pontos que assentaram a decisão: 1) Não é mais possível o fornecimento judicial de medicamentos e tecnologias em saúde que estejam destituídos da comprovada segurança; 2) Deve-se investigar de forma exauriente as melhores práticas de evidência científica; 3) Não se pode fornecer medicamento sem a prévia análise dos órgãos sanitários de controle. Conforme afirmou o STF, não é "permitida a distribuição do remédio sem o controle prévio de viabilidade sanitária" e ainda "a aprovação do produto no órgão do Ministério da Saúde é condição para industrialização, comercialização e importação com fins comerciais (Lei 6.360/1976, Art. 12). O registro é condição para o monitoramento da segurança, eficácia e qualidade terapêutica do produto, sem o qual a inadequação é presumida"; 4) Não se inclui no conteúdo do direito à saúde previsto no Art. 196 da Constituição a pretensão de recebimento de tecnologias destituídas de segurança, de eficácia e de qualidade terapêutica; 5) Não cabe ao Poder Legislativo fixar normas casuísticas sem participação e autorização dos órgãos do Poder Executivo (Ministério da Saúde, Anvisa, etc.), sob pena de violação ao Art. 2º da Constituição; 6) Para a concessão de medicamentos e de outras tecnologias em saúde é indispensável a avaliação dos estudos clínicos e que estes demonstrem a eficácia, eficiência e efetividade do produto.

Desse modo, novos argumentos surgem na jurisprudência do Supremo Tribunal do país e eles podem ser úteis no diálogo que os municípios devem

29 STF fixa novos parâmetros para a judicialização da saúde (30/05/2016) Cf: SCHULZE, CLENIO JAIR. Diálogos constitucionais na saúde. Revista Empório do Direito, Florianópolis, 07/12/2015.

adotar com os atores locais do sistema de justiça, bem como nas defesas que forem feitas nas ações judiciais em que o município for réu.

O Conselho Nacional de Justiça, a partir dos resultados da já mencionada Audiência Pública nº 4, realizada pelo STF no ano de 2009, constituiu um grupo de trabalho para estudo e proposta de medidas concretas e normativas para as demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde[30].

Os trabalhos do grupo culminaram na aprovação pelo Plenário do CNJ da Recomendação nº 31, de 30 de março de 2010, que traça diretrizes para os magistrados quanto às demandas judiciais que envolvem a assistência à saúde e recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde.

Importante destacar que as recomendações do CNJ não são coercitivas, mas servem para nortear a atuação dos Tribunais[31] e dos magistrados. Deve haver, portanto, clareza de que a potencialidade de uma Recomendação do CNJ promover mudanças nas posições adotadas pelos tribunais e juízes em determinada matéria não é a mesma potencialidade das decisões ou de uma jurisprudência já consolidada do STF de fazer o mesmo. Obviamente que as últimas possuem maior influência, o Judiciário Brasileiro.

Mesmo assim, a Recomendação do CNJ de nº 31 deve ser considerada, pois contém uma série de diretivas a serem seguidas tanto pelos Tribunais no âmbito da atuação administrativa, quanto pelos magistrados em suas decisões judiciais. Para os magistrados, as diretivas são para que: 1) procurem instruir as ações, tanto quanto possível, com relatórios médicos, com descrição da doença, inclusive CID, contendo prescrição de medicamentos, com denominação genérica ou princípio ativo, produtos, órteses, próteses e insumos em geral, com posologia exata; 2) evitem autorizar o fornecimento de medicamentos ainda não registrados pela Anvisa, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei; 3) ouçam, quando possível, preferencialmente por meio eletrônico, os gestores, antes da apreciação de medidas de urgência; 4) verifiquem, junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisas (CONEP), se os requerentes fazem parte de programas de pesquisa experimental dos laboratórios, caso em que estes devem assumir a continuidade do tratamento; 5) determinem, no momento da concessão de medida abrangida por política pública existente, a inscrição do beneficiário nos respectivos programas.

Também em decorrência do grupo de trabalho mencionado no início, em 6 de abril de 2010, o CNJ publicou a Resolução nº 107, que instituiu o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à Saúde – Fórum da Saúde. O Fórum da Saúde é coordenado

30 Portaria n. 650, de 20 de novembro de 2009, atos administrativos.

31 DUARTE, Luciana Gaspar Melquíades e CARVALHO, Ecaroline Pessoa de. "Análise do impacto das decisões dos tribunais superiores nas decisões do STF após a Audiência Pública da Saúde de 2009", in Revista da Faculdade de Direito UFPR, Curitiba, n. 58, p. 83-107, 2013.

por um Comitê Executivo Nacional e constituído por Comitês Estaduais que serão mais profundamente abordados em outro tópico deste capítulo em razão da importância que possuem no enfrentamento da judicialização da saúde pelos municípios.

Nesse ponto a importância de se falar do Fórum da Saúde do CNJ é para destacar a I e II Jornada Nacional da Saúde realizadas por ele nos anos de 2014 e 2015, respectivamente, para debater os problemas inerentes à judicialização da saúde e apresentar enunciados interpretativos sobre o direito à saúde. Assim como as Recomendações do CNJ, os enunciados produzidos pelas jornadas não são de observância obrigatória pelos magistrados em razão da independência funcional que eles possuem, mas podem servir para nortear as decisões dos tribunais e dos magistrados e devem com toda certeza ser utilizados pelos municípios na medida em que podem ser úteis no diálogo com os atores locais do sistema de justiça, bem como nas defesas nas ações judiciais em que o município for réu.

Após essa longa explanação, a assessora jurídica Wilma passa a explicar para a secretária Olga a situação específica de quando o município é judicializado para fornecer tratamentos que são ofertados pelo SUS, mas cuja responsabilidade pela entrega é da secretaria de estado ou do Ministério da Saúde.

» **Situação 2:**

O fornecimento de medicamento ou tratamento que são de responsabilidade do estado ou da União

O SUS tem estrutura organizativa diferenciada dos demais serviços públicos por ser um sistema que exige, constitucionalmente, o formato de rede regionalizada e hierarquizada, o que pressupõe interligação, interconexão de serviços de entes federativos em uma região de saúde: "a repartição de competência comum entre os entes federativos nem sempre foi tarefa fácil e na saúde isso se complica mais ainda pelo fato de o SUS ser um sistema interfederativo de organização de serviços, no qual os entes compartilham suas responsabilidades para que o cidadão de um município de pequeno porte possa ter atendimento de maior complexidade na rede interfederativa de saúde, da qual o seu município faz parte[32]".

No entanto, completa a autora, "essa exigência de integrar serviços em rede regionalizada faz do SUS um sistema ímpar que se estrutura na inter-

32 Santos L, Terrazas F. Judicialização da Saúde no Brasil. Campinas: Saberes Editora; 2014.

dependência dos entes federativos na região e na rede de saúde, exigindo, impondo uma repartição de competência entre os entes".

Para tanto, a Lei nº 8080/90 estabeleceu as atribuições comuns de direção do SUS em cada esfera de governo, indicando também a competência específica de cada uma delas em matéria de saúde. Os Art. 5º e 6º estabelecem a competência geral do Sistema Único de Saúde; o Art. 15 fixa as atribuições comuns da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios; os Art. 16, 17 e 18 estabelecem, respectivamente, a competência da direção nacional do SUS, a competência da direção estadual do SUS e a competência da direção municipal do SUS; e o Art. 19 estatui que as atribuições reservadas aos estados e aos municípios são as que competem ao Distrito Federal.

Extrai-se do Art. 16 da Lei nº 8.080/90 que, embora seja a principal responsável financeira, a União raramente executa pessoalmente as ações e serviços de saúde, respondendo subsidiariamente pela deficiência no serviço prestado pelos Estados-membros e Municípios em qualquer ação ou serviço de saúde. Já de acordo com o Art. 17, o estado-membro é o responsável institucional pelo financiamento, a descentralização aos Municípios, o apoio técnico e pela coordenação em nível estadual das ações e serviços de saúde, sendo ainda o seu executor suplementar, respondendo subsidiariamente pela falha em qualquer ação ou serviço de saúde que seja de responsabilidade dos Municípios.

No tocante aos municípios, o Art. 18 da lei renova o que já determina o Art. 30, VII, da Constituição Federal, atribuindo ao município a condição de executor direto das ações e serviços de saúde, embora o faça com a cooperação técnica e financeira da União e do estado-membro.

Embora pela leitura da Constituição e da Lei 8.080/90 desenhe-se uma execução dos serviços de saúde prioritariamente pelos municípios, há normas infraconstitucionais que disciplinam a hierarquização, descentralização e articulação de ações numa rede regionalizada do sistema público de saúde, com a distribuição de atribuições e repartição de competência para essas ações e serviços que é mais clara para algumas áreas de atuação do SUS[33] e não tão clara para outras.

Além disso, a partir da pactuação e repartição das responsabilidades realizadas nas comissões Intergestores (CIR, CIB e CIT), os entes municipais são os responsáveis apenas pelas ações e serviços de saúde dentro dos limites normativos e do pactuado. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP) previsto do Decreto 7.508 de 2011, que é um acordo de colaboração firmado entre os entes federativos, no âmbito de uma Região de Saúde, com o objetivo de organizar e integrar as ações e os serviços de saúde na Região, para garantir a integralidade da assistência à saúde da

33 As Portarias GM/MS nº 1554/2013 e nº 1555/2013, que regulam, respectivamente, o financiamento e a execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, dispõem sobre a repartição de competências. Esse ponto é importante, pois os medicamentos são um dos principais itens judicializados. Para entender melhor essa estrutura e divisão de competência, cf. o Capítulo 5 sobre Assistência Farmacêutica no SUS.

população, foi instituído com a finalidade de definir de forma clara as responsabilidades dos entes federativos em matéria de saúde[34]. No entanto, até o momento esse instrumento não se consolidou no SUS e exceto onde foi firmado, não pode ser utilizado perante o sistema de justiça como o documento jurídico que consolida e detalha as responsabilidades de cada ente federado no tocante à realização de ações e serviços de saúde para a população de uma dada região de saúde.

Dito isso, embora o sistema tenha uma divisão de responsabilidades estabelecida – ainda que necessite ser aperfeiçoada – o sistema de justiça não reconhece essa divisão e costuma exigir de qualquer um dos entes qualquer tipo de prestação de saúde, acontecendo com frequência a determinação para que o município oferte ações e serviços que são de responsabilidade dos estados ou da União. Essa postura está pautada na ideia difundida no sistema de justiça de que municípios, estados e União são responsáveis solidários na garantia do direito à saúde da população.

Responsabilidade Solidária em Saúde

A orientação jurisprudencial do STF, compartilhada também com outros tribunais superiores, é no sentido de que o funcionamento do SUS é de responsabilidade solidária dos entes federados, de forma que qualquer um deles tem legitimidade[35] para figurar no polo passivo de demanda que objetive o acesso a ações e serviços de saúde.

Ao ser provocado pela Advocacia Geral da União (AGU), na Suspensão de Tutela Antecipada (STA) nº 175 para se pronunciar especificamente sobre a aplicabilidade das regras administrativas de repartição de competência entre os gestores, o Plenário daquela Corte deixou de analisar esse aspecto, relegando a matéria para apreciação quando do julgamento do mérito, o que ainda não ocorreu.

Essa tem sido a orientação seguida pela grande maioria dos magistrados quando decidem ações judiciais de saúde. O Ministério Público, as defensorias públicas e os advogados privados também não levam em consideração a divisão de competências. Desse modo, quando recebem uma determinação judicial para fornecimento de ações de saúde que não estão em seu rol de competências, o município tem dificuldade de fazer sua defesa, pois dificilmente o argumento da divisão de competências é aceito, assim como as possibilidades de intervenção processual tais como o chamamento ao processo e a denunciação da lide são deferidas com base no argumento da responsabilidade solidária.

34 Esse assunto é abordado no Capítulo 1.

35 MOREIRA NETO, Diogo de Figueiredo. Legitimidade e discricionariedade. Rio de Janeiro. Forense, 1989.

Mesmo nesse cenário desfavorável ao município no tocante à temática da divisão de competências, é importante que as defesas nos processos judiciais continuem reforçando essa tese com fundamento, pois já há alguns posicionamentos doutrinários[36],[37],[38] que criticam a tese da responsabilidade solidária e defendem que o STF reveja a sua posição nesse tema.

Em síntese, essa é uma questão difícil no contexto da judicialização da saúde. No entanto, as mudanças de orientação do Judiciário passam também pelo debate a partir dos argumentos trazidos aos processos pelos advogados públicos e procuradores municipais. Cabe à defesa dos municípios, desse modo, insistir em suas defesas na existência de uma divisão de responsabilidades entre os entes federados no SUS e fazê-lo com consistência a partir das normativas e pactuações existentes no SUS.

36 DRESCH, R. L. Direito à saúde - análise à luz da judicialização, Clênio Jair Shulze, João Pedro Gebran Neto, Verbo, Porto alegre, 2015. Resenha Rev Dir. sanit., São Paulo v.17 n.2, p. 193-199, jul./out. 2016.

37 SARMENTO, Daniel; TELLES, Cristina. "Judicialização da saúde e responsabilidade federativa: solidariedade ou subsidiariedade?" In: ASENSI Felipe Dutra e PINHEIRO, Roseni (coord.) Direito Sanitário. Rio de Janeiro: Campus Jurídico, 2012.

38 DRESCH, R. L Direito à saúde - análise à luz da judicialização, Clênio Jair Shulze, João Pedro Gebran Neto, Verbo, Porto alegre, 2015. Resenha Rev Dir. sanit., São Paulo v.17 n.2, p. 193-199, jul./out. 2016 aponta que: "é de se ponderar que judicializado o acesso à saúde, cabe ao julgador perquirir quanto à existência ou não de políticas públicas com a determinação de atribuições ou repartição de competências entre os gestores. Caso tenham sido instituídas políticas públicas, são essas que determinam a responsabilidade de cada gestor para a ação ou serviço de saúde judicializado. Não se admite desprezar as normas reguladoras do sistema de saúde com a adoção cômoda de prevalência da solidariedade".

Parte II

Capítulo 7

Organizando a Atenção Básica no Território

Após um dia tranquilo de trabalho, o que se tornou cada vez mais raro desde que assumiu a Secretaria de Saúde de Vila SUS, Olga finalmente conseguiu encontrar uma antiga amiga, Mariana, para conversarem e se distraírem um pouco.

Mariana era enfermeira na maternidade de Aurora, que é a referência de Vila SUS para partos e demais procedimentos obstétricos de urgência. Durante a conversa, Mariana não conseguiu se afastar dos assuntos profissionais. De pronto, colocou para Olga uma situação que muito a angustiava:

M: *Olga, quando vocês em Vila SUS reavaliarão a Atenção Básica? Cansamos, na maternidade, de receber gestantes sem pré-natal realizado. E, mesmo as que realizam, muitas vezes chegam lá cheias de dúvidas. Inclusive, nesse mês registramos dois casos de sífilis em gestantes que sequer tinham sido tratadas. Uma delas tinha feito os exames, porém não conseguiu agendar consulta para o médico do pré-natal. A outra, de apenas quinze anos, sequer pré-natal havia feito. E pior, além de marcar as consultas, estamos mantendo as crianças internadas, pois não sabemos se, ao liberarmos, elas terão acesso aos medicamentos e exames necessários.*

O: *Penso que tens razão Mariana. Vamos pensar juntas: das seis unidades de saúde do município, apenas no centro da cidade se tem o pré-natal organizado, apesar da fila para o agendamento de consultas. Na periferia, mesmo naquelas unidades com a estratégia saúde da família, o pré-natal é muito precário: realizam consultas, mas os exames são feitos fora das unidades e quando as gestantes faltam, precisam voltar pra remarcar as consultas de acompanhamento junto com todos os outros pacientes. Assim, mesmo havendo o pré-natal, a população não confia, prefere procurar o serviço do Centro, pois é possível fazer os exames com mais facilidade.*

De fato, o cenário em Vila SUS é bastante confuso. Há unidades que funcionam com profissionais atuando na lógica de consultórios, com agenda por demanda e distribuição de senhas; também há, em outras localidades, unidades que atuam com equipe de saúde da família, composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Logo, existem áreas atendidas por agentes e outras não; e, na prática, muitas pessoas preferem se deslocar de manhã cedo para o Centro, para buscar senhas na unidade central, onde se tem mais profissionais e, inclusive, especialistas.

Parece claro para Olga que mesmo havendo unidades com equipes de saúde da família e outras organizadas com profissionais não estruturados em equipes, é possível estabelecer uma divisão territorial para que se inicie o vínculo entre unidade e território. A partir daí, definida a territorialidade, pode-se redistribuir os recursos para que haja uma divisão mais adequada, de acordo com as necessidades de cada local.

Convencida que precisa repensar o sistema de atenção à saúde em Vila SUS e fazer mais por seus munícipes, Olga entende que a informação trazida por Mariana mostra a fragilidade da assistência à saúde no município e o quanto a sua população vem sofrendo com a questão, embora algumas vezes não perceba. Vale ressaltar que a sífilis é uma doença de notificação compulsória e as ações de diagnóstico e prevenção precisam ser reforçadas no âmbito da Atenção Básica. Além disso, o caso também impacta na gestão municipal de Aurora, pois onera seu sistema de saúde com internações desnecessárias e diversas demandas que deveriam ser resolvidas no município de origem destes pacientes.

Mas, afinal, o que a literatura define como sendo Atenção Básica? Refletiu Olga.

Buscando referências teóricas, a gestora encontrou a seguinte definição: "A Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social".

Ainda mergulhada em livros e manuais[1], Olga compreendeu também que se organizada de maneira robusta e integrada aos demais pontos da rede assistencial, a Atenção Básica (AB) implementa avanços na situação de saúde da população, evitando agravos e produzindo uma melhor utilização dos recursos de maneira a diminuir as desigualdades e possibilitando ganhos de eficiência nos gastos dos recursos públicos de saúde, podendo resolver até 80% dos problemas de saúde da população, desde situações agudas até o acompanhamento de doenças crônicas e degenerativas.

Diante disso, a gestora entendeu que a Atenção Básica[2] é, ao mesmo tempo, um nível de atenção e uma proposta de organização do sistema de saúde, permeada por princípios e valores. Que o planejamento e a execução das ações em saúde devem ser estruturados a partir do diagnóstico de saúde do território. Porém, não existem receitas prontas e aplicáveis em qualquer situação, o que se configura como um grande desafio da gestão.

Durante três dias Olga não pensava em outra coisa senão sobre como construir sua estratégia de reestruturação da Atenção Básica em Vila SUS. Chegou cedo à secretaria de saúde e pensou: será possível? Entendendo que se tratava de sua principal prioridade, Olga se debruçou sobre cartilhas, manuais, livros e todo material disponível. Encontrou todas as anotações que fez ao longo da vida profissional sobre os princípios da Atenção Básica.

1 Starfield, B. Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO. Ministério da Saúde, 2002. 726p.

2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Porta de entrada/primeiro contato/acesso/ acolhimento[3]

A Atenção Básica (AB) é o nível de atenção do sistema de serviço de saúde que oferece a porta de entrada prioritária de acesso para todas as necessidades dos usuários e problemas de saúde. Mesmo que outros equipamentos possam ser acessados diretamente, como a emergência, é através da AB que deve ser garantido o ponto de partida para um cuidado longitudinal e integral. A AB deve representar o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, um local acessível e disponível para que os usuários se sintam acolhidos, com o mínimo possível de barreiras ao atendimento, sempre com olhar para a integralidade.

Sabe-se que o acesso ao sistema de saúde é fundamental para a redução da mortalidade e morbidade e evidências demonstram que o primeiro contato no sistema de saúde realizado através de profissionais da Atenção Básica garante uma atenção mais adequada (apropriada), além de melhores resultados e menores custos em saúde.

A realização de uma consulta em um "ponto de entrada" com as características da Atenção Básica está associada à diminuição de uso de serviços especializados e também está relacionada à redução da utilização de salas de emergência.

Há que se desconstruir possíveis estigmas da AB como a ideia de cuidado simplificado ou de atendimento apenas voltado para a prevenção de uma lista predeterminada de agravos, para um serviço que tenha "função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede" em relação aos agravos agudos, crônicos e suas agudizações.

Cotidianamente, as equipes de AB recebem pessoas em situações e queixas muito diversas: puericultura, febre, vacina, renovação de receita de uso crônico, dor, mostrar resultados de exames, fazer um check-up, ferimentos, falta de ar, planejamento familiar, tristeza, diarreia, aferição da pressão, dificuldade de ler, atestado para atividade física e outras de uma infinita gama. Organizar esta porta de entrada, garantindo acesso a tal diversidade de maneira qualificada e tendo em vista a capacidade real de oferta de serviços sempre será um desafio.

Olga percebeu que algumas anotações estavam ilegíveis. Com o passar dos anos, a tinta da caneta manchou. Precisou buscar novos dispositivos

3 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1).

para então estudar sobre o "Acolhimento"[4]. Assim, lendo seu material, encontrou as seguintes considerações:

A Atenção Básica deve realizar atendimentos programados (previamente agendados) e de demanda espontânea. O atendimento das situações agudas por profissionais que já acompanham e conhecem o usuário potencialmente reduz procedimentos desnecessários e erros profissionais, além de possibilitar o acompanhamento da evolução do seu quadro natural ao longo dos dias. Deve-se lembrar, ainda, que a disponibilidade de acolher e atender os usuários quando estão se sentindo mais fragilizados é muito significativa para a construção das relações de confiança e vínculo.

Não existe uma prescrição de modelagem ideal para a organização do acolhimento. Existem diversos formatos possíveis, levando em conta as especificidades de cada local. Mas é desejável que se problematize mecanismos rígidos de oferta para demanda espontânea, tais como a predefinição de "número de fichas" ou restrição de horários.

Ao invés da lógica do "quem chegar primeiro" ou de triagem, espera-se que cada usuário tenha sua queixa ouvida e analisada por um profissional capacitado e que, junto à equipe, consiga priorizar casos mais graves, ofertar atendimento e medidas de conforto no tempo adequado, bem como as orientações pertinentes, levando em conta tanto os aspectos biológicos como situações de vulnerabilidade e responsabilizando-se por dar respostas às necessidades apresentadas ainda que tal resposta não seja ofertada de maneira imediata ou que demande o acionamento de outros equipamentos de saúde[5].

O acolhimento se impõe, portanto, como um dispositivo estratégico, central na organização do processo de trabalho destas equipes.

Ao finalizar parte da leitura, Olga se lembrou do caso das gestantes relatados por Mariana, pois entendeu que houve falha da equipe. Uma delas realizava o pré-natal, mas interrompeu o cuidado por não conseguir reingressar ao sistema. Já a outra, sequer foi atendida na Atenção Básica, seja porque não procurou o serviço ou porque não recebeu visita domiciliar de um profissional da equipe de saúde da família para identificação e monitoramento da gestação.

---

4 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II)

5 Para saber mais: CAB 28 vol I e II. - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1).

Olga grifou em um dos seus materiais a ideia de que outra dimensão do "acolhimento" dialoga diretamente com os princípios da Política Nacional de Humanização[6] e diz respeito à postura ética do trabalhador da saúde em relação aos usuários, a capacidade de reconhecer o sofrimento e colocar-se no lugar do outro (alteridade), superando a naturalização de atitudes mecanizadas, de baixa responsabilização e mesmo a prática da violência institucional, ainda que de forma sutil. Era importante estar atento a isto também.

Pensando na maneira em que os problemas de saúde são apresentados, nem sempre objetivos e claros, Olga sofria com a falta de soluções. Entretanto, sabia que esses problemas poderiam se apresentar de maneira variada. Na sua experiência lembrava que na grande maioria das vezes, a entrada no sistema ocorre através do usuário e suas queixas são pouco específicas, apresentando uma ampla variedade de questões, doenças e problemas. Por isso, a escuta qualificada é uma expressão desta postura humanizada, mas também uma tecnologia a ser desenvolvida. Além de querer ouvir, o profissional deve saber ouvir e decodificar o que se apresenta como demanda em necessidades de saúde. Como fazer isto? A coordenação da Atenção Básica, juntamente com a equipe de educação permanente, precisa trabalhar estas questões, pensou Olga.

6 Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Seguindo seu raciocínio após as diversas leituras que fez, Olga entendeu que se o acolhimento é encarado dentro das perspectivas levantadas acima, torna-se um potente mecanismo de garantia da acessibilidade, flexibilizando o serviço para responder, da melhor maneira possível, cada caso particular dentro da pluralidade do território. Constitui-se também como uma fonte riquíssima de elementos de reflexão do trabalho da equipe, desde os valores compartilhados, organização da agenda, até a divisão e compartilhamento de tarefas.

Já com o tempo combinado de não ser interrompida se esgotando, Olga leu em um texto: deve-se lembrar, também, que a AB trabalha com a perspectiva de equipes multiprofissionais, estabelecendo que não é o médico ou o enfermeiro, o centro do cuidado, e sim a equipe. Mais uma questão que deve ser bem trabalhada pela equipe da coordenação.

Sempre tentando relacionar o que estava relendo com a realidade que vive em Vila SUS, Olga identificou que existem graves falhas com relação ao acolhimento dos usuários[7], pois entende que o mesmo deve transversalizar o cuidado e ocorrer em cada encontro entre profissional e usuário, inclusive nas ações realizadas no território. A gestora sabe que precisa implementar essas ações no município como um todo, principalmente nas unidades de origem das gestantes atendidas por Mariana na maternidade de Aurora.

7 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).

Na semana seguinte...

Certa de que o momento de imersão nas suas anotações estava sendo muito proveitoso, Olga decidiu continuar, desta vez em casa. Seriam materiais para deixar na mesa de cabeceira. Que jeito? Assim é a vida de uma Secretária Municipal de Saúde. As leituras selecionadas ainda dizem respeito aos princípios da AB: continuidade, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, ordenação das redes, território...

A Atenção Básica deve oferecer o cuidado não apenas voltado aos momentos de manifestação das doenças, mas oportunizar a assistência à saúde da pessoa no decorrer do tempo, ao longo de sua vida. A longitudinalidade ou a continuidade do acesso à saúde é o acompanhamento dos indivíduos ao longo do seu crescimento e das diversas mudanças que ocorrem em suas vidas em um período de anos. No contexto da Atenção Básica, a longitudinalidade "é a relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde". Este é o caso, por exemplo, dos usuários com doenças crônicas que exigem um acompanhamento ao longo de muitos anos, além de um forte vínculo com a unidade e os profissionais, para garantir sua adesão ao tratamento e possibilitar a oferta de intervenções de prevenção e promoção à saúde.

A grande questão, percebeu Olga, é que podem ocorrer interrupções na continuidade da atenção por diversos motivos. Por exemplo, na situação relatada por Mariana, uma das gestantes perdeu a consulta, o que, na prática, também é uma interrupção na atenção.

As pessoas que recebem o cuidado longitudinal apresentam menos hospitalizações de emergência e apresentam períodos de hospitalização mais curtos. A longitudinalidade também está relacionada a outros benefícios, como melhor utilização dos serviços; melhor atenção preventiva; atenção mais oportuna e adequada; melhor reconhecimento dos problemas apresentados pelos usuários; os custos da atenção são reduzidos quando a atenção é longitudinal.

Era isto! Preciso discutir esta questão com a minha equipe também porque os casos de sífilis relatados por Mariana poderiam ser evitados, caso o acesso e o cuidado diagnóstico e terapêutico adequado tivessem sido instituídos. Além disso, a internação de longa duração dos recém-nascidos poderia ser evitada se houvesse integração efetiva entre a Maternidade e a Atenção Básica, pois eles poderiam ser acompanhados próximos a suas residências.

Amanhã será um novo dia.

A importância da informação...

No seu trajeto diário para a SMS, Olga pensava que nem todas as necessidades de saúde são resolvidas usualmente na unidade de Atenção Básica. No caso das gestantes, as unidades básicas deveriam contar com as tecnologias necessárias para o diagnóstico rápido e o tratamento dos casos de sífilis na gestação. Porém, uma vez havendo os casos na maternidade, seria necessário realizar o tratamento dos recém-nascidos, além de haver necessidade de realização de exames complementares, como ultrassonografias e exames laboratoriais, para o acompanhamento desses bebês.

Mais uma vez, Olga reflete que a Atenção Básica, para além da execução dos serviços, necessitará interagir, no dia a dia, com os serviços de saúde em geral. A maternidade que identificou os casos deverá prontamente informá-los à vigilância epidemiológica, além de encaminhá-los para seguimento na unidade básica. Portanto, a comunicação entre os serviços é vital para que haja fluidez na atenção. O SUS é um sistema e, portanto, os diversos serviços precisam se comunicar.

O elemento fundamental é a informação. É necessário conhecer os problemas e as necessidades de saúde; na medida do possível, antever os possíveis adoecimentos, problemas e necessidades de saúde. Deve-se conhecer a realidade local, os serviços e ações disponíveis na região, as maneiras como as pessoas vivem e se relacionam e suas características culturais locais. O que é importante reforçar é que a Atenção Básica é a estrutura do sistema que tem maiores potencialidades para a coordenação do cuidado.

Na noite seguinte, Olga se dedicou a leituras sobre território. Leu que uma interface importante na coordenação do cuidado é aquela relacionada à vigilância em saúde[8] no território e assistência. Ao passo que a Atenção Básica pode contribuir para a produção de indicadores de saúde mais precisos, outros desafios relacionados à saúde têm surgido.

Diante disso, Olga pensava em como fazer para que houvesse os vínculos territoriais e pessoais, tão necessários, entre os trabalhadores e a população atendida. Entendeu que a Unidade de Atenção Básica se estrutura sob a lógica territorial, onde deve haver clareza, tanto para a equipe profissional quanto para a população, sobre quem são os atores envolvidos no cuidado e quais são os serviços oferecidos, possibilitando, inclusive, a construção de caderno de serviços baseado na realidade local e em permanente transformação. Os profissionais da Atenção Básica devem ser, portanto, sujeitos do processo, atuando como agentes de transformação e planejando suas ações com base na leitura da realidade local, sempre na perspectiva da determinação social do processo de produção de saúde.

8 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde. Manual de gestão da vigilância em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 80 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

A pergunta que não quis calar: cadê o dinheiro?

Olga estava preocupada. O Coordenador do Fundo Municipal de Saúde, que era morador do município em localidade atendida pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), havia lhe enviado uma mensagem pelo celular ainda cedo. A preocupação era grande: como não havia recursos, no Fundo, referente ao trabalho da ESF? Não havia menção no extrato detalhado dos repasses referentes à Atenção Básica.

Olga, ao chegar à Secretaria de Saúde de Vila SUS, convidou imediatamente a Coordenadora da Atenção Básica e o Coordenador do Fundo para, juntos, investigarem a questão.

À tarde, o enigma foi desfeito: na verdade, as equipes estavam informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), mas estavam inconsistentes! Não havia menção aos Agentes Comunitários de Saúde e, outros diversos profissionais que atuavam na ESF, também não estavam cadastrados nas Unidades.

Olga lamentou a realidade: mesmo com todo o trabalho feito pelos profissionais, o município não estava sendo remunerado pelo Ministério da Saúde adequadamente, por erro nas informações. Com isso, os recursos municipais estavam diminuindo.

Mais uma vez, Olga refletiu que não bastava executar ações, havia necessidade de planejamento e domínio de informações para poder executar a gestão com competência e com bom aproveitamento dos recursos potenciais. Para esclarecer a situação, Olga procura Valéria, coordenadora da Atenção Básica:

O: *Valéria, como vamos qualificar a gestão da Atenção Básica em Vila SUS?*

V: *Olga, tente acessar a internet e busque em seu notebook um endereço com o relatório em tempo real da situação do município perante o Ministério da Saúde.*

Rapidamente, verificou que ao digitar o nome de seu município, o endereço gerava uma nota técnica com o conjunto das informações de equipes e programas credenciados, perante o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, em Vila SUS, tanto na Estratégia de Saúde da Família, quanto em diversas outras ações, como as Academias da Saúde, o Programa Consultório na Rua, o Programa Melhor em Casa, os relatórios referentes aos investimentos em construção de Unidades de Saúde e em aquisição de equipamentos para a Atenção Básica.

Fácil, pensou Olga – porém, triste, porque não havia, realmente, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no cadastro do Município. Com a ausência dos ACS, as equipes não eram reconhecidas.

A Nota Técnica informava, no entanto, que Vila SUS tinha apenas três equipes credenciadas. Portanto, com a correção do cadastro, certamente o problema se resolveria. Na reunião, onde todos constataram o problema, foi fácil concluir que a manutenção das informações cadastrais e, além disso, a

alimentação constante dos sistemas de informação, com a atualização dos dados em tempo real, era estratégica para a sustentabilidade das ações da Atenção Básica.

Para isso, era fundamental que todos se conscientizassem da importância desse processo. Assim, a Coordenação de Atenção Básica propôs que fosse promovido um encontro entre os integrantes da Atenção Básica para atualização das bases de dados e para a sensibilização quanto à alimentação contínua dos sistemas de informação. Nesta reunião seriam tratados também outros aspectos da Atenção Básica e, por isso, foram convidados alguns Conselheiros Municipais.

Realizando o diagnóstico da situação

No dia do encontro, decidiu-se estabelecer uma metodologia em que, inicialmente, se buscaria conhecer a realidade de Vila SUS frente aos serviços existentes.

Havia no município, seis unidades de Atenção Básica, das quais quatro na estratégia de saúde da família, com médico de família e comunidade, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Outras duas eram compostas por diversos profissionais, inclusive médicos clínicos, pediatras e ginecologistas/obstetras. Nessas duas, havia pouca clareza sobre o território atendido. Os atendimentos eram feitos sob demanda da própria população, ou dos ACS que trabalhavam nas Unidades.

Logo se verificou que era necessário definir qual seria a área geográfica de responsabilidade de cada equipe.

Com base nos dados territoriais e demográficos, os participantes acabaram concluindo que:

- *As áreas referentes ao atendimento das Unidades com equipes da ESF estavam bem definidas;*

- *As demais áreas, distribuídas pelas Unidades Básicas, tinham população relativamente homogênea entre elas. No entanto, na divisa com o Município de Aurora, onde havia uma população grande, a Unidade contava apenas com um médico clínico, enquanto que no Centro da cidade, que atendia aproximadamente a mesma população, havia cinco.*

Frente à situação, a solução proposta foi:

a. *Ampliar a equipe da Unidade da periferia, implantando Equipe da Estratégia de Saúde da Família;*

b. *Criar, com profissionais egressos da Unidade do Centro, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), incorporando nela especialistas médicos, dois fisioterapeutas, uma terapeuta ocupacional, uma nutricionista e uma psicóloga. A atuação do NASF passaria a ocorrer em todo o município, por meio de ações de supervisão, matriciamento de casos, realização de interconsultas e outras atividades, sempre planejadas e executadas em conjunto com as equipes dos territórios.*

c. *Promover atividades de educação permanente, com ampla participação, que possibilitem a troca entre os profissionais da realidade vivenciada por cada equipe e estabelecer consensos referentes às práticas de atuação das equipes.*

d. *Implementar mecanismos que possibilitem às Unidades realizar alimentação local dos sistemas de informação, com atualização contínua. Esse processo gerou uma demanda para a aquisição de insumos para a informatização das Unidades, bem como para a realização de atividades de educação para qualificar os profissionais para alimentar os sistemas de informação, extrair e analisar relatórios gerenciais.*

e. *Considerando o alto número de acamados do município, conforme relato dos próprios profissionais, e ainda, frente à carência de leitos hospitalares para doentes crônicos, houve discussão a respeito da implantação de uma equipe do Programa Melhor em Casa, como estratégia para qualificar a atenção a esses cidadãos e interagir com cuidadores e as próprias equipes de Atenção Básica.*

f. *Outro ponto levantado foi a questão da saúde mental, em especial em relação às políticas de incentivo ao uso racional ou cessação do uso de drogas. Foi discutida a importância do NASF se qualificar para dar maior suporte às equipes de Atenção Básica nesses temas, considerando a abundância de relatos dos profissionais e as dificuldades por eles relatadas de acompanhamento dos casos.*

g. *Finalmente, foi firmado um acordo para que as ações de vigilância em saúde pudessem também ser articuladas com a Atenção Básica, para possibilitar a produção de indicadores e, mesmo, a ação local em situações de risco. Foi também acordado que haveria um novo encontro em sessenta dias, para avaliação do andamento dos trabalhos e replanejamento.*

Após dois meses, Olga permanecia com certo desconforto. Se, por um lado, a reorganização da Atenção Básica, do ponto de vista da lotação dos profissionais e vinculação territorial, estava com bom andamento, haviam aumentado as demandas para formação dos profissionais.

Isso acontecia porque os profissionais que atuavam na Atenção Básica estavam, ainda, inseguros frente a alguns processos de cuidado. Para alguns, era uma novidade atuar de forma planejada com base no território.

Afinal, a prática de atender apenas quem procura e, simplesmente, orientar a busca pelo especialista não provocava a busca pelo conhecimento.

Agora, além de buscar conhecimento, o profissional se sentia, segundo relatos, compelido a discutir os casos e angústias com a equipe multidisciplinar, e muitas vezes esse processo requeria mudanças na prática profissional.

Outra questão apontada por todos era a dificuldade em acompanhar o cuidado aos cidadãos quando havia necessidade de atendimentos especializados. Não havia um critério definido para encaminhamentos, e muitas vezes os especialistas não interagiam sobre as condutas, fazendo com que muitos pacientes ficassem "perdidos" em seus tratamentos.

Um caso, em particular, chamou a atenção de todos. Uma agente comunitária de saúde, de nome Silvana, apresentou durante a gestação, um quadro de hipertensão arterial severa, e foi encaminhada à maternidade. Ao chegar lá, o médico plantonista, além de desconsiderar a gravidade do quadro, ainda disse à paciente que "ele era obstetra e o médico de família não entende nada de gestantes", e, sendo assim, a liberou. Infelizmente, no dia seguinte, Silvana retornou à maternidade com quadro de edema generalizado. Foi feito o parto de emergência e a criança, que apresentou asfixia, teve que ser transferida de urgência para uma Unidade neonatal na capital.

Esse caso, para além das questões pessoais, indicou a necessidade de que o conjunto de profissionais se envolvesse na definição de protocolos assistenciais. Com os protocolos, se pode estabelecer o papel de cada um no sistema de saúde, bem como o caminho do cuidado para o portador do agravo, em busca da integralidade. A isso, podemos chamar de linhas de cuidado.

O grupo procurou então, como exercício, refletir como seria possível que a rede de serviços de saúde fosse provocada a estabelecer uma linha de cuidado para o filho de Silvana, que, quando sair da Unidade neonatal, necessitará do cuidado materno, familiar e cotidiano da unidade básica, além da estimulação que possa envolver também os profissionais do NASF e, mesmo, alguns especialistas.

A chegada do filho de Silvana, encarada assim como um evento que pudesse significar a reparação futura pela falha no processo de cuidado sofrido, foi discutida, envolveu o conjunto de profissionais e, até mesmo, os conselheiros do Conselho Municipal de Saúde, que mobilizaram a vizinhança para a aquisição de materiais e brinquedos para o bebê.

Na realização do encontro, portanto, se geraram as seguintes conclusões e ações:

a. *Estabelecimento de protocolos assistenciais e linhas de cuidado para os agravos mais frequentes e impactantes no território, respeitando as particularidades locais.*

b. *Envolvimento da gestão local (Olga se comprometeu) para garantir os insumos e mudanças necessários para possibilitar a atuação segura das equipes nos cuidados pactuados.*

c. *Revisão da aquisição de medicamentos e materiais para adequar aos protocolos assistenciais.*

d. *Planejamento de atividades educativas, envolvendo o conjunto da rede, para produção de conhecimentos e práticas relacionadas ao dia a dia dos serviços.*

e. *Levantamento de necessidades de serviços especializados para dar suporte à Atenção Básica.*

f. *Estabelecimento de mecanismos de avaliação para as linhas de cuidado pactuadas.*

Olga, no entanto, saiu preocupada do encontro. Para além da Atenção Básica e seus trabalhadores havia diversas demandas que cabiam à gestão, e que iriam requerer a mobilização de toda a equipe gestora. No dia seguinte, na reunião da equipe de trabalho, alguns pontos foram colocados:

a. *O Coordenador do Fundo Municipal de Saúde, após elogiar a melhora nos cadastros de profissionais e Unidades, que possibilitou o crescimento dos recursos de transferências federais da Atenção Básica, reforçou a necessidade de se elaborar projetos de investimento, para buscar também condições para reformas estruturais nas Unidades e aquisição de insumos.*

b. *O Coordenador de Atenção Especializada, inicialmente, elogiou a melhora no cuidado básico, já apontada pelos especialistas e pela unidade de urgência. Porém, solicitou que houvesse, na definição dos protocolos e linhas de cuidado, maior envolvimento dos especialistas na elaboração dos documentos e, principalmente, que fosse feita uma estimativa da necessidade dos recursos especializados para dar suporte à Atenção Básica.*

c. *Ainda sobre o tema, o Coordenador de Regulação apontou a necessidade de revisão dos contratos com os serviços, para garantir o*

acesso, com qualidade, aos serviços especializados, inclusive em outros municípios, por meio da Pactuação Programada e Integrada (PPI).

d. O Coordenador de Gestão do Trabalho em Saúde se propôs a avaliar, frente às mudanças ocorridas na rede de atenção, a distribuição e a necessidade de eventual contratação de profissionais, além de buscar avanços para eliminar situações irregulares, como contratos provisórios, nas relações com os trabalhadores.

e. O Coordenador Administrativo, que já havia identificado problemas na documentação de alguns imóveis em que se situavam Unidades de Saúde, solicitou que houvesse um trabalho conjunto em busca da regularização dos imóveis. A importância desse processo se devia ao fato de que programas de financiamento para a qualificação de unidades de saúde exigem, rotineiramente, que a documentação dos imóveis esteja adequada.

Constatando.... As políticas de gestão do trabalho em saúde na Atenção Básica são decisivas.

Enfim, o que Olga verificou é que o conjunto de trabalhadores da saúde e, até mesmo da Prefeitura, sofria o impacto das mudanças na Atenção Básica. O desafio seria, portanto, promover a integração entre o conjunto da saúde para que a Atenção Básica, em seu papel de coordenação do cuidado e de proximidade com as comunidades, pudesse ter desenvolvimento pleno.

Porém, as mudanças geravam polêmica. Olga foi convocada na Câmara Municipal, porque havia um grande debate na cidade acerca da educação. Muitos pais reclamavam que as escolas não estavam mais aceitando matrículas de crianças com deficiência. Ora, como assim? Já era corrente que todas as crianças deviam frequentar a escola, que deveria estar preparada para a diversidade.

Inclusive, o caso que disparou a convocação foi devido a uma situação relacionada à saúde: a família de uma criança, portadora de Síndrome de Down, havia perdido o direito de receber o recurso do "Bolsa Família" porque a criança não estava frequentando a escola (a matrícula havia sido recusada). E mais, a família alegava que o mesmo ocorria na unidade de saúde: ao procurar o serviço, a equipe local informou que não poderia acompanhar a criança, pois apenas uma neuropediatra tinha qualificação para isto. Não havia neuropediatra em Vila SUS!

Na preparação para a ida à Câmara Municipal, e em discussão com as equipes da saúde e da educação municipais, todos constataram que havia muita desinformação acerca dos direitos dos pacientes e das crianças, em particular. O que mais preocupou Olga, inclusive, foi que a equipe local não buscou apoio para encaminhar o cuidado à criança e sua família, assim como a escola também não havia tido essa ação.

Porém, como da crise se encontram soluções, o evento motivou a todos a rememorar os direitos da criança, bem como apontou que não havia vilões: na verdade, a equipe da Unidade, recentemente contratada, não tinha ainda familiaridade com o sistema municipal de saúde, inclusive com poucos contatos com o NASF, que poderia dar suporte ao caso.

Assim, além de todos constatarem que a postura era inadequada, a conclusão foi que havia necessidade urgente de repensar as políticas públicas, na perspectiva da inclusão e da intersetorialidade. As equipes locais de saúde e educação que participaram da discussão, se destacaram na formulação de propostas de reorganização das duas instituições, escola e unidade de saúde, para permitir essa aproximação e a partilha de situações novas para facilitar a atenção à população.

A questão também ressaltou para Olga a importância das políticas de gestão do trabalho em saúde na Atenção Básica. Pela segunda vez, assim como no evento em que o município perdeu recursos por não atualizar os cadastros dos Agentes Comunitários de Saúde, havia uma crise por conta da existência de profissionais recém-contratados sem conhecer e se integrar ao modelo de atenção local.

Assim, pode-se ressaltar que um dos eixos estruturantes da gestão da Atenção Básica é a política de gestão do trabalho[9]. Mobilização e valorização do trabalhador, qualificação técnica, educação permanente, produção de conhecimento, busca de oportunidades e momentos formativos, todas são atividades cotidianas da Atenção Básica e devem fazer parte do cardápio da gestão para a qualificação do cuidado.

Olga, inclusive, lembrou-se que, na última reunião da Comissão Intergestores Regional (CIR), houve discussões acerca do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que proximamente iria permitir aos municípios inscrever novas equipes. Para além de possibilitar a vinda de recursos suplementares para a Atenção Básica, a implantação de um Programa de Qualidade, com avaliação externa, poderia servir como elemento motivador para que as equipes pudessem estar em crescimento contínuo.

Na mesma reunião, houve discussões acerca do Programa Mais Médicos para o Brasil, já implantado em diversos municípios da região, porém não em Vila SUS. O Programa, além de facilitar a presença de médicos no município, principalmente em locais com baixa permanência de profissionais, previa também a formação profissional, o que era muito importante para Vila SUS.

Olga, então, decidiu apresentar como proposta de pauta, para o próximo encontro com a equipe: por que não aproveitar o momento de reestruturação da Atenção Básica para criar-se um Programa de Residência em Vila SUS? E mais, um Programa de Residência Multiprofissional?

Mais ainda, a Residência podia ser regional, para permitir o aproveitamento dos diversos campos de atividades da região. Com isso, municípios como Aurora, onde havia serviços especializados, porém não tinha boa cobertura em Atenção Básica, poderiam também se qualificar com a experiência de Vila SUS.

Olga já havia entendido que para a Atenção Básica ter condições de lidar com a maior parte dos problemas e necessidades em saúde, mantendo seus princípios e valores acima delineados, também se faz essencial debater a necessária ampliação de seu escopo de atuação. Tem sido defendida a importância de ampliar os tipos de procedimentos nesse nível de atenção, incorporando intervenções que previamente não estavam inseridas em suas opções terapêuticas. O generalista permanece como o primeiro contato dos usuários, mas outras áreas podem ser colocadas como segundo contato referenciado dentro do mesmo nível de atenção.

A definição de quais seriam as ações, conhecimentos e especialidades incorporadas depende de cada local, pode ser delineada de acordo com as prioridades de cada região, por isso o conhecimento a respeito de seu territó-

9 VER CAPITULO 4 DESTE MANUAL

rio se faz tão importante. De todo modo, ampliar as ofertas na Atenção Básica é um caminho importante para mantê-la como a principal referência dos usuários, assim como também é fundamental para reduzir os custos em saúde.

Assim, uma estratégia importante tem sido a integração matricial de especialistas com a Atenção Básica. Essa iniciativa possibilita uma maior amplitude da Atenção Básica na medida em que ela possibilita que os cuidados especializados cheguem à AB, mantendo seus valores e princípios de funcionamento. O apoio matricial transfere o conhecimento especializado aos profissionais da Atenção Básica, produzindo um processo de educação continuada e diminui o encaminhamento de usuários a outros níveis de atenção. Assim, torna-se uma estratégia importante para a universalidade do acesso à saúde. Neste caso, Mariana poderia ser um elo importante: ela era uma obstetra reconhecida por todos, e poderia, com certeza, ser uma das componentes da equipe de matriciamento.

Outra estratégia que Olga identificou como necessária foi implantar núcleos de apoio à Atenção Básica. Ao invés de atuar de forma desconectada com o território, em unidade centralizada, os detentores de outros saberes na saúde – assistentes sociais, educadores em saúde, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, educadores físicos, odontólogos, sanitaristas, especialistas médicos, dentre outros – poderiam formar núcleos de apoio à Atenção Básica, seja no modelo de saúde da família ou, mesmo, no modelo convencional de atendimento. Esses profissionais, assim, poderiam ter as trocas de informações e conhecimentos mais facilitadas e, com isso, além de promover a educação permanente[10], qualificar o cuidado aos cidadãos no conjunto das Unidades.

Olga concluiu que: é importante discutir a Atenção Básica na perspectiva de sua complexidade. De básica, basta o nome: ela requer tecnologia, conhecimentos múltiplos, disposição, e, principalmente, aprendizagem significativa continuada. Com esses princípios e diretrizes, Vila SUS promoverá mais qualidade de vida.

10 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Capítulo 8

Vigilância em Saúde no Município

A Secretaria Estadual de Saúde (SES) notificou a Olga sobre o aumento de casos de sífilis congênita no último ano em Vila SUS. Além disso, informou que, no mesmo período, o município não alcançou a cobertura vacinal em menores de um ano. Diante disto, a SES aguarda informações sobre as intervenções a serem realizadas no município visando à melhora desse quadro.

Estes fatos evidenciam uma rede de atenção à saúde com fragilidades de comunicação, integração e planejamento, o que compromete o êxito de suas ações preventivas. Sendo assim, Olga busca ajuda de Vitória, apoiadora do COSEMS, para esclarecer suas dúvidas. Na conversa com Vitória, Olga percebe a complexidade do tema e entende que só será possível resolver este problema se aproximando da discussão do conceito de vigilância em saúde.

A Vigilância em Saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde[1].

Após se debruçar sobre o assunto, Olga identificou que a vigilância em saúde atua através das Vigilâncias Epidemiológica, Ambiental, Sanitária, e em Saúde do Trabalhador. Compreendeu que todas convergem para um ponto em comum: estar vigilante, estar atento, prever riscos. Além disso, é de suma importância garantir a integração com as demais áreas da saúde e, em especial, a atenção básica.

A integração entre a vigilância em saúde e atenção básica amplia o conhecimento das condições de saúde da população em um determinado território. Quando bem articuladas, têm o poder de transformar o cenário apresentado.

Olga concluiu que o território é a base do trabalho das equipes. A Territorialização em Saúde implica não somente em um mapeamento geográfico de uma área, mas também no conhecimento das necessidades de saúde da população, bem como da forma como as pessoas se relacionam com o que determina a saúde[2].

Apesar de já conhecer mais sobre a Vigilância em Saúde, Olga seguia com dúvidas de como relacionar o conteúdo estudado, com a situação vivida. Neste caso, solicitou que Vitória esclarecesse mais alguns aspectos que não estavam muito claros.

Desta forma, a apoiadora do COSEMS entrega a Olga um folheto com a seguinte informação:

1 BRASIL. Portaria nº 1.378, de 9 julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em saúde e Sistema Nacional de Vigilância. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 10 jul. 2013.

2 MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2014.

A Vigilância Epidemiológica é definida pelo SUS como conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. (Lei N° 8.080/90[3]).

Funções da vigilância epidemiológica[4]:

Coleta e processamento de dados;

Análise dos dados processados;

Recomendação das medidas de controle apropriadas;

Promoção das ações de controle indicadas;

Avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;

Divulgação de informações pertinentes.

3 BRASIL. Lei nº 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. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990.

4 Idem nota 2.

Vitória informa ainda que a Secretaria Estadual de Saúde só pôde identificar o aumento de casos de sífilis congênita, porque a equipe da vigilância epidemiológica municipal registrou no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) as notificações recebidas.

A gestora municipal então percebe que sua equipe não analisa os bancos de dados que produz e não divulga informações, que neste caso seriam úteis para propor intervenções visando a interrupção da cadeia de transmissão da sífilis.

Vitória lembrou também que é de responsabilidade de todo profissional da saúde a notificação das doenças de notificação compulsória[5] e surtos de qualquer natureza para a vigilância epidemiológica. Sem essas notificações, a vigilância não tem como observar a ocorrência desses agravos no território e com isso fica impossibilitada de prever riscos e propor medidas de intervenção[6].

O aumento do número de casos de sífilis congênita registrado em Vila SUS sugere que a sífilis, doença sexualmente transmissível, não está sendo tratada de forma adequada no pré-natal devido a problemas de ordem assistencial e/ou de acesso aos exames e/ou ao tratamento oportuno.

É importante lembrar que a Atenção Básica[7], por meio da equipe que realiza o pré-natal, é a principal responsável pelo diagnóstico da sífilis, o tratamento e a notificação em tempo oportuno. Neste caso, a notificação dos casos de sífilis, seguida da análise do banco de dados pela equipe da vigilância em saúde, permitirá a devolutiva de informações aos profissionais de Vila SUS visando à interrupção da cadeia de transmissão.

Além disso, a investigação dos casos pela vigilância poderá evidenciar a necessidade de treinamento dos profissionais no manejo da sífilis, a baixa qualidade do pré-natal, o acesso à terapia medicamentosa, a baixa adesão ao pré-natal, a possível reinfecção devido ao não tratamento do parceiro, a falta de acesso aos exames laboratoriais ou aos resultados em tempo oportuno e a possível falha na captação da gestante. Todas essas hipóteses poderão suscitar planos de enfrentamento do problema.

Este ciclo, composto pela **notificação, análise, identificação de problemas, divulgação da informação e discussão** com a equipe de gestão, é o que permite a construção de propostas de intervenção factíveis e integradas.

Olga então foi ao poucos compreendendo que o campo de atuação da Epidemiologia contempla todo e qualquer evento de interesse para a Saúde Pública. Além dos agravos de notificação compulsória, a Vigilância epide-

5 BRASIL . Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

6 MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação. Brasília, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2014.

7 Ministério da Saúde – MS. Ações de controle da malária: manual para profissionais de saúde na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 2006.

miológica também é responsável pela recepção, armazenamento, transporte, distribuição e controle dos imunobiológicos. Ações que configuram a **Rede de Frio**[8]. Olga entendeu também que para muitas dessas ações, Vila SUS como a maioria dos pequenos municípios, dependia da SES.

Sobre o não alcance da cobertura vacinal em menores de um ano no município de Vila SUS, cabe a vigilância epidemiológica monitorar mensalmente a população vacinada e sinalizar se a cobertura mensal está aquém da esperada. Desta forma, a Atenção Básica e a Vigilância epidemiológica (através da coordenação de imunização) poderão, em tempo oportuno, avaliar o processo de trabalho e se há falta do imunobiológico/insumo, para criar estratégias que permitam o aumento da cobertura.

Vitória alertou Olga que nunca se pode deixar findar o ano para identificar que a cobertura vacinal em menores de um ano não alcançou a meta esperada. O que ocorreu em Vila SUS evidencia ausência de monitoramento e controle de crianças imunizadas bem como das doses de vacina administradas, tanto por parte da vigilância epidemiológica/coordenação de imunização quanto pela Atenção básica.

A apoiadora do COSEMS explicou também que o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI)[9] possibilita a avaliação da cobertura vacinal a partir do registro de doses de vacinas aplicadas por faixa etária, em determinado período de tempo, em uma área geográfica.

É importante lembrar que, a vacinação contra as doenças imunopreviníveis é uma das principais ações, comprovadamente eficaz, de prevenção de surtos e epidemias.

Olga reuniu sua equipe e juntos decidiram pela realização de uma oficina com representantes da Secretaria Estadual de Saúde para estruturar as ações de vigilância em saúde em Vila SUS. Agindo assim, a gestora espera por uma maior adesão dos trabalhadores nas mudanças necessárias.

Os representantes da SES iniciaram a oficina abordando que o acompanhamento das condições de saúde se dá, principalmente, através da Notificação que é a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes.

Além disso, apresentaram algumas definições já trazidas pelas portarias ministeriais:

8 MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2014, 176.

9 Idem nota 8.

Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é alimentado pelas notificações e investigações de casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória[10], mas é facultado a Estados e Municípios incluir outros problemas de saúde de relevância para a saúde pública da região. O acompanhamento do número de casos de uma doença em uma área ao longo do tempo permite identificar a ocorrência de surtos ou epidemias. Não existe um percentual pré-estabelecido para todas as doenças. Às vezes, um ou dois casos podem ser considerados um surto em lugares onde nunca ocorreu um determinado agravo.

Epidemia: Elevação do número de casos de uma doença ou agravo, em um determinado lugar e período de tempo, caracterizando, de forma clara, um excesso em relação à frequência esperada.

Surto: Tipo de epidemia em que os casos se restringem a uma área geográfica geralmente pequena e bem delimitada ou a uma população institucionalizada (creches, quartéis, escolas, entre outros)[11].

A Vigilância Epidemiológica também registra dados da Declaração de Nascido Vivo e da Declaração de óbito para obtenção de informações que auxiliam no estudo da demografia, morbidade e mortalidade da população.

Sistema de Informação de Mortalidade(SIM): Sistema para registro de dados de mortalidade, cujas variáveis permitem, a partir da causa mortis atestada pelo médico, construir indicadores e processar análises epidemiológicas que contribuam para a eficiência da gestão em saúde.

Sistema de Informação de Nascidos Vivos(SINASC): Registra dados referentes aos nascimentos a fim de subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança, além de propiciar um aporte significativo de dados sobre nascidos vivos, com suas características mais importantes, como: sexo, local onde ocorreu o nascimento, tipo de parto e peso ao nascer, entre outras.

10 BRASIL . Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

11 MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2014.

Ao finalizar a oficina de trabalho, foi consenso do grupo que para melhorar os resultados das ações e serviços de saúde, é imprescindível a integração entre a Atenção Básica e a Vigilância. Olga concluiu que é aconselhável que ocorram reuniões frequentes entre as equipes envolvidas com o objetivo de dialogar, analisar e definir qual a melhor estratégia para enfrentamento dos problemas no território. Este tipo de conduta tende a favorecer a integração entre todos os demais profissionais de saúde da rede municipal.

Como gerir as ações de Vigilância Ambiental em seu município

A degradação do ambiente decorrente do modelo de desenvolvimento adotado pelo Brasil levou à necessidade de superação do modelo de Vigilância em Saúde baseado em agravos, incorporando a temática ambiental nas práticas da Saúde Pública[12], de modo a prevenir os riscos à saúde decorrentes da exposição a contaminantes ambientais, mudanças climáticas, escorregamentos de massa (deslizamentos), contaminantes atmosféricos, entre outros.

Em Vila SUS, desde o início do verão, vem sendo constatado o aumento do número de atendimentos de casos suspeitos de Dengue[13], Zika[14] e Chikungunya[15] e um desses casos evoluiu para óbito. Neste momento, ocorreram fortes chuvas que ocasionaram inundação[16] e deslizamento de terra em várias partes da cidade, sendo necessária a abertura de um abrigo na escola municipal para atender a população desabrigada.

Bastante preocupada, a gestora busca apoio no grupo de trabalho de vigilância em saúde da CIR de sua região, levando também o relatório do Levantamento de Índice Rápido para Aedes aegypti (LIRAa) que recebeu de sua equipe, o qual evidencia alto risco para a dispersão do Aedes aegypti no território.

Os técnicos da CIR a explicam que em caso de desastres, a Atenção Básica e a rede de urgência e emergência[17] darão suporte no atendimento direto

12 Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Plano de Contingência para Emergência em Saúde Pública por Seca e Estiagem. Brasília, 2015.

13 Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue. Brasília: Ministério da Saúde 2009.

14 Ministério da Saúde –MS. Guia de vigilância e manejo do Culexquinquefasciatus Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2009.

15 Ibid. nota 13.

16 Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Plano de Contingência para Emergência em Saúde Pública por Inundação. Brasília, 2014.

17 Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde

a população. Já a vigilância em saúde será responsável pelo monitoramento, identificação das condições de saúde da população e do ambiente e orientação de condutas visando a redução de riscos[18].

O grupo aponta ainda que o LIRAa é uma metodologia[19] que permite saber, em curto espaço de tempo, quais áreas têm alta infestação do vetor, quais tipos de criadouros preferenciais e, com isso, proporciona um direcionamento mais eficiente nas ações contra a Dengue. Os dados do levantamento são importante instrumento para as equipes de saúde que, com seu conhecimento do território do município, conseguem facilmente identificar áreas de risco.

Ainda pautados pelo tema infestação do Aedes, o grupo defende que o controle do mosquito deve ser feito através da forma mecânica, biológica e química, sendo que o controle mecânico deve sempre ser priorizado, em detrimento das demais formas.

O controle mecânico não é responsabilidade apenas do setor saúde, deve ser uma ação intersetorial, englobando diversas áreas do governo municipal. Dentre as principais ações deste tipo de controle, destacam-se o reforço na coleta de resíduos sólidos, com destino final adequado; a coleta, armazenamento e destinação adequada de pneumáticos e a vedação de depósitos de armazenamento de água, com a utilização de capas e tampas.

Olga então entendeu que será necessária uma conversa urgente com o Prefeito de Vila SUS, pois combater o Aedes aegypti demanda o envolvimento articulado de diversos setores – como educação, saneamento, limpeza urbana e segurança pública – assim como o envolvimento de parceiros do setor privado e da sociedade organizada, sobretudo porque é grande a responsabilidade comunitária no controle dos criadouros de mosquito em residências e domicílios.

Durante a reunião do GT de Vigilância da CIR, a secretária foi informada também que os controles "químico e biológico" (inseticidas e larvicidas) devem ser adotados de forma racional e segura, poiso emprego indiscriminado destes determina impactos ambientais, além da possibilidade de desenvolvimento da resistência dos vetores aos produtos.

Ambiental e Saúde do Trabalhador. Plano de Contingência para Emergência em Saúde Pública por Inundação. Brasília, 2014.

18 Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública. Brasília, 2014.

19 Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue. Brasília: Ministério da Saúde 2009.

Atenção!

A aplicação espacial a ultra baixo volume - UBV (fumacê) tem como função específica a eliminação das fêmeas de Aedes aegypti e deve ser utilizada somente para bloqueio de transmissão e para controle de surtos ou epidemias. Essa ação integra o conjunto de atividades emergenciais adotadas nessas situações e seu uso deve ser concomitante com todas as demais ações de controle, principalmente a diminuição de criadouros de mosquito.

Os técnicos da vigilância em saúde de Vila SUS informaram à Olga que, há dois anos, foi instituído o Comitê Municipal de Mobilização para prevenção das doenças causadas pelo Aedes, o qual fomenta discussão a respeito da eficácia das ações de vigilância em saúde, da assistência médica na atenção básica, e, sobretudo, sobre a responsabilidade social no controle do vetor.

Olga percebeu então a importância da educação em saúde que também exerce importante papel nesse processo. Assim, a mobilização deve ser compreendida como suporte para as ações de gestão do SUS, utilizando-se das ferramentas da comunicação e da educação para fazer chegar à comunidade o papel de cada um no combate a essa doença.

Olga recebeu ainda dos técnicos o último Plano de Contingência para enfrentamento da Dengue, Zika e Chikungunya, que ainda encontrava-se em vigor no Município[20].

Além da infestação por mosquitos, Olga ainda tinha que lidar com a grave situação dos deslizamentos de terra e alagamentos na cidade. A SMS, por meio da Vigilância Ambiental[21], atuará articulada com as demais áreas dogoverno municipal visando à prestação de serviços essenciais para proteção e garantia do bem estar da população afetada.

É imprescindível também integrar-se com as instituições que atuam em situações de emergência em especial, com a Defesa Civil. Esta área é também responsável pela coordenação do sistema de informação de vigilância e controle de desastres naturais e tecnológicos e identificação, acompanhamento e avaliação das ações, indicadores e metas pactuadas.

Olga indagou sua equipe sobre quais seriam os principais encaminhamentos necessários do ponto de vista da vigilância em saúde e, recebeu as seguintes propostas de ação:

20 Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Plano de Contingência para Emergência em Saúde Pública por Inundação. Brasília, 2014.

21 Ministério da Saúde – MS. Manual de vigilância ambiental em saúde. Brasília: Funasa, 2002.

- *Verificar se a água que está sendo utilizada para o consumo humano está condizente com os padrões de potabilidade[22];*

- *Monitorar os agravos decorrentes da emergência, adotando ações de controle no campo da vigilância em saúde;*

- *Monitorar a estrutura sanitária dos abrigos, com especial atenção às questões relacionadas ao esgotamento sanitário, à água e alimento;*

- *Fiscalizar os serviços de alimentação, os comércios de alimentos e bebidas, os estabelecimentos farmacêuticos e os serviços de saúde nas áreas atingidas, realizando a inutilização de produtos e insumos impróprios ao consumo e a interdição de estabelecimentos, quando necessário;*

- *Prever Atendimento Médico nos abrigos distantes de unidades de saúde;*

- *Verificar o aparecimento de ratos e serpentes[23], pois a presença desses animais pode resultar em doenças e acidentes de interesse para a saúde pública.*

Por já atuar no campo da saúde há bastante tempo, Olga sabe que a vigilância da qualidade da água para consumo humano é uma atribuição deste segmento há mais de três décadas e que esta vigilância consiste em um conjunto de ações a serem adotadas pelas autoridades de saúde pública, objetivando garantir que a água consumida pela população atenda ao padrão e normas estabelecidas na legislação vigente.

A legislação estabelece que o controle da qualidade da água é de responsabilidade de quem oferece o abastecimento coletivo ou de quem presta serviços alternativos de distribuição. No entanto, cabe às autoridades de saúde pública, através do programa VIGIÁGUA, a missão de verificar se a água consumida pela população atende às determinações dessa portaria, inclusive no que se refere aos riscos que os sistemas e soluções alternativas de abastecimento de água representam para a saúde pública.

As principais ações desenvolvidas pela equipe do VIGIÁGUA do município de Vila SUS são:

22 Brasil. Portaria nº 2.914/ MS de 12 de dezembro de 2011. Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade.

23 Ministério da Saúde – MS. Manual de controle de roedores. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2002.

Monitorar a qualidade da água fornecida pelo Sistema de Abastecimento Público e Soluções Alternativas Coletivas, realizando coletas e análises mensais de amostras de água;

Acompanhar e avaliar as análises de água de controle realizadas pela Concessionária de Abastecimento de Água e pelos responsáveis pelas Soluções Alternativas Coletivas;

Realizar inspeções no Sistema de Abastecimento e nas Soluções Alternativas;

Conceder e acompanhar os cadastros do Sistema de Abastecimento e de Soluções Alternativas.

A equipe que atua juntamente com Olga na gestão de Vila SUS informou à gestora que para avaliar as ações desenvolvidas pela Vigilância Ambiental em Saúde do município, eles podem usar os resultados dos LIRAa e do alcance dos indicadores do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) e do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS)[24], a saber:

24 BRASIL. Portaria n.º 328, de 07 de março de 2016. Revisa a relação de metas e seus respectivos indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS) a partir de 2016. . Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 9 mar. 2016.

COAP

Indicador 48 - Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina - ≥ 80% da cobertura vacinal de cães;

Indicador 52 - Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue - em 80% dos domicílios em cada ciclo;

Indicador 53 - Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.

PQAVS

5. Meta: 75% do número de análises obrigatórias realizadas para o residual de agente desinfetante.

Indicador: Percentual de amostras analisadas para o Residual de Agente Desinfetante em água para consumo humano (cloro residual livre, cloro residual combinado ou dióxido de cloro);

9. Meta: 4 ciclos, dos 6 preconizados, com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.

Indicador: Número de ciclos que atingiram o mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue;

EPIs para proteção e para aplicação de inseticidas/larvicidas;

Máscaras faciais completas para nebulização e máscaras semifaciais para aplicação de inseticidas em superfície em áreas com ação residual, e máscaras respiratórias com filtros de proteção;

Repelente de insetos e protetor solar.

Como implantar e gerir a Vigilância Sanitária no município

Após o desastre ocorrido no município e com o fim das fortes chuvas, Vila SUS começou a se reerguer. O aniversário da cidade se aproxima e a secretaria de turismo está organizando uma grande festa. A proposta inicial da prefeitura é autorizar a montagem de estruturas para a venda de comidas e bebidas típicas na única praça da cidade, onde ocorrerão diversos eventos para entretenimento de moradores e visitantes.

Como profissional de saúde, Olga entende vigilância sanitária como sendo um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

Preocupada em garantir a proteção da saúde da população e dos visitantes de Vila SUS, Olga procura a Secretaria Estadual de Saúde para esclarecer as principais dúvidas sobre as atribuições da secretaria de saúde na realização do evento, principalmente no que se refere às ações da Vigilância Sanitária (VISA).

Foi orientada que uma das ações mais importante da VISA é sempre a educação sanitária. A equipe técnica da SES se colocou a disposição pra treinar a equipe de Vila SUS e ainda entregou a Olga um formulário com as seguintes orientações:

- *A equipe da VISA, devidamente identificada, deve visitar o local onde acontecerá o evento e inspecionar todos os estabelecimentos comerciais que manipulem e vendam alimentos e bebidas, verificando se os manipuladores de alimentos têm conhecimento e fazem uso das boas práticas de manipulação;*

- *Verificar o estado de saúde e asseio dos trabalhadores que manipulam os alimentos;*

- *Inspecionar toda a área de manipulação dos alimentos, observando as condições de armazenagem e estocagem dos mesmos e como se dá o fluxo dentro da cozinha, desde a chegada da matéria-prima até a entrega da alimentação preparada nas mãos do consumidor;*

- *Verificar se há barreira física que impeça a entrada e acesso de vetores e pragas;*

- *Coletar amostra e analisar a qualidade da água usada no local;*

- *Caso seja constatado problemas no processo de produção dos produtos e/ou alteração na aparência e cheiro, os mesmos devem ser recolhidos e encaminhados para análise em um laboratório de referência do município.*

É sabido que a vigilância sanitária de um município deve ser subordinada à secretaria municipal de saúde e suas ações são direcionadas por um complexo e bem definido sistema chamado Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cujo órgão coordenador é a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Em Vila SUS, a vigilância sanitária não está constituída oficialmente no organograma da secretaria municipal de saúde. Há somente um decreto municipal bem antigo que aponta apenas algumas ações da vigilância sanitária e uma pequena equipe composta de: 01 médico veterinário, 01 farmacêutica (que acumula a responsabilidade na dispensação de medicamentos da rede municipal de saúde) e 01 fiscal sanitário de nível médio.

Desta forma, Olga foi orientada pela VISA estadual a adequar a realidade de Vila SUS à legislação vigente. Para começar, é necessário que o município institua o código sanitário municipal.

O "Código Sanitário" é um instrumento facilitador das ações da VISA, tanto para o Estado quanto para o Município, ainda que não seja imprescindível. No entanto, o processo de elaboração de um código desta natureza envolve diversos segmentos da sociedade, apontando em alguma medida seu grau de mobilização e organização para o enfrentamento dos problemas relativos a esta área. Vale ressaltar que o mesmo deve ser aprovado pelo conselho municipal de saúde, levado para votação na câmara de vereadores do município e publicado em boletim oficial.

Dentro do código sanitário podem ser incluídos diversos temas, que vão desde o conceito e diminuição de riscos sanitários a quem são as autoridades sanitárias no município e como é composta a equipe de vigilância sanitária.

As legislações de inspeção do comércio de alimentos, academias de ginástica, estabelecimentos de saúde e interesse a saúde e todo estabelecimento sujeito a vigilância sanitária, engenharia e arquitetura e taxa sanitária municipal também são assuntos importantíssimos que não podem deixar de compor a legislação sanitária municipal.

Bastante envolvida pelo tema, Olga quis participar, juntamente com sua equipe, de um Seminário sobre a legislação da Vigilância Sanitária que estava ocorrendo na sua região. Durante o evento foi apontado que as principais normas que regem a VISA são:

1º Lei Federal nº 6437 de 20/08/1977 - Configura infrações à legislação sanitária federal;

2º RDC nº 216 de 15/09/2004 - Dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação;

3º RDC nº 44 de 17/08/2009 - Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias;

4º Lei Federal nº 5991 de 17/12/1973 - Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos;

5º Lei nº 6360 de 23/09/1976 - Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e

Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos;

6º O Código de saúde do estado em que a equipe de VISA atue, na ausência do Código sanitário municipal.

Olga não era a única gestora presente na reunião. Vários secretários municipais, recém-empossados, buscavam informações sobre como estruturar a Vigilância Sanitária em seus municípios. Uma das principais dúvidas era com relação à estrutura física e a composição da equipe mínima para o funcionamento pleno da mesma.

Desta forma, eles foram orientados que o quantitativo e a qualificação dos profissionais que atuam em VISA devem ser suficientes para permitir a composição de equipes multiprofissionais, com enfoque multidisciplinar e capacidade de desenvolver trabalhos intersetoriais, de forma a garantir a cobertura das diversas ações, de acordo com as necessidades e os riscos sanitários a que estão expostas as populações.

O processo de trabalho do profissional de Vigilância Sanitária impõe limitações quanto ao vínculo empregatício e impedimentos quanto ao exercício profissional, uma vez que, jurídica e eticamente, esse profissional não deveria exercer concomitantemente a função de fiscal de VISA e outro cargo no Setor regulado. As ações de Vigilância Sanitária são ações do Estado e, é indispensável reconhecer a necessidade de aplicação da imposição legal de poder – dever de fiscalizar e autuar os responsáveis por práticas que apresentem riscos à saúde individual e coletiva, situação que determina a de investir/designar os profissionais de VISA para o exercício da função de fiscal.

Quanto a estruturação para funcionamento da VISA, é de fundamental importância:

- *Estrutura física com tamanho ideal para receber a equipe, seu material de trabalho e a população a ser atendida no local;*

- *Impressão de documentos oficiais usados durante e após as inspeções, termos, autos, relatórios, ou seja, todo e qualquer documento criado e publicado oficialmente pelo órgão da administração pública municipal;*

- *Material para coleta e análise de água, alimentos, aditivos e todo e qualquer material solicitado para apreensão, análise e envio ao laboratório oficial;*

- *Veículos para deslocamento das equipes, Kit de inspeção e material educativo.*

Ao final do evento, Olga e sua equipe retornaram à Vila SUS prontos para a reestruturação da Vigilância Sanitária Municipal. Aproveitando

esse processo de reestruturação para integrar a vigilância sanitária com as vigilâncias epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador, propondo unificação de territórios na cidade, reuniões quinzenais para planejamento conjunto das ações e mensais para integração de ações com a equipe de atenção básica.

Como gerir as ações de Saúde do Trabalhador[25] em seu município

O óbito de um trabalhador rural de apenas 31 anos foi notícia nos últimos dias em Vila SUS. O homem era responsável pela aspersão de inseticida numa fazenda local e foi internado após sentir fortes dores de cabeça, apresentar febre, falta de apetite, olhos amarelados e inchaço no abdômen.

Como já havia registro de atendimentos a outros trabalhadores rurais com as mesmas queixas e sintomas, Olga reuniu sua equipe de Vigilância em Saúde, pois caberá a eles, através da investigação conjunta pelas equipes de Vigilância Epidemiológica e Vigilância em Saúde do Trabalhador, articular a ação com as demais vigilâncias e a atenção básica.

Em conversa com a equipe, Olga foi informada que a demanda alertava para um problema que poderia estar ocorrendo com um coletivo de trabalhadores e, dessa forma, seria prioritária uma ação de Vigilância em Saúde do Trabalhador[26].

Entende-se por Saúde do Trabalhador um conjunto de atividades que se destinam, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho[27].

Já a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los[28].

A VISAT não constitui uma área desvinculada e independente da vigilância em saúde como um todo, pelo contrário, pretende acrescentar ao conjunto de ações da vigilância em saúde, estratégias de produção de co-

25 BRASIL. Portaria n.º 3.120 de 1º de julho de 1998. Aprova a instrução normativa de vigilância em saúde do trabalhador no SUS, na forma do anexo a esta portaria, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 2 jul. 1998.

26 Brasil Ministério da Saúde – MS. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. Manual de Gestão e Gerenciamento. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

27 BRASIL. Lei nº 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. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990.

28 Ministério da Saúde – MS. Manual de controle de roedores. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2002.

nhecimentos e mecanismos de intervenção sobre os processos de produção, aproximando os diversos objetos comuns das práticas sanitárias àqueles oriundos da relação entre o trabalho e a saúde.

Com base na Portaria GM/MS Nº 3.120 de 1998, pode-se dizer que a VISAT tem como objetivos:

Conhecer a realidade de saúde da população trabalhadora, independente da forma de inserção no mercado de trabalho e do vínculo trabalhista estabelecido;

Intervir nos fatores determinantes dos riscos e agravos à saúde da população trabalhadora, visando eliminá-los ou, na sua impossibilidade, atenuá-los e controlá-los;

Avaliar o impacto das medidas adotadas para a eliminação, controle e atenuação dos fatores determinantes dos riscos e agravos à saúde;

Subsidiar a tomada de decisões das instâncias do SUS e dos órgãos competentes, nas três esferas de governo;

Estabelecer sistemas de informação em saúde do trabalhador, junto às estruturas existentes no setor saúde.

Sabendo que a VISAT é uma prioridade da Política Nacional de Saúde do Trabalhador[29], estabelecida em 2012, por intermédio da Portaria GM/MS Nº 1.823 de 23 de Agosto de 2012, Olga, desde que assumiu a gestão municipal de saúde de Vila SUS, esforçou-se para implementar a mesma, garantindo condições técnicas às equipes para a realização das ações de saúde do trabalhador em sua abrangência.

No âmbito nacional, a Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST)[30] foi instituída com o objetivo de estruturar a Rede de Serviços Sentinela[31] em Saúde do Trabalhador. Entre seus componentes estão os Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), os quais têm o papel de prover retaguarda técnica especializada em saúde do trabalhador para o conjunto de ações e serviços da rede SUS.

Estes centros desempenham função de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência. É definido como uma instância de apoio matricial para o

desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na Atenção básica, bem como nos serviços especializados e de urgência e emergência.

Sempre que necessário, a equipe de Saúde do Trabalhador de Vila SUS deve acionar o CEREST do município de Girassol, que é o polo da sua região de saúde.

---

29 BRASIL. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

30 Brasil Ministério da Saúde – MS. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. Manual de Gestão e Gerenciamento. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

31 BRASIL. Portaria nº 205, de 17 de fevereiro de 2016. Define a lista nacional estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes.

No caso em questão, o monitoramente deverá ser feito através de ações conjuntas entre as equipes de vigilância e da atenção básica, com o devido apoio do CEREST regional, acompanhando os trabalhadores que estão expostos e realizando inspeções no ambiente de trabalho, visando a conhecer os processos produtivos e o manejo dos produtos, observando as normas e legislações existentes relacionadas à promoção à saúde dos trabalhadores.

A situação recém-ocorrida em Vila SUS refere-se a um caso grave de intoxicação por agrotóxicos, que culminou em um acidente de trabalho fatal e em outros casos de trabalhadores com suspeita de intoxicação exógena por agrotóxicos. São agravos de notificação compulsória, relacionados ao trabalho, que deverão ser investigados pela equipe de VISAT.

Diante do exposto, Olga pactuou com a equipe da Saúde do Trabalhador que a secretaria municipal de saúde articulará ações intersetoriais com demais órgãos do governo, como Educação, Agricultura e Meio Ambiente, objetivando a construção de estratégias de combate e redução dos casos de intoxicação por agrotóxicos. Outras instituições como Ministério do Trabalho e as representações de trabalhadores e lideranças comunitárias também serão convidados a participarem da discussão.

A equipe da VISAT também deverá realizar ações educativas junto aos profissionais de toda a rede de saúde, principalmente no que se refere à importância da notificação dos agravos e preenchimento correto da ficha de investigação epidemiológica, assim como alertar as comunidades sobre a amplitude do problema em questão.

Todas as decisões de Olga e sua equipe foram pautadas nas obrigações e atribuições dos gestores municipais de saúde, orientadas pela portaria GM/MS nº 1823 de 2012[32].

Após acompanhar de perto todo o trabalho para monitoramento do caso, Olga avaliou que Vila SUS é um município com perfil produtivo voltado, principalmente, para as atividades agropecuárias, o que sugere um quantitativo expressivo de trabalhadores rurais. Então, faz-se necessário a construção do Cenário de Risco do Município, o qual deverá mostrar, minimamente, quais são os setores produtivos de Vila SUS, os possíveis agravos oriundos destes e a rede de saúde disponível para atender tais agravos e/ou referência para encaminhar os trabalhadores.

O apoio especializado da equipe técnica do CEREST de Girassol é fundamental para a elaboração deste material. Como mencionado anteriormente, estes órgãos são os principais irradiadores das ações da VISAT e, devem contar com uma equipe multidisciplinar, favorecendo assim uma melhor ação interdisciplinar.

32 BRASIL. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Capítulo 9

Articulação das ações de Promoção da Saúde no território

Olga acordou cedo. Desde a véspera a Secretária Municipal de Saúde não fazia outra coisa: entrevistas e mais entrevistas às rádios local e comunitária, ao jornal da região e até à TV. Porém, o surgimento do caso de zika não pegou a Secretária de surpresa.

DIÁRIO DA

Vila Sus | 10 de fevereiro de 2017

ZICA: ela chegou!

O ano começa sem boas notícias para nossa cidade. A zika, que até dezembro não tinha atingido nossa região, finalmente chegou. Ontem foi confirmado o primeiro caso em Vila SUS. *pág 13.*

Desde o início do verão Olga acompanhava as informações da Vigilância em Saúde e sabia que os casos de dengue tinham aumentado. A infestação de Aedes aegypti era uma realidade apesar dos esforços dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de Endemias (ACE) nas atividades de educação em saúde e nos mutirões para que os cidadãos ajudassem a eliminar os criadouros. Lera, ainda, que pesquisas investigavam se o pernilongo comum seria transmissor da zika. O que complicava ainda mais a situação, uma vez que o Culex perfuscus[1] se reproduz em água poluída.

A Secretária de Saúde estava preocupada, sabia que investigar o caso de zika confirmado de forma individual não bastaria, não deteria a epidemia. Era necessária uma estratégia articulada, que investigasse aspectos da história pessoal do paciente e estruturais e de meio ambiente da cidade. Assim, Olga pediu às equipes de Vigilância em Saúde e da Atenção Básica que trabalhassem juntas, elaborando um mapa mais preciso e detalhado da cidade, com as informações em saúde articuladas às informações sobre as condições de vida em cada território.

Olga precisava analisar melhor a situação, então se fez as seguintes perguntas:

- *Se desde o surgimento da dengue havia campanhas sobre a importância de acabar com criadouros, porque o índice de infestação ainda era alto? Campanhas e mutirões eram insuficientes?*

- *Que outros fatores tinham colaborado para que a situação se mantivesse?*

- *Será que o medo da zika mudaria a atitude das pessoas?*

- *Como a Secretaria de Saúde resolveria o problema da cidade com dengue e, agora, a zika?*

O tamanho do desafio era grande e Olga percebeu que sozinha não poderia respondê-lo. Precisava conhecer outras estratégias, ver o que outros municípios do estado estavam fazendo e investigar o que já tinha resultados positivos no controle da infestação e na mobilização dos cidadãos. A Secretária de Saúde procurou, então, o grupo de trabalho de vigilância em saúde da CIR de sua regional de saúde que sugeriu que Olga ampliasse sua visão sobre os territórios de saúde a partir da compreensão dos determinantes sociais da saúde e da escuta das comunidades.

1 Ver o capitulo 8 deste manual.

Territórios e Determinantes Sociais da Saúde[2]

Fazer gestão do setor saúde envolve conhecer os territórios onde as pessoas vivem. O conceito de território é fundamental para pensarmos a produção e a promoção da saúde, é o ponto de partida para planejar as ações de saúde.

Território é um espaço em que circula um conjunto de saberes, poderes, necessidades, desejos, valores e discursos que se organizam e reorganizam dinâmica e especificamente a cada momento. Ele não é um espaço estático. Ao contrário, é espaço dinâmico, em que as ações humanas locais (saber cotidiano das comunidades e profissionais diversos que ali estão) e remotas (leis e normas globais) se encontram[3].

Para conhecer um território é fundamental mergulhar nele, entender sua realidade a partir de dentro, de como a vida nele se organiza. Por isso é importante que os dados e informações em saúde (mortalidade, morbidade, índice de infestação, etc.) conversem com outras informações e saberes (estrutura das moradias e do saneamento, existência de escolas, associações de moradores e/ou organizações coletivas, etc.). É preciso compreender os determinantes sociais da saúde que estão em jogo!

Os determinantes sociais da saúde[4] são as circunstâncias em que cada sujeito vive. São os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos, comportamentais e ambientais que influenciam e permitem a cada um criar seu modo de viver, produzindo mais ou menos saúde[5].

Nas suas primeiras participações no GT de Vigilância em Saúde da CIR, Olga entendeu que a abordagem da saúde ampliada era importante não só para o caso de zika, mas ajudaria a pensar as várias situações em saúde da cidade. Porém, a Secretária ainda não conseguia imaginar como efetivar um planejamento a partir dessa abordagem que fosse factível com os recursos disponíveis.

2 Buss, PM e Pellegrini Filho, A. A Saúde e seus Determinantes. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva [online] Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

3 Santos, M. Da totalidade ao lugar. SP: Edusp, 2005.

4 Buss, PM e Pellegrini Filho, A. A Saúde e seus Determinantes. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva [online] Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

5 Castro AM et al. C. Curso de extensão para gestores do SUS em promoção da saúde. Brasília: CEAD/FUB, 2010 e BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário temático: promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Após as orientações recebidas, Olga e sua equipe sistematizaram os determinantes sociais da saúde em quatro "camadas"[6]:

Condições macroestruturais (legislação nacional, projeto de desenvolvimento e modelo produtivo do país, globalização entre outros);

Condições de vida e de trabalho (acesso a serviços essenciais, moradia, renda, etc.);

Condições de suporte social (redes comunitárias e de apoio);

Condições individuais (estilos de vida e comportamentos individuais).

Olhar a realidade de cada território com base nessas "camadas" ajudou a Secretária de Saúde e sua equipe a pensarem como seriam organizados os eixos de planejamento para enfrentar a situação.

A compreensão de que cada escolha individual e coletiva ocorre marcada por essa série de determinantes é imprescindível para implementar o planejamento das ações de promoção da saúde , como exemplo não se pode apenas falar da água que as pessoas armazenam sem discutir as moradias, a existência ou não de água encanada e saneamento. É necessário também discutir a coleta de lixo, pois os resíduos se espalham e acumulam água se as pessoas não têm como descartá-los corretamente.

O grupo percebeu ainda que o "diagnóstico" de saúde de um território precisa ser marcado pelo conceito de integralidade[7], não podemos olhar somente os sintomas, as doenças, nem o conhecimento produzido exclusivamente pelo setor da saúde. Por isso, é fundamental construir canais de escuta da população, tanto na clínica quanto coletivamente. Assim, os

6 Castro AM et al. C. Curso de extensão para gestores do SUS em promoção da saúde. Brasília: CEAD/FUB, 2010.

7 Pinheiro, R. Integralidade em Saúde. In: Pereira, IB e Lima, JCF (org.) Dicionário de Educação Profissional em Saúde. RJ: EPSJV, 2008, p.255-262.

"diagnósticos" são de fato participativos e as intervenções pactuadas serão mais efetivas e bem-sucedidas.

Olga entendeu que adotar a integralidade[8] como ferramenta na produção de saúde significa organizar o processo de trabalho nos serviços de saúde em dois tipos de relação:

Na relação entre profissional de saúde e usuário: adotar uma atitude marcada pela escuta atenta e pelo acolhimento dos sujeitos compreendendo sua história e suas necessidades.

Na relação entre equipe de saúde e comunidade: garantir maior proximidade do serviço de saúde com o território, o que significa ampliar o conhecimento sobre as características de vulnerabilidade e as potencialidades do mesmo e, também, criar espaços coletivos de diálogo.

A Secretária Municipal de Saúde de Vila SUS decidiu, então, que as informações produzidas até o momento pelas equipes de saúde eram importantes, mas sozinhas não responderiam às suas questões. Desta forma, organizou em cada território de saúde do município espaços de conversa com as comunidades para entender como elas viam a situação de dengue e zika. Seriam espaços para construir junto com a comunidade os "diagnósticos" e, sobretudo, organizar e executar as ações de promoção da saúde.

Na reunião agendada pela equipe de Atenção Básica do bairro de Capistrânia, Olga descobriu que os moradores pensavam que havia "exagero" nas notícias sobre a zika, que dengue quase todo mundo já tinha tido, "era normal". Prioridade mesmo era aumentar o horário da linha de ônibus do bairro para atender os trabalhadores noturnos da fábrica de tecidos e garantir mais iluminação na pracinha para as crianças brincarem.

Olga percebeu, então, que o que era prioridade para os profissionais de saúde estava longe do que a comunidade percebia como importante e que o conteúdo das campanhas era interpretado de forma diferente pelas pessoas porque haviam se "acostumado" com uma doença e imaginavam que a zika não era tão séria assim. A Secretária concluiu: não basta uma ação pontual para responder à complexidade dos fatores envolvidos na saúde, e transformou o espaço coletivo em Fórum Permanente de Promoção da Saúde de Capistrânia.

8 Castro AM et al. C. Curso de extensão para gestores do SUS em promoção da saúde. Brasília: CEAD/FUB, 2010.

Promoção da Saúde: produção coletiva de saúde

A Promoção da Saúde é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um processo cuja finalidade é ampliar as possibilidades dos indivíduos e suas comunidades possuírem controle crescente sobre os determinantes sociais da saúde e, como consequência, melhorarem sua qualidade de vida, sua saúde[9].

Não se trata apenas de deixar claras as necessidades em saúde e/ou os riscos à saúde, mas adotar métodos de planejamento e execução que fortaleçam a participação social e ampliem os graus de autonomia de sujeitos e coletivos.

A promoção[10] da saúde propõe estratégias de articulação, processos de cogestão e corresponsabilidade, em que se integrem os conhecimentos da análise da situação de saúde e da realidade vivida pelas pessoas num certo território.

Nesse sentido, o Fórum de Capistrânia nasceu como um espaço de escuta da comunidade na identificação de problemas e na produção de soluções, de educação em saúde a partir da articulação dos saberes das equipes de saúde e da comunidade... Mas, desde o início ficou evidente que a participação só da Secretaria de Saúde e seus profissionais e da comunidade não eram suficientes para implementar as soluções. Olga entendeu que precisava convidar e mobilizar outros setores das políticas públicas e do movimento social. Era fundamental que o Fórum fosse intersetorial desde o princípio para tentar alcançar o objetivo da Política Nacional de Promoção da Saúde:

Promover a equidade[11] e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos[12] à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.

9 Malta, DC e Castro, AM. Avanços e resultados na implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde. B.Téc. Senac: a R. Educ. Prof., Rio de Janeiro, v.35, n.2,p.63-71, maio/ago. 2009.

10 BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Portaria nº 2446, 11/11/2014, Brasília/DF.

11 Escorel, S. Equidade em Saúde. In: Pereira, IB e Lima, JCF (org) Dicionário de Educação Profissional em Saúde. RJ: EPSJV, 2008, p.202-210.

12 Ayres, JRCM.O Enfoque de Risco na Programação em Saúde: fundamentos e perspectivas. Saúde soc.[online]. 1995, vol.4, n.1-2, pp.72-74.

Além do caráter intersetorial, o Fórum precisava de uma metodologia para organizar o seu trabalho, para que as ideias, sugestões e conversas tomassem a forma de um Projeto de Saúde do Território (PST).

Projeto de Saúde do Território: o planejamento em Promoção da Saúde

Olga e sua equipe conversaram muito sobre as várias formas de planejamento em saúde, sempre preocupadas em garantir coerência entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), os conceitos da promoção da saúde e o respeito à legislação e à experiência vivida pelas pessoas.

Para planejar é preciso pensar as ações de promoção da saúde nos vários cenários do território – trabalho, escola, serviços de saúde, associações - e que envolvam pessoas muito diferentes. Não dá para fazer isso sem criar critérios, sem foco nos diferentes grupos. É possível pensar em três níveis de atuação: indivíduos e famílias, grupos populacionais vulneráveis e o ambiente físico e social do território, conforme o seguinte esquema:

Quadro 1. Níveis de Atuação das Ações de Promoção da Saúde

Nível de atuação	Objetivo	Ferramenta
Indivíduos e famílias	*Ampliar autonomia e construir competências (conhecimentos, habilidades e atitudes).*	*Educação em saúde integrada ao Projeto Terapêutico Singular.*
Grupos Populacionais Vulneráveis	*Favorecer o sentido de pertencimento e a grupalidade, dando suporte ao tratamento individual e à mobilização para transformação das condições de vulnerabilidade.*	*Educação em saúde integrada ao Projeto Terapêutico Singular.* *Ações coletivas de educação em saúde.* *Projeto de Saúde do Território.*
Ambiente Físico e Social do Território	*Reduzir as condições produtoras de vulnerabilidade e melhorar a qualidade de vida.*	*Articulação intersetorial.* *Projeto de Saúde do Território.*

Fonte: (MORAIS NETO e CASTRO, 2008)[13].

13 Morais Neto, OL e Castro, AM. Promoção da Saúde na Atenção Básica. Rev. Bras. Saúde da Família, ano 19, n.17, 6-9p., jan./mar. 2008.

Na situação enfrentada por Olga em Vila SUS era fundamental abordar os indivíduos e famílias para pensar estratégias específicas de proteção e de cuidado à saúde, por exemplo: na abordagem das mulheres grávidas e no seu acompanhamento pré-natal, repensando seu projeto terapêutico singular[14] individualmente e como grupo específico.

No entanto, a Secretária Municipal de Saúde sabia, a partir da experiência no bairro de Capistrânia, que era necessário pensar de forma ampliada as condições de vulnerabilidade e os territórios, mobilizando articulações intersetoriais[15] para reunir os recursos necessários à redução das situações de exposição ao vírus zika.

Por intermédio de Vitória, Apoiadora do COSEMS, Olga descobriu que João Pedro, Secretário de Saúde do município de Freire, já tinha experiência em usar o Projeto de Saúde no Território (PST) como metodologia de planejamento em promoção da saúde e decidiu procurá-lo[16].

O Secretário Municipal de Freire explicou para Olga que o PST ajudou a construir redes intersetoriais de cogestão e corresponsabilidade e a potencializar redes sociais locais para melhoria das condições de saúde.

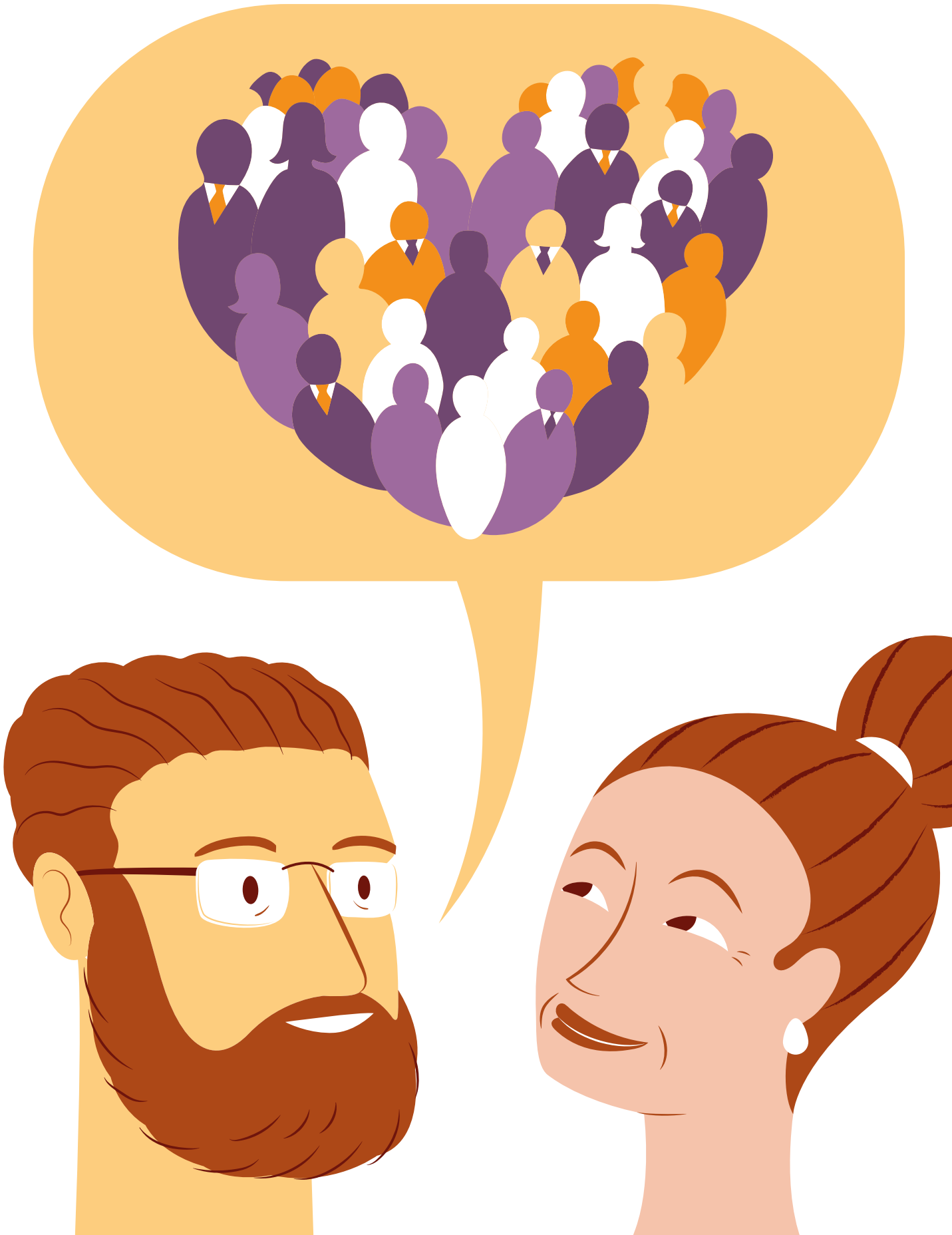
Olga, um PST facilita estabelecermos um consenso sobre as prioridades e a elaborar e executar ações coordenadas entre os setores das políticas públicas, otimizando o uso dos recursos disponíveis e aumentando a efetividade das nossas atividades. Aqui em Freire, nós mobilizamos as secretarias de cultura, educação e assistência social para abordar os usuários de álcool e outras drogas, conseguimos o apoio dos sindicatos de trabalhadores da indústria e todos juntos pensamos nas necessidades e dificuldades para redução de danos, linguagem e locais para abordagem dos trabalhadores, opções de lazer, etc... Com isso, estamos melhorando a qualidade de vida sob vários aspectos: da saúde, da mediação de conflitos, da redução de acidentes de trânsito, etc. – disse João Pedro. E concluiu: O PST é um pacto entre comunidade, equipamentos de políticas públicas locais e sociedade civil organizada em torno de um projeto coletivo para o território[17].

14 EP et al Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissionalidade nas Ações de Saúde. [online] R brasci Saúde 17(2):197-202, 2013.

15 Silva, KL et al Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2014, vol.19, n.11, pp.4361-4370.

16 Castro AM et al. Curso de extensão para gestores do SUS em promoção da saúde. Brasília: CEAD/FUB, 2010.

17 BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Caderno de Atenção Básica, n.27. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.



João Pedro apresentou a Olga um conjunto de perguntas que facilitavam a produção de um PST e organizavam as ideias debatidas coletivamente em um modelo lógico[18].

JP: Que situação-problema produziu a necessidade de elaboração do PST? Para tanto é necessário esclarecer a situação indesejada que se quer modificar, diagnosticando seus fatores determinantes; estabelecendo que aspectos são passíveis de transformação, em que escala e em quanto tempo; analisando a rede de relações existentes entre os atores institucionais envolvidos direta ou indiretamente na situação.

JP: Qual o objetivo geral do PST formulado nesse momento? Na verdade é o que se espera genericamente que o PST alcance, sabendo que a realidade é complexa e que muitas vezes não é possível nem desejável intervir em muitas situações-problemas e/ou variáveis determinantes ao mesmo tempo.

JP: Quais os objetivos específicos do PST? Trata-se da descrição detalhada e clara do objetivo geral e relacionam os resultados a serem atingidos pelo projeto.

JP: Qual é o conjunto organizado de ações que incluídas no PST podem modificar a situação? Trata-se de focar o elemento prioritário da realidade que produz a situação indesejada sobre a qual é possível e viável intervir em dado cenário e período de tempo, buscando a coerência entre o que se deseja mudar e as ações previstas para tal.

JP: Quem é o responsável pelo desenvolvimento das ações? È necessário definir o ponto focal e articulador da ação. Não significa que ele realizará a ação sozinho, mas será o mobilizador e responsável pelo desenvolvimento e pelos ajustes necessários ao longo da implementação.

18 Samico, I. et al (org.) Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

JP: Que resultados são esperados do PST? São as mudanças que o projeto pretende ocasionar, podem ser intermediários e/ou finais (impacto). As ações de promoção da saúde, geralmente, necessitam de um tempo grande para apresentarem impacto na saúde da população. De modo que, a que se ter cuidado quando se fixam metas a partir de indicadores de resultado (como a redução brusca e/ou significativa da prevalência de tabagismo, por exemplo). Nesse caso, indicadores de processo podem ser mais úteis para avaliar a efetividade do PST.

JP: Qual a estrutura necessária para o PST funcionar? A estrutura de funcionamento do programa envolve elementos físicos (recursos financeiros, humanos, imobiliários, etc.), organizacionais (leis, regulamentos, regras de gestão, etc.) e simbólicos (crenças, representações e valores dos atores institucionais envolvidos).

JP: Que fatores externos ao PST podem influenciar seus resultados? São os elementos do contexto onde as ações ocorrerão. Tais elementos referem-se a aspectos políticos, organizacionais, sociais, econômicos, psicológicos, estruturais e simbólicos que influem na implantação e efeitos do programa.

Com base nestas perguntas, Olga levou para a reunião do Fórum em Capistrânia uma matriz para organizar o PST. A gestora sabia que elaborar o Projeto coletivamente envolveria disputas de interesses, mediações de conflitos, muitas horas de conversa para a construção de prioridades e consensos. Mas, também entendia que esse era um modo de comprometer os diversos envolvidos, de que eles se reconhecessem fazendo parte do processo e de que todos estivessem cientes dos limites e dificuldades para tirar o projeto do papel.

Assim, começou a ganhar forma uma proposta inicial do PST com foco no enfrentamento da zika:

Quadro 2. **PROJETO DE SAÚDE DO TERRITÓRIO – CAPISTRÂNIA/VILA SUS – MARÇO/2017**

Situação Problema	Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Ações
Confirmação do primeiro caso de zika no Município de Vila SUS	*Reduzir a vulnerabilidade da população ao adoecimento por zika.*	*- Reduzir o índice de infestação por Aedes Aegypti.* *- Reduzir o índice de infestação por pernilongo comum.* *- Produzir com a população conhecimentos e habilidades para proteção à saúde.*	*- Mapear e eliminar criadouros em áreas públicas.* *- Organizar visitas às residências para eliminar criadouros.* *- Elaborar e implementar projeto de saneamento para as Ruas 23 e 47.* *- Ampliar os dias de coleta de resíduos sólidos.* *- Estabelecer estratégia de educação entre pares para cuidados quanto ao zika.*

Responsáveis	Resultados	Estrutura	Fatores Externos
- Trabalhadores da Limpeza Urbana. *- Agentes Comunitários de Saúde/ Agentes de Endemias.* *- Secretaria de Obras.* *- Limpeza Urbana.* *- ESF, escola e associação de moradores.*	*- Áreas públicas sem infestação por Aedes.* *- 80% dos domicílios visitados e sem criadouros.* *- Projeto base de saneamento aprovado.* *- Obras iniciadas até junho/2017.* *- Ruas 23 e 47 com estrutura de saneamento funcionando até dezembro/2017.* *- Bairro de Capistrânia com coleta de resíduos sólidos três vezes por semana até agosto/2017.* *- Multiplicador formado até maio/2017.*	*- Vassouras, pás, terra, carrinho de mão, larvicida entre outros.* *- Larvicida, piaba rabo de fogo, folhetos com informações sobre eliminação de criadouros entre outros.* *- Recursos financeiros para as obras, profissional para ser responsável técnico pela elaboração do projeto, entre outros.* *- Caminhão, combustível, entre outros.* *- Projeto pedagógico para a formação dos multiplicadores, material para o treinamento, salas da escola no contraturno para as aulas, entre outros.*	*- População contrária às mudanças nas áreas públicas.* *- Impedimento legal de modificação da área (tombamento)* *- Falta de insumos no mercado (larvicida, piabinha, etc.)* *- Falta de recursos financeiros.* *- Demora em aprovar o projeto base.* *- Dificuldades em executar a licitação.* *- Falta de recursos financeiros.* *- Baixo interesse da população em fazer a formação para educação entre pares.*

Ampliando possibilidades....

Dois meses após a elaboração do PST, Olga foi convidada por Vitória, em nome da diretoria do COSEMS, para partilhar sua experiência com os Secretários Municipais de Saúde da região em encontro prévio à reunião da Comissão Intergestores Regionais (CIR). Atualizou os relatórios de monitoramento do PST, reuniu-se com sua equipe para avaliar os dados e informações, preparou sua apresentação e viajou até o município de Aurora para a reunião dos Secretários. Na apresentação, Olga mostrou que a história e os desafios enfrentados em Vila SUS ajudam a pensar a produção de saúde a partir de sua determinação social e considerando a necessidade de que a organização do processo de trabalho de serviços e equipes de saúde articule organicamente Atenção Básica e Vigilância em Saúde.

Em Vila SUS compreende-se essa integração no cotidiano das equipes, seja nos pequenos atos das mesmas, no matriciamento, na consolidação de informações dispersas em inúmeros sistemas de informação, ou, até mesmo, em lógicas gerenciais distintas e no envolvimento da população como sujeito da ação.

A promoção da saúde pode ser uma estratégia para facilitar o entrosamento dos conhecimentos e práticas da Atenção Básica e da Vigilância em Saúde.

Nem sempre o que precisa mudar para a melhor qualidade de vida é responsabilidade do setor saúde, mas podemos ajudar com nossas tecnologias e experiência na construção da intersetorialidade.

Parte III

Capítulo 10

Construindo a Rede de Atenção à Saúde

Olga e suas equipes de atenção básica e vigilância em saúde estão a caminho de mais uma reunião da CIR de sua região. Além de Olga participarão: Jorge, representante da SES, Vitória, apoiadora do COSEMS, José Carlos, secretário de saúde de Aurora, e demais secretários da região de saúde. Esta reunião promete ser mais tensa que o usual. Casos de microcefalia[1] têm sido notificados na região, o que já começa a causar certa comoção na sociedade local.

1 Ver capítulos 3 e 10.

A situação requer decisões urgentes relativas aos processos de trabalho das equipes, assim como buscar dados nos diferentes sistemas de informação, e levantar os recursos financeiros existentes divididos em contas bancárias específicas com distintas regras de aplicação. Tais decisões dizem respeito não somente aos territórios de atuação dentro de Vila SUS, mas envolvem todos os municípios da região.

Inicia-se a reunião com uma discussão intensa entre Vitória e Jorge:

V: *Existem muitos destes casos que podem estar associados à infecção pelo Zika vírus, demandando uma investigação coordenada nos municípios e na região*[2].

J: *Apresenta o processo de discussão e implementação da RAS no estado, tendo em vista a necessidade de atualização dos novos secretários acerca da discussão realizada na gestão anterior.*

V: *Temos que ter atenção, pois o processo não é novo, significando a continuidade das ações desenvolvidas para a integração das referências de Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, e de exames de Tomografia Computadorizada e Eletroencefalograma que foram pactuadas em 2014, 2015 e 2016. Além disso, as referências foram estabelecidas anteriormente para o atendimento dos casos da tríplice epidemia (Dengue, Chikungunya e Zika) e que, provavelmente, não será suficiente para atender as necessidades da população da região, em função da pouca oferta de serviços.*

J: *É necessário envolver Joana, Secretária Municipal de Saúde de Girassol, município polo da Macrorregião, uma vez que os prestadores (públicos ou privados) destes procedimentos estão em seu território, e os demais municípios da Região de Saúde onde se encontra Vila SUS e Aurora não possuem em seu território estes procedimentos de atenção especializada.*

V: *Não podemos perder de vista que as Redes de Atenção à Saúde (RAS) têm sido preocupação dos gestores do SUS.*

Olga percebe que a RAS apresenta-se como tema complexo dos pontos de vista conceitual e principalmente prático. Para muitos que lidam com o planejamento do SUS local as RAS são consideradas, ao mesmo tempo, causa e solução dos problemas assistenciais vivenciados pelos gestores em todas as esferas federativas e, principalmente, pelos usuários. E finaliza explicando que alguns princípios, diretrizes e práticas de gestão relacionadas às redes de atenção à saúde[3] têm contribuído para a reorganização

2 Ver capítulo 9.

3 KUSCHNIR, R; CHORNY, AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Ciência Saúde Coletiva, v. 15, n. 5, p. 2307-16, 2010.

da atenção à saúde no sentido da ampliação do acesso com equidade, da melhoria da qualidade, da integralidade e da garantia de direitos.

Convém destacar que as redes de atenção à saúde[4] devem ser pensadas como parte de uma ampla rede de produção de saúde[5], o que requer que Olga, assim como os demais gestores municipais, se apropriem de conceitos importantes tanto para sua construção, como para sua operacionalização.

O primeiro deles é o conceito de Atenção à Saúde, que significa incluir a oferta das ações de assistência à saúde, de promoção, de prevenção, reabilitação, de vigilância, da assistência farmacêutica e apoio diagnóstico. Para sua operacionalização se exigirá a garantia de transporte sanitário, de manutenção de sistemas de registro e informação, os processos de regulação da atenção, as ações ambientais e políticas que possam interferir na conformação dos determinantes sociais de saúde[6].

Os processos assistenciais são parte integrante e não a totalidade das redes de atenção à saúde[7]. São aqueles circunscritos em serviços de saúde e seu território de responsabilidade, realizados pelos trabalhadores de saúde, geralmente definidos a partir de sua leitura 'técnica' das necessidades humanas de saúde apresentada na forma de demanda (queixa, pedido ou situação apresentada/detectada) pela população. Desse modo, construir RAS inclui processos complexos, além da necessária conexão de pontos assistenciais e fluxos de atendimentos[8].

Também não se trata apenas de uma perspectiva exclusivamente tecnocrática e racionalizadora. Para que as redes de atenção se configurem como produtoras de saúde devem ser capazes de fomentar, suportar e fortalecer práticas sociais cuidadoras. O cuidado em saúde[9] se constitui em processos de produção de saúde que se sustentam na troca de saberes e

4 SILVA, SF et al. Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. 2008. p. 201-201.

5 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

6 BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96: gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília: Ministério da Saúde; 1997 e NARVAI, PC; PEDRO, PFS. Práticas de saúde pública. et al. In: Saúde pública: bases conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008, p. 269-297 e DEMARZO, MMP. Reorganização dos sistemas de saúde: promoção da saúde e Atenção Primária à Saúde. Curso de Especialização em Saúde da Família–UNA-SUS| UNIFESP, 2011; D.

7 TEIXEIRA, RR. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. San Diego: University of California, 2004. Working-paper apresentado na Research Conferenceon: Rethinking "thePublic" in Public Health: Neoliberalism, Structural Violence, and EpidemicsofIne quality in Latin América.

8 MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, v. 549, 2011.

9 PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizador. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2006. p.73-6.

práticas sociais cotidianas, sejam elas reconhecidas ou não como populares, tradicionais ou científicas.

No paradigma do cuidado, o agente cuidador nem sempre é reconhecido como "trabalhador de saúde" e a questão da legitimidade ou do reconhecimento do agente cuidador é um problema político e uma questão de direitos, no qual a cientificidade por vezes tem sido argumento utilizado para proteger parcelas de mercado e interesses coorporativos. Nesse modelo, a consequência de uma relação social pode ser avaliada em termos de seu potencial de produção de saúde, enquanto ampliação das capacidades individuais e coletivas de andar a vida de maneira digna. Em função disto, as práticas sociais cuidadoras estão sempre relacionadas com a legitimação de necessidades sociais, a defesa de direitos e inclusão da diferença. Neste sentido, as práticas de cuidado em saúde são práticas sociais que conformam as redes de produção de saúde nos territórios.

Muitos gestores e técnicos da área de saúde partem do pressuposto que aumentar a oferta assistencial (de procedimentos) é o único caminho para uma melhoria da qualidade de vida e saúde das populações sob sua responsabilidade. Todavia, esquecem que muitos dos serviços de saúde ofertados contribuem para os processos de medicalização e produzem mais dependência e adoecimento. Em outras palavras, não são ou têm baixo potencial cuidador. Deste modo, mesmo se reconhecendo que ampliar e facilitar o acesso geralmente representa um avanço, quando o objetivo é a qualidade, a garantia do direito à saúde e a integralidade, as práticas assistenciais devem se tornar cuidadoras e facilitar a conexão com as práticas sociais de cuidado.

Frequentemente entende-se que a atenção à saúde está fragmentada, é descontínua, é dispendiosa, é focal e pautada pela necessidade de "apagar incêndios". A agenda de gestores e trabalhadores está frequentemente sequestrada por processos burocráticos e que têm baixa capacidade de gerar os resultados de saúde esperados. Esse é o diagnóstico geral que tem justificado a adoção das RAS[10]. Por isso é fundamental que o gestor municipal de saúde se aproprie desses conceitos auxiliando na operacionalização de uma rede integrada.

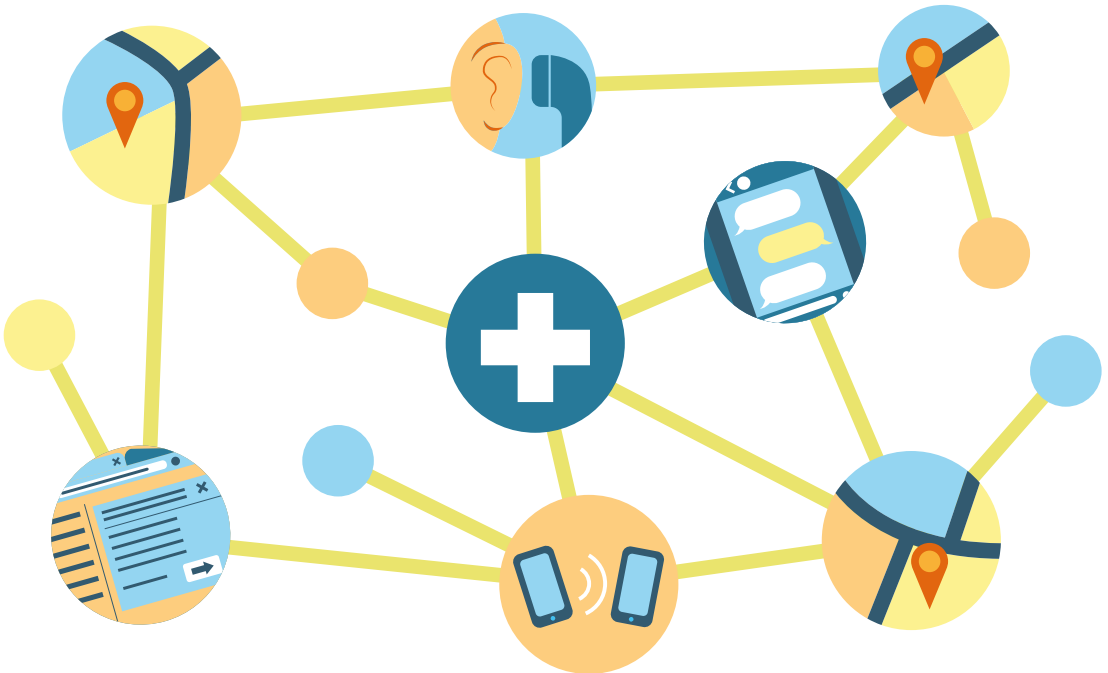
Nesse propósito, é preciso partir do entendimento que, seja qual for o território, já existem neles redes de produção de saúde. Quando um serviço de saúde é implantado em um território há necessariamente uma interferência causada nestas redes de produção de saúde. Essa interferência poderá causar uma nova conformação dessas redes de produção de saúde, seja potencializando-as e ampliando práticas sociais de cuidado ou, pelo contrário, promovendo práticas clínicas degradadas ou pautadas apenas em oferta de procedimentos e queixa-conduta.

10 SILVA et al., 2008; BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010; KUSCHNIR, R; CHORNY, AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Ciênc. Saúde Coletiva, v. 15, n. 5, p. 2307-16, 2010 e MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, v. 549, 2011.

Construir RAS adotando-se objetivos congruentes com os princípios e diretrizes do SUS significa interferir e modificar essas conexões existentes e mobilizar novas. O desafio do gestor do SUS atualmente é apostar que os resultados com os métodos aqui propostos são realmente superiores em termos de produção de saúde e qualidade de vida. Mas ao mesmo tempo defender esses princípios e diretrizes do SUS sempre significa lutar contra forças estabelecidas bem financiadas e poderosas, para as quais os fracassos do SUS interessam.

Na semana seguinte a reunião da CIR, Olga recebe Vitória para uma oficina de trabalho reunindo a equipe gestora da secretaria. Vitória propõe os seguintes Princípios Organizativos para a construção da RAS em Vila SUS:

V: *Olga temos os seguintes princípios organizativos: 1º)Elaboração de Diagnóstico da RAS; 2º) Configuração da Base Territorial da RAS; 3º)Definição dos Serviços ofertados pela RAS; 4º) Ampliação da capacidade de inclusão da Rede; e 5º) Coordenação das ações em redes.*



Elaborando o Diagnóstico da RAS atual

O primeiro movimento é a realização de um diagnóstico, que consiste em avaliar a configuração atual do sistema municipal e seu desempenho na produção de saúde, a ser feito pelos gestores do SUS, suas equipes e controle social. Este diagnóstico[11] diz respeito ao desempenho concreto alcançado pelos serviços de saúde existentes no território, configurados como equipamentos de saúde, nos diversos pontos de atenção[12],[13]. A construção deste diagnóstico pode considerar duas possibilidades:

- *Avaliação dos efeitos imediatos e mediatos das ofertas de serviços de saúde;*

- *Relação com parâmetros que possam ser objetivamente mensurados e confrontados com o quadro atual das condições de vida e saúde da população.*

11 Essa etapa diagnóstica tem sido realizada por técnicos, em exercício de gabinete. Sugere-se, entretanto, que esse seja um movimento coletivo, envolvendo todos os sujeitos-de-interesse na construção das redes. O diagnóstico de cada serviço/setor pode ser realizado em conjunto com as gerências, trabalhadores e usuários do mesmo sob coordenação do gestor ou técnico de sua equipe, realizado em um ou pequeno número de encontros, com uso de instrumentos adequados e já sistematizados para tal fim. Para isso, a equipe de gestão pode compor ou adaptar um instrumento diagnóstico (sugere-se a segunda opção), determinando os focos de interesse da gestão, pactuar um cronograma factível com os serviços e territórios e cobrá-lo em prática. Há vantagens na avaliação coletiva e participativa, pois o diagnóstico gerado inclui maior variedade de perspectivas e tem maior potencial de corresponsabilização e reconhecimento, contribuindo para condições políticas mais favoráveis a mudanças e cobrabilidade.

12 Pontos de atenção são entendidos como espaços que ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. Ver PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010 Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

13 CF: PINTO, CAG. Diagnóstico compartilhado no trabalho das equipes de saúde da família. Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada, 2008; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate. Brasília: OPAS, 2011; BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ. Material de Apoio a Autoavaliação para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, AB Parametrizada e Saúde Bucal). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

No caso, o processo avaliativo já pode apontar possibilidades de ajustes na rede, os quais, se construídos coletivamente, já emergem com maior condição de viabilidade, uma vez que pensados e propostos em processos que aproximam aqueles que tinham papéis separados como planejadores/dirigentes e executores/trabalhadores.

O resultado dessa avaliação de desempenho pode revelar dois tipos de problemas[14]:

- *Resultados abaixo do esperado para sua capacidade instalada e operacional;*

- *Capacidade instalada e operacional insuficientes para se obter condições mínimas de sucesso em determinada área de atenção à saúde.*

Configurando a base territorial da Rede[15]

O princípio mais fundamental e estruturante de um sistema de saúde municipal e regionalizado é sua base territorial. Do ponto de vista formal, o sistema municipal de saúde se refere ao território municipal, suas fronteiras e suas vizinhanças. Agregam-se a esse território municipal as relações de corresponsabilidade solidária, entre municípios, estados e união, que conformam a Região de Saúde[16].

Todavia, esta 'totalidade' territorial sob responsabilidade de um gestor municipal, deve ser composta ou subdividida em territórios sanitários menores, que representam as áreas de responsabilidade de equipes de atenção e os níveis gerenciais, conformando os níveis de atenção à saúde. Desta maneira, a responsabilidade do gestor municipal se configura como síntese da composição das responsabilidades dos níveis gerenciais e de suas equipes de atenção que compõem o sistema municipal de saúde.

---

14 Nas condições atuais no Brasil, o que se encontra com maior frequência são os problemas 1 e 2 acontecendo ao mesmo tempo, caso consideremos o conjunto dos processos de atenção à saúde em um sistema municipal ou regional de saúde, o que torna os desafios dos gestores bastante complexos. Para o enfrentamento desses problemas será preciso constituir soluções locais e regionais, considerando seus determinantes. Todavia, existe acúmulo de experiências e evidências que indicam algumas diretrizes para a organização do sistema municipal de saúde na lógica de redes de atenção à saúde regionalizadas.

15 SILVA, SF et al. Redes de atenção à saúde no SUS: o papel da saúde e redes regionalizadas da atenção secundária à saúde. 2010

16 Ver Capítulo conceito Região de Saúde.

Isso significa que cada serviço de saúde e cada área técnico-gerencial do sistema municipal de saúde devem assumir a responsabilidade de seu território definido, como forma de configuração da gestão do sistema municipal de saúde[17].

Muitos gestores acreditam que a base territorial de responsabilidade ou adscrição de clientela só é possível quando se trata de atenção básica e, especificamente, da estratégia de saúde da família[18]. Isto é um equívoco. A territorialização[19] e a responsabilidade sanitária são princípios universais e marcadores de sucesso de sistemas de saúde em todo o mundo e historicamente anteriores às estratégias de atenção atuais. A territorialização com definição de áreas de abrangência e de responsabilidade não é atributo exclusivo da atenção básica e, como princípio ordenador estruturante para as redes de atenção à saúde, deve ser adotada para todos os níveis de atenção. O apoio a racionalidade das redes de atenção à saúde é a equação entre escala e escopo na definição das ofertas necessárias diante da necessidade populacional. O escopo define o perfil de oferta de determinado serviço ou eixo da atenção à saúde. A estratégia de saúde da família se baseia nesses princípios e é um dispositivo importante para facilitar a sua implementação[20].

Como regra geral teremos na base menos agregada as microáreas e áreas de responsabilidade de equipes de atenção básica. A meta de qualquer gestor municipal deve ser ter seu território 100% coberto com equipes de atenção básica. Na estratégia de saúde da família temos a microárea como o menor recorte territorial sob responsabilidade do Agente Comunitário de Saúde e sua equipe de referência[21]. No nível de agregação seguinte temos

17 BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

18 Ver capítulo 1 e 2.

19 A escala define o nível de agregação populacional para que a oferta se torne viável logística e economicamente CF. MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, v. 549, 2011.

20 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em saúde).

21 Em muitos lugares os agentes de endemias e a vigilância em saúde se organizam em outros recortes territoriais, o que torna-se um problema para o gestor, pois dificulta a visão integral do território.

a área de responsabilidade de uma equipe, composta por um conjunto de microáreas. Um conjunto de áreas define a abrangência de uma unidade básica de saúde, a qual comporta um conjunto de equipes. No nível da unidade básica de saúde deve ser configurado o primeiro nível de gestão do sistema municipal de saúde (nível local), composto de um coordenador ou gerente da unidade. Algumas experiências municipais têm incluído neste nível um conselho gestor ou um conselho local de saúde, configurando o primeiro nível do controle social do sistema.

A unidade básica de saúde, ou pelo menos uma equipe de saúde da família coordenada no nível local, articulando responsabilidade sanitária em seu território adscrito, se configura como elemento chave, não apenas por ser porta de entrada assistencial e estação de 'triagem' para os outros níveis do sistema, mas, principalmente, por resolver problemas de saúde, a partir do estabelecimento de vínculos longitudinais com as famílias, indivíduos e comunidades. É precisamente essa forma longitudinal de vinculação que permite à Atenção Básica coordenar a rede de atenção, articulando os diversos níveis do sistema.

Parte-se do pressuposto que toda a população necessita em algum grau de ações de atenção à saúde realizadas pela Atenção Básica, mas que, a cada período, apenas uma parcela da população necessitará das ações de outros pontos de atenção[22]. Entende-se ainda, que quanto mais resolutiva a Atenção Básica, menor a necessidade de atenção dos níveis complementares do sistema.

A territorialização é o processo que vai definir as necessidades de saúde dos grupos populacionais residentes no território municipal, sua conformação geopolítica, demográfica, cultural e sua distribuição territorial, conformando o Mapa da Saúde[23]. Esse mapeamento permite avaliar se a capacidade instalada e operacional está bem distribuída, propicia planejar como expandir serviços ou modificar a distribuição daqueles existentes. Além disso, permite ao gestor municipal e sua equipe dialogar, negociar, incluir e justificar junto à comunidade e controle social suas tomadas de decisão, com maior transparência.

Trata-se, portanto, de ter clareza sobre as necessidades de saúde identificadas no território, o que possibilita qualificar a atuação do gestor municipal, bem como a integração de ações e serviços de saúde nos espaços de governança e planejamento regional, tais como na CIR, na macrorregião e na CIB.

22 Os serviços especializados (próprios ou não) também devem ser territorializados. Todavia, esses serviços se tornarão referência para um território mais amplo do que aquele definido para uma unidade básica de saúde.

23 BRASIL. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados. Brasília: CONASS, 2011. (CONASS Documenta, n. 23).

Definindo os serviços ofertados pela Rede

Ao Mapa de Saúde recomenda-se agregar o diagnóstico do desempenho qualitativo dos serviços existentes (próprios ou não), realizado através de análise de seus indicadores de produção ou métodos de estimativa rápida[24], assim como avaliação na perspectiva do usuário[25]. A configuração da rede de atenção dependerá de dois fatores: 1) das necessidades de saúde das populações; e 2) do desempenho atual dos serviços de saúde existentes.

É importante o gestor municipal, ao planejar sua rede, observar que se utilizar apenas a série histórica de ofertas e/ou o estado das filas de usuários em determinados atendimentos, poderá superestimar as demandas apresentadas. Isto porque esses aspectos não consideram o fenômeno da 'peregrinação' dos usuários no sistema, que em função de dificuldades de acesso e baixa resolutividade dos serviços, buscam outras alternativas de atendimento e acabam compondo várias filas e consumindo vários tipos de atendimentos no sistema municipal.

Além disso, trabalhar com 'demandas' de serviços não é o mesmo que trabalhar com 'necessidades' de saúde. A população procura e solicita serviços que lhes são ofertados de alguma forma e/ou que acreditam que vão solucionar seus problemas de saúde. Se a rede transforma sua capacidade de produção em consultas individuais de baixa qualidade (solicitações de exames sem critério, encaminhamentos sem justificativa) as filas e o consumo de serviços serão cada vez maiores, sem nenhuma garantia de que a vida e a saúde dessas pessoas se tornarão melhores[26].

---

24 HUGH, A., & RIFKIN, S., 1988. Diretrizes para uma Estimativa Rápida Visando Avaliar as Necessidades de Saúde da Comunidade: Um foco sobre os melhoramentos da saúde para áreas urbanas de baixa renda. Liverpool: OMS. (Mimeo.) e DI VILLAROSA, F. N. A. Estimativa Rápida e a divisão do território no Distrito Sanitário: Manual de Instruções. Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n. 11. Brasília: OPS - Representação do Brasil, 1993 e

25 Ouvidoria, Avaliação de Satisfação do Usuário, Conselho de Saúde, entre outros.

26 Quando auditadas as filas de espera para consultas de especialidades médicas, na maioria dos municípios brasileiros, o que se encontra é uma expressiva parcela de encaminhamentos que não se pautam em avaliação clínica minimamente adequada. Por outro lado, quando se analisa o funcionamento dos ambulatórios de especialidades médicas, encontramos expressivos percentuais de usuários vinculados que não necessitam de acompanhamento regular na atenção especializada, considerando seu estado clínico e estádio da doença. Esses fenômenos também acontecem na urgência e emergência e na atenção hospitalar e devem ser vistos como evidências dos efeitos históricos de se tentar aplacar 'demandas por consumo' por meio de 'ofertas para consumo', fortalecendo as conexões das redes de medicalização e do mercado da saúde.

Para pautar o sistema municipal com enfoque nas necessidades de saúde[27], o gestor poderá basear-se em um mapa de saúde dos territórios, o que permitirá planejar e acompanhar o desempenho da rede. Além disso, contar com equipes de atenção que construam suas ofertas a partir de análise criteriosa das demandas da população.

Em qualquer nível de atenção, sobretudo na Atenção Básica, a otimização e resolutividade da Rede de Atenção, está associada à capacidade de equacionar as ações que devem ser programadas e ofertadas a grupos populacionais específicos com ações que devem ser pensadas e levadas a cabo para resolver necessidades singulares de pessoas ou grupos.

A partir do perfil de morbimortalidade populacional é possível eleger focos prioritários do sistema para a programação de ações. Na forma de 'redes temáticas' ou na forma de 'linhas de cuidado'[28], pode-se compor um conjunto coerente de ações, articulando-se os diversos níveis de atenção, explicitando seus papéis e fluxos relacionais, incluindo não só os serviços assistenciais, como também os outros componentes das Redes (sistemas de informação e registro, transporte sanitário, regulação, apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica, etc.).

Para articular os grandes eixos de atenção à saúde, voltados para parcelas estratégicas da população, tem-se recorrido ao que se chama de 'Rede Temática' (Rede de Atenção Materno Infantil, Rede de Atenção às Urgências, Rede de Atenção às Doenças Crônicas, etc.). Quando o que se quer articular é a capacidade de coordenação em eventos críticos, muitos gestores têm utilizado a denominação 'Linha de Cuidado' (Linha do AVC, do Infarto, da Insuficiência Cardíaca, etc.), embora o conceito de linha de cuidado possa ter outros sentidos.

27 CECILIO, LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001. p. 113-26.

28 MERHY, EE; FRANCO, TB. Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. 1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES CDD 362.1, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003 e FRANCO, TB; MAGALHÃES JÚNIOR, HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano, v. 2, p. 125-34, 2003.

Em outra perspectiva, o cotidiano do trabalho em saúde revela limites importantes na capacidade de prever demandas e programar ofertas. A complexidade da vida nos territórios força entrada nos serviços de saúde na forma de sofrimento, processos de vulnerabilização e adoecimento. Muitas equipes de saúde entendem que seu papel se encerra em ofertar o 'programa' previsto nas políticas oficiais de saúde (aos hipertensos e diabéticos o HIPERDIA, às gestantes o Pré-Natal, ao bebê as ações de Puericultura, e assim por diante), procurando controlar o imenso número de variáreis e os infinitos desafios impostos pelo cotidiano.

Entretanto, essa postura não tem aliviado o sofrimento dos próprios trabalhadores e usuários, tão pouco ampliado a resolutividade dos serviços. Logo, é necessário que trabalhadores, gestores, redes e sistema de saúde, tenham postura acolhedora, capacidade de escuta qualificada e a formulação de ofertas singulares para essas situações não programáveis[29].

Ampliando a capacidade de inclusão da Rede

As redes de atenção só mostram sua real capacidade resolutiva quando se tornam porosas às demandas populacionais e captam suas necessidades. Deve haver tantas **Portas de Entrada[30]** quanto possível. Isso quer dizer que é preciso configurar Portas de Entrada eficazes, capazes de estabelecer contato, escuta qualificada e ofertar vínculo[31]. Em razão disto se diz que a Atenção Básica é Porta de Entrada preferencial do sistema de saúde e das RAS. Pois é na Atenção Básica que está a capacidade máxima de estabelecer contato e escuta em tempo oportuno, o mais próximo possível da comunidade e estabelecer uma vinculação longitudinal. Todavia, todas as

29 OLIVEIRA, GN. O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

30 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

31 CECILIO, LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001. p. 113-26.

portas de entrada, tais como serviços de urgência e emergência e outros serviços 'porta-aberta', podem estabelecer processos de escuta qualificada e de vinculação. Neste caso, a vinculação não é geralmente constituída para permanecer no serviço, mas coordenada com a atenção básica.

Qualificar a escuta significa analisar as demandas (pedidos, queixas ou situações expressas pelos usuários), procurar traduzi-las / investigá-las e, com base em competências clínicas (interdisciplinares), definir em conjunto com o usuário suas necessidades de saúde, para então constituir a oferta de serviço[32],[33].

O processo pelo qual se cria condições organizacionais para estabelecimento da escuta qualificada, para o exercício de uma clínica ampliada e competente, com estabelecimento e fortalecimento de vínculo é o Acolhimento[34]. O Acolhimento é uma diretriz de modelos de atenção sintonizados com os princípios e diretrizes do SUS. Inscrito na Política Nacional de Humanização trata-se de diretriz operacional que articula os princípios da universalidade, equidade e integralidade. São vários os dispositivos que promovem acolhimento, tais como o 'acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade', o 'posso ajudar' e os dispositivos de 'ambiência em saúde'. Outra diretriz importante da humanização é a ampliação dos horários de funcionamento dos serviços para incluir a população de trabalhadores. Deste modo, a postura ética e política do Acolhimento deve ultrapassar a dimensão exclusivamente comportamental dos trabalhadores de saúde e se constituir em arranjos organizacionais concretos[35].

O princípio geral do acolhimento[36] é o da Corresponsabilização e da colaboração em rede para a produção de respostas adequadas às demandas sociais por saúde, sejam coletivas ou individuais. Com isto, em todas as portas de entrada será preciso adotar estratégias para incluir os usuários e suas necessidades.

---

32 CECILIO, LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cadernos de saúde pública, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.

33 Sem este processo, a oferta passa a ser uma ineficaz tentativa de aplacar diretamente a demanda, controlar sintomas e não atingir suas causas. Isto se configura no que se denomina atendimento 'queixa-conduta', verdadeira epidemia de banalização dos procedimentos e desqualificação da clínica, muito presente nos serviços de saúde brasileiros, em todas as regiões do país, reduzindo drasticamente a resolutividade dos serviços públicos e privados de saúde. SCHRAIBER, LB; GONÇALVES, RBM. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Saúde em Debate, 96: Série Didática. Hucitec, 2000. p. 29-47.

34 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

35 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

36 FRANCO, TB; BUENO, WS; MERHY, EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública 1999; 15:345-53.

Criar condições para:

'Dizer Sim' a todos os usuários e suas necessidades de saúde, no sentido de fazer a escuta de suas demandas e procurar a melhor oferta disponível ou possível no serviço ou na rede.

'Dizer Não' quando ao analisar a situação, em conjunto e na presença do usuário, a oferta buscada:

a) não tiver potencial cuidador,

b) representar um ato desnecessário, assumindo a responsabilidade pela construção de uma oferta mais adequada às necessidades encontradas.

Essas seriam as funções de acolhimento, as quais devem ser exercidas por todos os trabalhadores de saúde, em todos os pontos de atenção.

O gestor deve apostar que, em condições minimamente razoáveis de trabalho, com acesso a processos de Educação Permanente[37] regulares, processos de trabalho bem coordenados e vínculos de trabalho decentes, a maioria dos trabalhadores exerce as funções de acolhimento sem grandes dificuldades[38],[39].

37 Ver no capítulo 4.

38 Estudos realizados sobre as condições de fixação e satisfação profissional apontam que as razões para não fixação e insatisfação com o trabalho estão ligadas principalmente à capacitação ou falta dela (sentir-se apto à tarefa) e à disponibilidade de materiais básicos e condições físicas mínimas para o trabalho (insumos básicos como luvas, sabão para lavar as mãos, toalhas de papel, banheiro em condições de uso, condições de higienização das instalações, equipamentos básicos). CF: CAMPOS CVA. Por que o médico não fica? Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família do Município de São Paulo. [dissertação de mestrado]. São Paulo (SP): Fundação Getúlio Vargas; 2005 e NEY, M; RODRIGUES, PHA. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 22, n. 4, 2012, 2005; e . profissionais de saúde no Sistema Único de Saúde, no contexto do Pacto pela Saúde. Divulg. saúde debate, n. 44, p. 29-33, 2009.;. E a satisfação no trabalho está mais relacionada ao sentimento de fazer parte de uma equipe e participar de processos de tomada de decisão que dizem respeito ao próprio processo de trabalho CAMPOS GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 229-66.

39 O salário é importante, mas tem mais capacidade de atração do que fixação . CF. LOPES, EZ; BOUSQUAT, A. Fixação de enfermeiras e médicos na Estratégia de Saúde da Família, município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 6, n. 19, p. 118-124, 2011.

É preciso entender que não há possibilidade de se obter bons resultados em Redes de Atenção à Saúde sem contar com profissionais de saúde engajados em resolver o que é de sua responsabilidade e a colaborar com os demais pontos de conexão da rede.

Coordenando as Ações em Redes

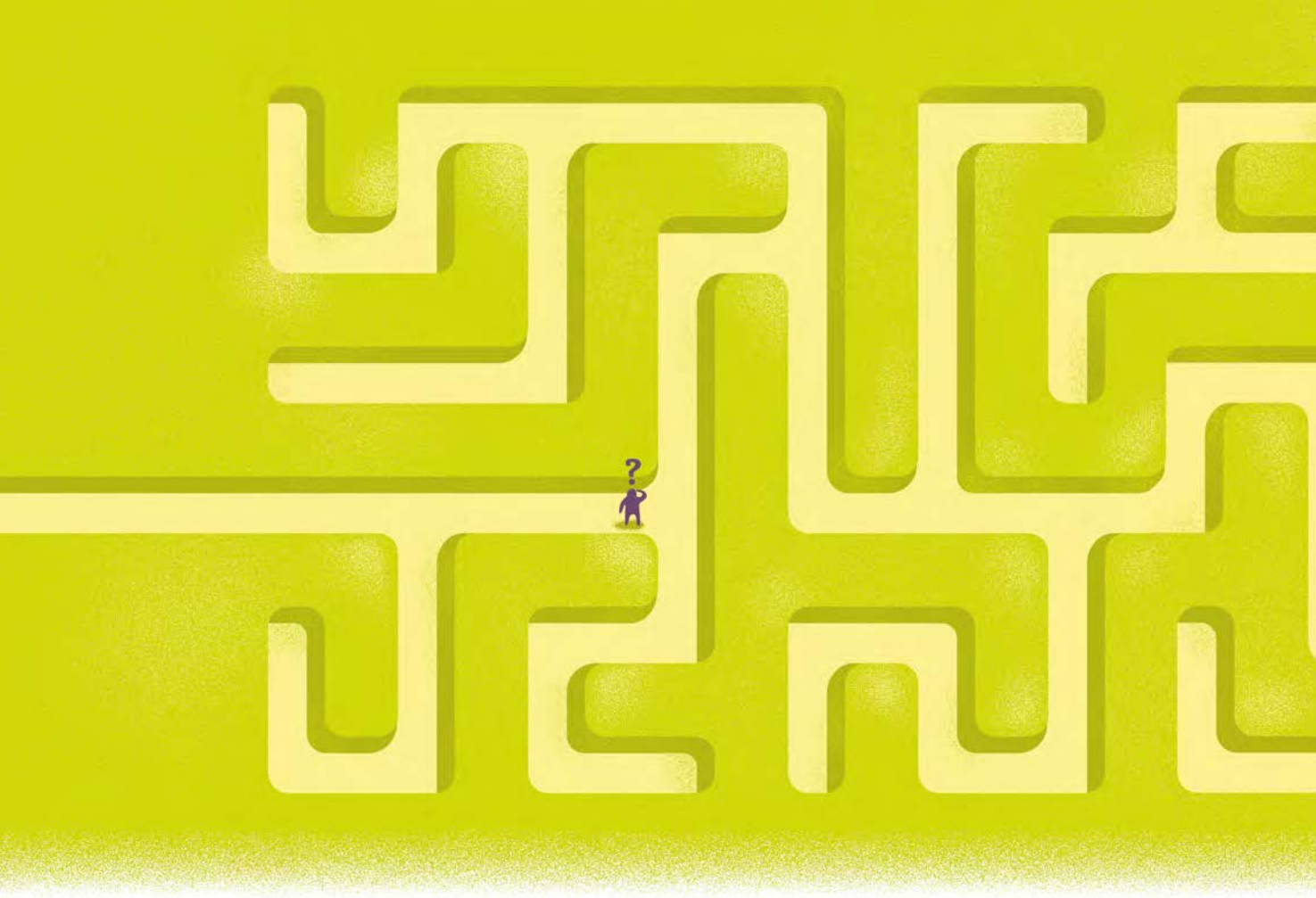
O Princípio da Coordenação do Cuidado em rede é crucial. Fácil de entender e difícil de se concretizar. O usuário não pode ser incluído e excluído do sistema a cada vez que procura um serviço e/ou que é encaminhado para outro. Além disso, a Longitudinalidade deve ser um atributo da rede de atenção e não apenas da Atenção Básica.

Uma das tarefas do gestor municipal para por em prática esse princípio da coordenação do cuidado consiste em retomar a ideia da territorialização deixando claro para sua equipe o entendimento de que o usuário, apenas por sua existência no território adscrito, já está formalmente incluído no sistema. O fato de haver um usuário que reside no território e não é conhecido pela equipe não exime o gestor e a equipe da sua responsabilidade sanitária. Uma vez que este usuário se vincula a uma equipe de saúde, ele terá acesso a ofertas de serviços, de acordo com suas necessidades. Na medida em que essas necessidades se tornam mais complexas, a equipe de referência deve organizar um plano de cuidados ou projeto terapêutico, buscando facilitar processos de coordenação intra-equipe, com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e com equipamentos sociais do território.

Quando as necessidades de saúde deste usuário ultrapassam o escopo da Atenção Básica, o mesmo deverá acessar outros níveis de atenção à saúde conforme suas necessidades. É importante lembrar que este caminho do usuário na RAS é também de responsabilidade do Sistema Municipal de Saúde.

Nos sistemas fragmentários de saúde quando isso acontece o usuário é 'encaminhado' para um serviço de referência, seguindo o fluxo de referência e contrarreferência. Todavia, como já foi dito anteriormente estes processos carecem de qualificação e muitas vezes as equipes delegam aos próprios usuários que busquem os serviços e se responsabilizem pelos agendamentos necessários.

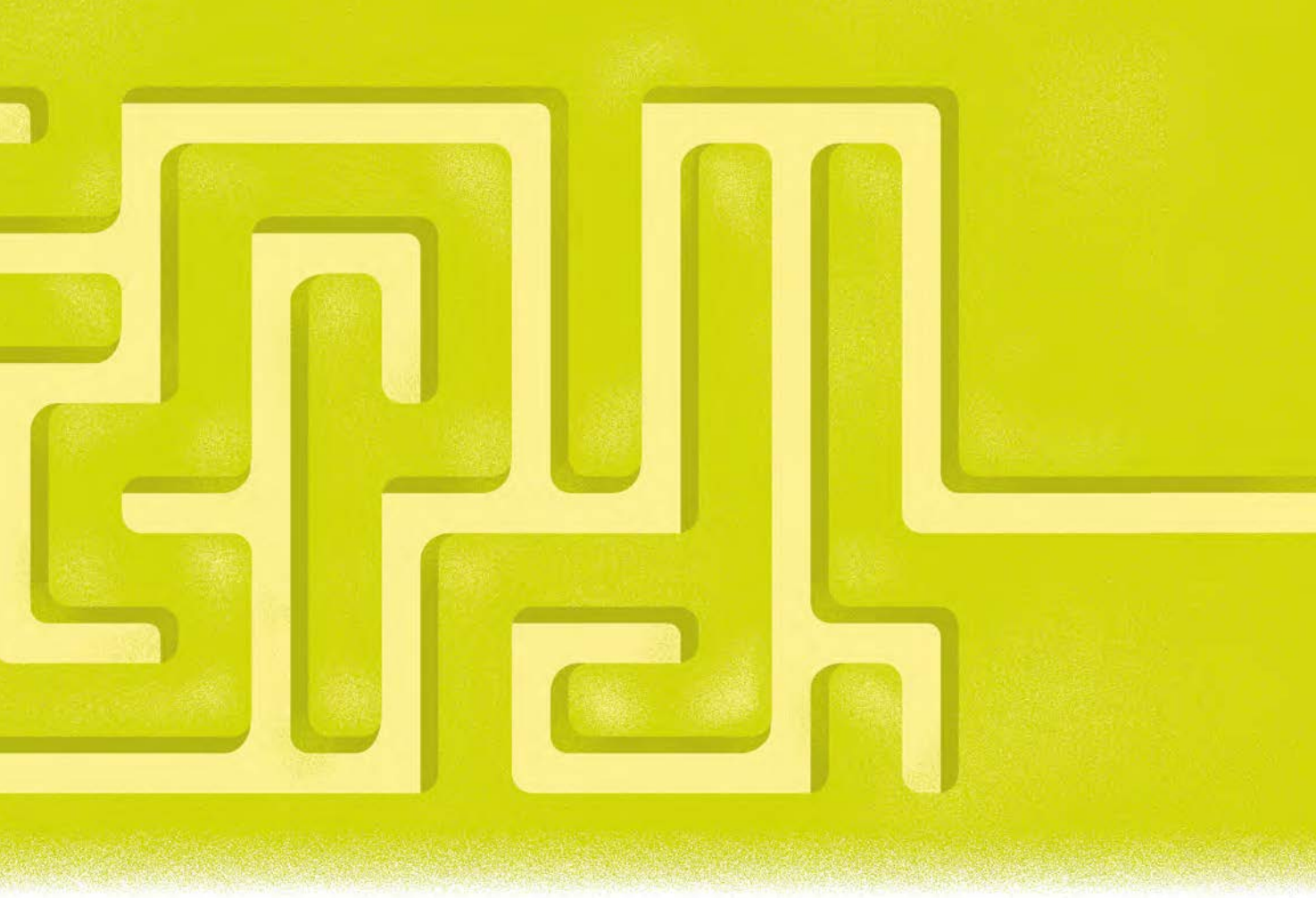
Por outro lado, os serviços de referência, em função da alta demanda, na tentativa de controlar o afluxo desordenado de usuários, criam inúmeras



barreiras de acesso. Esses serviços de referência também encontram frequentemente dificuldades para transferir o vínculo dos usuários de volta para a Atenção Básica, ou não existem mecanismos organizacionais para esta operação. Os usuários que procuram os serviços de urgência e emergência também passam pelos mesmos percalços, chegando sem informação sobre seus planos de cuidados em serviços e territórios de origem e quando da alta, não há nenhuma garantia de que conseguirão se vincular novamente nos serviços de seu território de origem[40].

As soluções para este estado de coisas são tão óbvias quanto suas causas: qualificar os processos de registro de usuários e sistemas de informação; qualificar os processos regulatórios; qualificar fluxos e constituir diretrizes de acolhimento, acesso, referência e contrarreferência entre serviços; adotar diretrizes clínicas e linhas-guias comuns para toda a rede, que respeitem

40 Neste contexto, as ações ofertadas são constantemente descontinuadas e a longitudinalidade não se constitui como realidade, fazendo despencar a capacidade resolutiva da rede e fazendo saltar a índices absurdos o custo do sistema. Todavia, frequentemente os gestores não investem naquilo que é mais importante: o enfrentamento da cultura da responsabilidade focal (só me responsabilizo pelo procedimento que eu mesmo realizei) e da banalização do sofrimento.



o escopo de cada nível de atenção e serviço de saúde. Além dessas soluções existem dispositivos de coordenação do cuidado[41] que podem ser adotados, facilitando a coordenação entre equipes em rede, tais como o apoio matricial especializado e instrumentos de transferência responsável do cuidado.

Para esse enfrentamento, ao invés de procurar respaldo unicamente em mecanismos de controle e arbítrio (os quais devem ser reservados a situações em que os limites éticos e legais são impostos), sugere-se ampliar o debate, abrir canais de cogestão entre trabalhadores, gestores e usuários, onde se possa colocar em análise eventos sentinela ou críticos, situações indesejadas evitáveis, para a visibilização e reconhecimento de tais dificuldades e para o encaminhamento de soluções coletivas que sejam concordantes com uma visão de coordenação do cuidado e corresponsabilização em rede.

41 PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizador. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2006. p.73-6.

Após essa apresentação das etapas, Vitória concluiu:

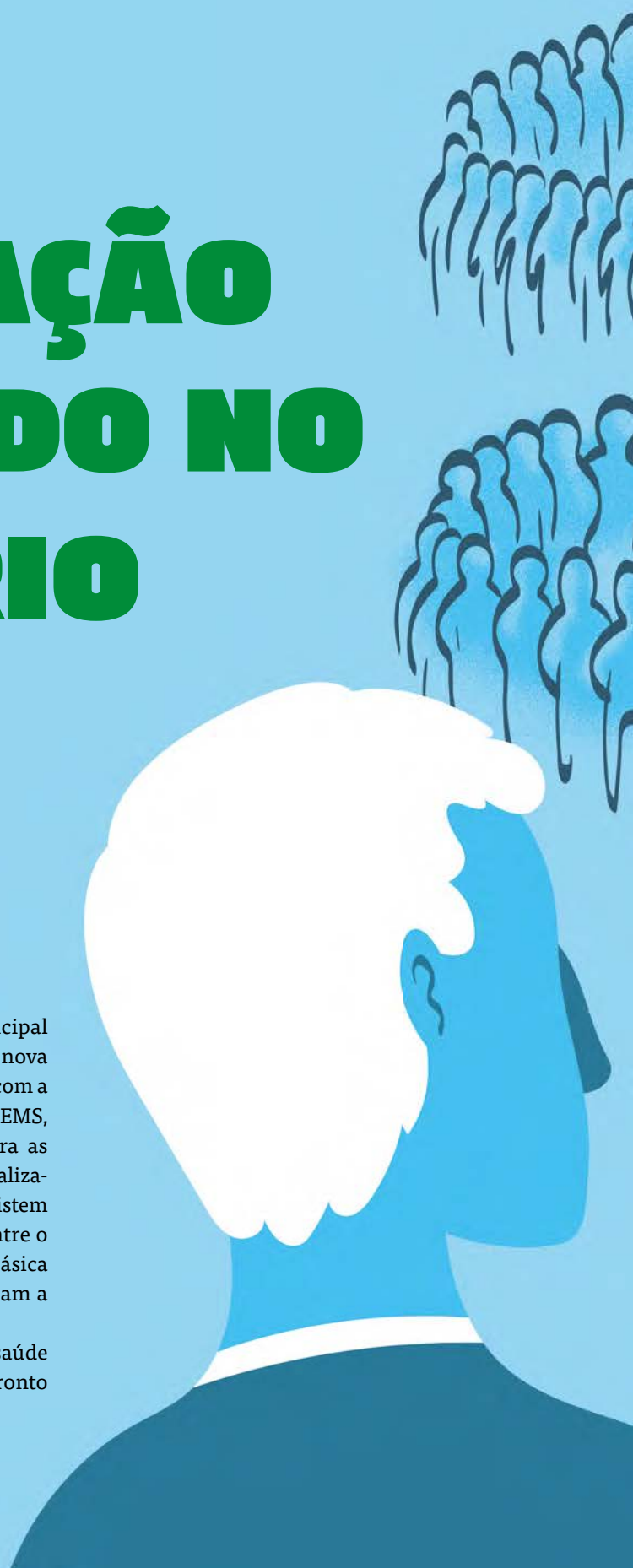
V: *As políticas nacionais relacionadas às Redes de Atenção à Saúde se fortaleceram a partir de 2011. As Redes Temáticas e as Linhas de Cuidado direcionadas para eventos críticos voltaram-se, sobretudo, às regiões metropolitanas e regiões de saúde consideradas estratégicas*[42]*. Essas políticas nacionais constituíram alguns avanços importantes, sobretudo na problematização e criação de novas proposições e dispositivos acerca dos processos de contratualização de serviços e corresponsabilidade entre os entes federados. Estados também constituíram suas políticas de Redes e Linhas de Cuidado. Entretanto, persistem grandes lacunas e dificuldades sistêmicas e estruturais para uma plena consolidação das Redes. Sobretudo quando a preocupação está em ampliar a capacidade de produção de saúde e cidadania e não exclusivamente racionalizar recursos arbitrariamente distribuídos.*

V: *De qualquer modo, a construção das Redes de Atenção à Saúde não deve ser tomada como pauta política no município apenas como resposta a mecanismos indutores ou tutelares de políticas nacionais e estaduais de saúde, mas, a sua realização plena pode representar uma oportunidade para a afirmação dos princípios e diretrizes do SUS.*

42 BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.375, DE 3 DE JULHO DE 2012 - Define as regiões selecionadas para participação e implementação das ações dos subprojetos do Projeto QualiSUS - Rede. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

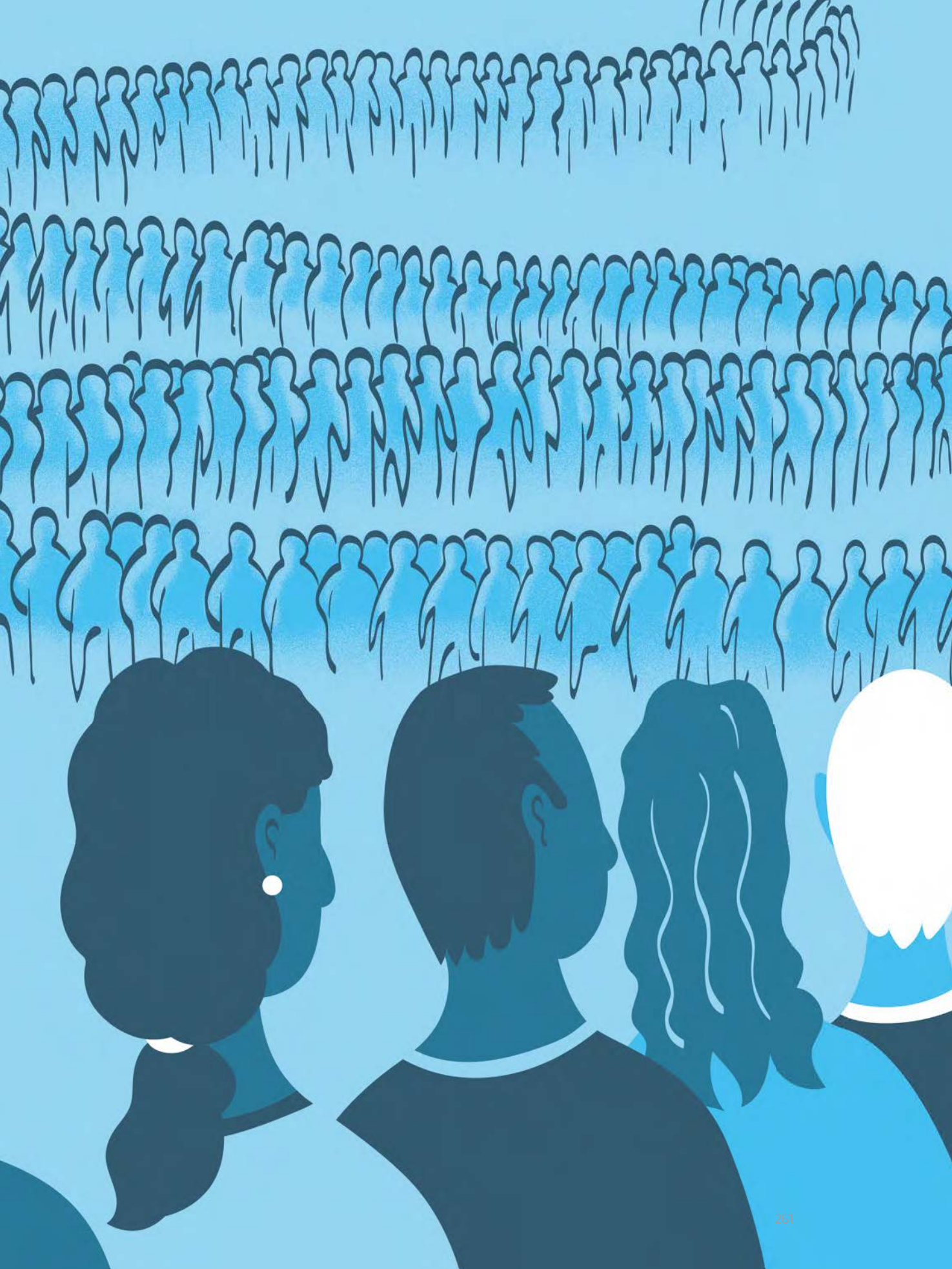
Capítulo 11

Organização do Cuidado no Território



Os representantes do Conselho Municipal de Saúde, em audiência com Olga, nova gestora do município de Vila SUS, e com a participação de Vitória, Apoiadora do COSEMS, reclamam por uma solução imediata para as grandes filas de espera por consultas especializadas. Nas áreas de cardiologia e ortopedia existem usuários esperando há mais de um ano entre o encaminhamento realizado pela atenção básica e a consulta com o especialista. Reivindicam a contratação de mais especialistas.

Outra reclamação dos conselheiros de saúde refere-se à demora no atendimento no pronto socorro do hospital municipal:



RU: *O pronto socorro está sempre lotado e faltam médicos. As unidades básicas de saúde oferecem poucas vagas de pronto atendimento, conseguimos apenas encaixes e para agendar consultas médicas demora mais de 30 dias para ser atendido.*

V: *Acho importante que se crie uma comissão composta por um especialista de cada área, um representante da equipe técnica de gestão municipal, um profissional médico da atenção básica e um representante de usuários para analisar as filas da ortopedia e da cardiologia, com o objetivo de sistematizar os dados e trazê-los para discussão aqui no conselho.*

Na semana seguinte a comissão apresenta à gestora e aos representantes do Conselho os seguintes dados:

- *Do total de encaminhamentos analisados da Atenção Básica para a Cardiologia e Ortopedia, 22% não continham nenhuma informação clínica do paciente; 49% apresentavam apenas uma informação (ou a hipótese diagnóstica, ou um sinal, ou sintoma presente); 70% foi considerado encaminhamento com informações insuficientes para uma intervenção qualificada do nível secundário*[1].

- *De uma amostra de 50 usuários em cada fila (cardiologia e ortopedia), com mais de seis meses de espera, quando se tentou o contato telefônico resultou que 37% confirmou que quando chamado, pretendia comparecer à consulta; 1% referiu que desistiu da consulta e procurou outra solução; 47% o telefone não atende; 6% o telefone é de outra pessoa que não conhecia ou tinha informações sobre o usuário; 9% não sabia que estava na fila de espera ou pretendia ser atendido em outra especialidade*[2].

Após a apresentação se seguiu intenso debate, sendo ao final elencado algumas questões que poderiam orientar a busca de soluções conjuntas para os problemas relatados: a) Quais estratégias podem ser utilizadas para o enfrentamento das filas na atenção especializada? b) Como promover a organização do cuidado em rede, integrando atenção especializada, urgência e atenção básica? Como mudar a situação geral?

1 Dados adaptados do estudo de FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano, v. 2, p. 125-34, 2003. Realizado no município de Belo Horizonte, MG.

2 Dados adaptados de divulgação da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, SP, 2011, Disque Saúde/160; CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas SP. Câmara Técnica de Especialidades. Protocolo de Acesso e Avaliação de Risco em Oftalmologia. 2011.

Contextualizando a situação da atenção especializada na Vila SUS

A situação da atenção especializada no Brasil é crítica. As reclamações são muitas e apesar de existirem experiências bem-sucedidas, a impressão que fica é que as más experiências sobressaem na percepção da população e da mídia.

São inegáveis os grandes gargalos, vazios assistenciais e a distribuição desigual de recursos nas diversas regiões do país, caracterizado por progressiva especialização e fragmentação, pouca integração com os demais níveis de atenção, e, ao mesmo tempo, por um conjunto de práticas persistentemente resistentes às políticas públicas de saúde nos últimos 20 anos[3].

Dentre os grandes problemas da atenção ambulatorial especializada, em termos de sua viabilidade e operação, destacam-se a intensa desvinculação entre necessidades de saúde apresentadas pela população e a distribuição dos recursos e serviços, assim como desvinculação entre a oferta de consultas individuais especializadas e os exames complementares e terapias especializadas. Tal fragmentação dos processos diagnósticos e terapêuticos, tem resultado em múltiplos agendamentos, longas filas de espera, dificuldades de acesso, inadequação tecnológica, perda de qualidade dos serviços ofertados, atrasos na definição e início de tratamentos (perda da oportunidade terapêutica), alterando o estágio clínico e sobrevida dos usuários[4].

É importante ressaltar tanto para os novos quanto para os antigos gestores que, não raro, nos pequenos municípios, os ambulatórios de especialidades ofertam, sobretudo, consultas médicas clínicas e recorrem a apoio diagnóstico e terapêutico em municípios maiores e/ou no setor privado. Boa parte dos ambulatórios são montados no modelo de oferta de consultas individuais por especialidades médicas, sendo a oferta de atendimentos de outros profissionais realizada na mesma lógica. A programação e a alocação dos recursos se constitui em torno do quantitativo de procedimentos disponíveis e não centrada e embasada no percurso terapêutico para atender as necessidades dos usuários[5].

Os ambulatórios de especialidades assim montados captam a demanda para esses outros serviços, constitui clientela que se torna ávida para consumir procedimentos, temendo pela própria vida. Constituem em instância

3 SOLLA, Jorge; CHIORO, Arthur. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. cap. 17, p. 547-576.

4 CANONICI, Emerson Luiz. Modelos de unidades e serviços para organização da atenção ambulatorial especializada em Sistemas Regionais de Atenção à Saúde. Projeto Apoio ao Desenvolvimento de Sistemas Regionais de Atenção Integrada à Saúde / Regiões de Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde. 2014.

5 CANONICI, Emerson Luiz. Modelos de unidades e serviços para organização da atenção ambulatorial especializada em Sistemas Regionais de Atenção à Saúde. Projeto Apoio ao Desenvolvimento de Sistemas Regionais de Atenção Integrada à Saúde / Regiões de Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde. 2014.

intermediária e burocratizada entre a atenção básica e serviços de referência localizados em municípios-polo. Mesmo assim impõem demandas logísticas, insumos, produção e reprodução de ciclos viciosos de medicalização, baixa resolutividade, a custos cada vez mais altos.

Esse modelo assistencial fragmentado presente em muitos sistemas municipais e regionais de saúde acaba por criar impasses que anulam muitos esforços, redundando em quase sempre um mesmo resultado: pessoas dependendo cada vez mais do consumo de procedimentos, mais doentes e mais insatisfeitas com os resultados dos serviços públicos de saúde.

A desresponsabilização[6] é uma constante nesse funcionamento fragmentado, presente em todos os níveis e de maneira endêmica. A desintegração entre os serviços e níveis de atenção, as dificuldades de comunicação, o falho sistema de referência e contrarreferência, tornam possíveis apenas uma responsabilização em nível individual e circunscrita nos limites de cada profissional e cada serviço. Nessa lógica, não há grandes possibilidades de uma efetiva responsabilização em rede ou corresponsabilização. A ligação entre um serviço e outro, entre um nível e outro é mediada por documentos e fluxos altamente burocratizados, constituídos em uma temporalidade estranha aos processos saúde-doença em curso e às necessidades de saúde dos usuários. A cada encaminhamento o usuário-objeto é lançado em um percurso inseguro e incerto de processos, agendamentos e esperas com alto risco de ser alijado para fora do sistema de saúde. Na norma, enquanto o usuário segue alinha traçada do fluxo de encaminhamento de um nível ao outro, por exemplo, da atenção básica à especializada, ele está no sistema, mas na prática fragmentada corrente, não é considerado vinculado a nenhum serviço ou equipe.

6 Ver capítulo 10.

Com relação à urgência e emergência a situação não se apresenta melhor. O papel da Atenção Básica como porta de entrada preferencial do sistema de saúde ainda não se consolidou, principalmente quando o que se analisa é o papel da Atenção Básica em função de barreiras de acesso, tais como:

- *Limitações de horários de funcionamento das unidades;*
- *Critérios rígidos de adscrição de clientela;*
- *Dificuldades organizacionais decorrentes da oposição entre aquilo que se costuma denominar 'demanda espontânea' (usuários não agendados, ou não esperados) e atendimento aos grupos prioritários;*
- *Ausência ou deficiência de fluxos regulatórios na rede de atenção à saúde.*

Recorrentemente encontramos, independente da região do país, os serviços de atenção às urgências sobrecarregados, sendo a procura muitas vezes maior do que os serviços pré-hospitalares e hospitalares suportam e, com elevado percentual de motivos de demanda que poderiam ser acolhidos e resolvidos na Atenção Básica, quando se analisa as questões de vida e saúde envolvidas.

Razões para esse estado de coisas são muitas, relacionadas à fragmentação e desfiguração de modelos de atenção, sobretudo quando a Estratégia de Saúde da Família é implantada como 'programa', em áreas isoladas e coberturas incipientes[7], muitas vezes em processo acompanhado por investimento em prontos atendimentos mal dimensionados, fracamente ou não regulados e desconectados das redes de atenção à saúde, não cumprindo seu papel regional.

Não há alinhamento entre os conceitos de urgência e emergência entre gestores, trabalhadores e usuários. A concentração de serviços de urgência e emergência 24 horas em municípios-polo e a ausência de vinculação efetiva frequentemente encontrada na Atenção Básica, contribuem para a permanência de perversidades estruturais que colocam o usuário longe do local de resolução de suas necessidades de saúde mais cotidianas e impõe gastos insustentáveis aos municípios envolvidos[8].

7 GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; MENDONÇA, MHM de. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. Saúde debate, v. 27, n. 65, p. 278-89, 2003.

8 TIBÃES, Hanna Beatriz; AZEVEDO, Danielle Sandra; ALVES, Álvia Maria. Determinants of direct demand by the population with preventable situations in er. Journal of Nursing UFPE. v. 8, n. 10, p. 3306-3313, 2014.

No pano de fundo da discussão apresentada neste capítulo há sempre a questão subjacente do modelo de atenção à saúde. Impõe-se uma escolha ético-política-organizativa:

Constituir redes articuladas de atenção e integralidade em saúde, com base na atenção básica ou fortalecer o foco na produção de procedimentos fragmentados responsivos apenas aos interesses de mercado.

Diz respeito ao que fazer com essa grande parcela dos recursos da saúde. Que interesses fortalecer, que direitos defender ou negar, visto que são setores das secretarias municipais e estaduais de saúde que acumulam muito poder e, frequentemente, são alvo de conflitos políticos intensos[9].

Todos os processos da "Situação-Problema" apresentada estão interligados. Para revelar e analisar os porquês da existência de cada serviço e de cada oferta disponível na rede não se pode recorrer a apenas uma equação que visa acompanhar uma tendência de aumento de consumo de procedimentos, como consulta médica, por exemplo.

A programação das ações e serviços de saúde: limites e potenciais

A dinâmica oferta-demanda é quase sempre pensada pelos gestores com enfoque economicista. Verifica-se a série histórica de procedimentos ofertados, onde há gargalos e projeta-se a expansão com base no consumo de procedimentos analisados como tendências quantitativas[10]. Como o recurso é limitado, e sempre foi, essas séries históricas escondem necessidades que não podem ser quantificadas com exatidão, pois, a cada ano ou período de planejamento, o gestor foi e é obrigado a escolher entre muitas demandas, interesses, pressões políticas e sociais. Em razão disto, planejar a expansão da oferta de serviços de saúde com base em séries históricas de produção e consumo, no contexto brasileiro, sempre significou algo muito impreciso e tendencioso.

Quando o objetivo é planejar quantidades de recursos em razão de ne-

9 CRUZ, Kathleen Tereza da. Agires militantes, produção de territórios e modos de governar: conversações sobre o governo de si e dos outros / Kathleen Tereza da Cruz. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. 349 p. – (Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde; 9).

10 Ver capítulo 10 e 12.

cessidades, os gestores buscam parâmetros de programação. Esses parâmetros consistem em recomendações técnicas, normativas, expressas em concentrações per capita de recursos, procedimentos, profissionais e serviços[11].

A partir do Pacto pela Saúde se constitui esforço de modificação da metodologia para cálculo de necessidades de saúde da Programação Pactuada Integrada da Assistência (PPI Assistencial), envolvendo recomendações do Ministério da Saúde (Portaria GM 1097 de 22 de maio de 2006). Na prática resultou pouco efetivo. Recentemente (Portaria 1.631 de 1º de outubro de 2015), o Ministério da Saúde lançou, após processos de consulta pública e pactuação tripartite, o **Caderno de Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde,** proposto para subsidiar o processo de Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde, previsto no Decreto 7.508 de outubro de 2015.

Conforme o próprio documento expõe, não há evidências disponíveis para a construção de todos os parâmetros necessários para a programação das redes de atenção, e adaptados às várias realidades brasileiras[12]. Além disso, há maior acúmulo de evidências na composição de parâmetros recortados por áreas temáticas ou agravos, sendo escassas as evidências que subsidiam a construção de parâmetros em contexto de maior integração das redes de atenção ou com foco na pessoa. Dessas dificuldades decorre a potência desses parâmetros que buscam garantir integralidade e equidade a partir de necessidades de saúde, mas também suas limitações em termos de detectar e diminuir redundâncias e sobreposições, ou mesmo lacunas de reconhecimento de necessidades[13].

Desse modo, definir as quantidades de serviços necessários a uma população e planejar a sua implementação do tempo (da gestão) são desafios permanentes, para os quais os gestores não encontram, ainda hoje,

11 "A introdução dos parâmetros no balizamento da programação em saúde tem origem no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, extinto em 1994. Em 1982, O INAMPS editou a Portaria 3.046, com os "parâmetros" que iriam orientar o cálculo das metas da Programação e Orçamentação Integrada (POI) no período das Ações Integradas de Saúde (AIS). Em 2002, quase quinze anos após a reforma sanitária que criou o Sistema Único de Saúde, a edição da Portaria 1.101 representou uma atualização nos parâmetros de produção de serviços contidos na Portaria 3.046/1982. No entanto, a nova norma reproduziu a lógica de pagamento por procedimentos e de parâmetros voltados à indução do crescimento de alguns serviços e inibição de outros, sem basear-se em evidências científicas acerca do volume de serviços necessários para o controle de condições de saúde específicas e para o atendimento às necessidades de saúde da população".

12 BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

13 Em especial quando se enfoca parte relevante da população que passa por situações que as fazem alvo ou clientela de mais de uma 'área temática' da assistência à saúde, ou populações que sofrem processos de vulnerabilização e têm suas necessidades de saúde invisibilizadas e, em consequência, excluídas da determinação de parâmetros de programação.

condições e subsídios exatos e suficientes para fazê-lo em todas as áreas e realidades assistenciais.

Outro fator a ser problematizado é a crença de que o acesso a procedimentos como consultas, exames e medicamentos, resultam sempre em produção de saúde. O que é bastante questionável, pois, sendo os procedimentos meios de intervenção, estes podem com frequência resultar também em dano. A consulta médica, o exame e o medicamento produzem saúde em determinadas condições, quando ofertados em tempo oportuno, quando orientados a resolver necessidades. Essas condições, não têm sido preocupação dos gestores da saúde. Muitos gestores entendem que essas são questões da alçada do 'pessoal da ponta' e das 'áreas técnicas'.

Todavia, as áreas técnicas tendem a definir esses parâmetros com base em situações pensadas na lógica das especialidades, de forma fragmentada, recortada por temas. Boa parte dos trabalhadores da assistência vive em contexto de sobrecarga e desqualificação do trabalho, muitas vezes reduzidos a operadores de procedimentos. A falta de espaços de discussão e planejamento coletivo e participativo e a inconsistência dos processos de educação permanente reforçam esse quadro.

Assim, a programação das quantidades de recursos é importante, mas muitas vezes se revela como um conjunto de apostas da gestão para direcionar o modelo de atenção e priorizar necessidades de saúde em detrimento de outras. Seria necessária uma análise qualitativa e estratégica da dinâmica oferta-demanda, para uma compreensão ampliada dos potenciais de produção de saúde, com acesso, equidade e integralidade. Mapear e interferir nos processos de análise da oferta-demanda e nos processos que modulam essa demanda, em busca do encontro com as necessidades de saúde dos usuários[14],[15].

14 CECÍLIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde, v. 1, 2001.

15 PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde, v. 1, 2001.

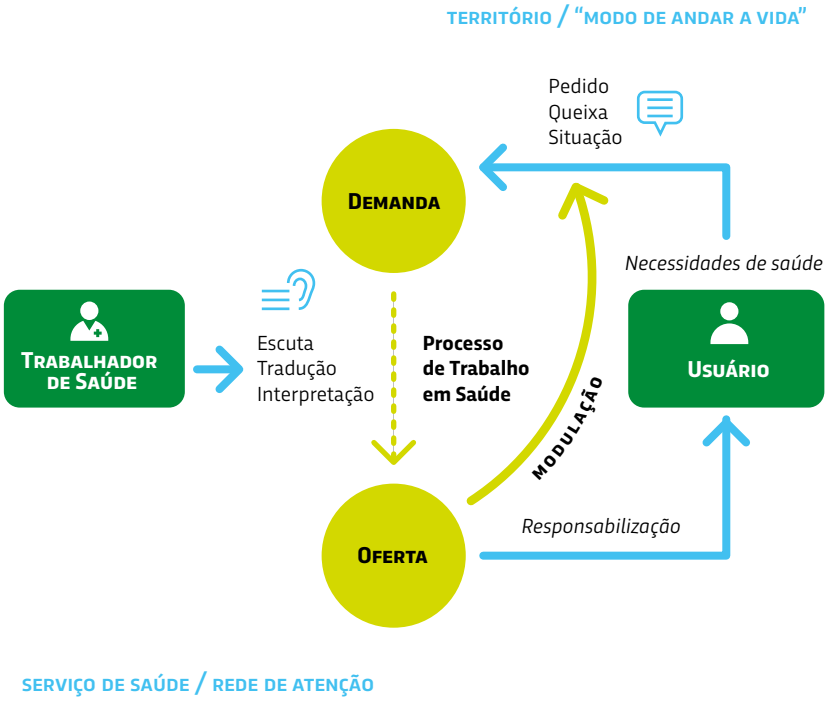
Análise da oferta-demanda e as necessidades de saúde como estruturantes para a construção da integralidade do cuidado em rede

As pessoas, as populações nos seus territórios, nos seus processos de andar a vida, invariavelmente tomarão decisões e/ou sofrerão situações que afetarão a sua saúde. Quando isso acontece, as pessoas com necessidades tratam de expressá-las de algum modo e buscam serviços disponíveis. Decorre que a demanda se constitui em relação aos serviços ofertados. Deste modo, entende-se que a análise da demanda é sempre análise da oferta-demanda.

Analisar a oferta é submeter a organização a um exercício de compreensão de sua implicação na geração da demanda. A demanda se constitui na possibilidade de oferta, na suposição de uma resposta ao que se quer/precisa. Portanto é a oferta que constitui a demanda. Decorre que não há como separar inteiramente a demanda de uma oferta que 'promete' resolvê-la. Aí se encontra o processo de produção ou modulação da demanda pela oferta (Figura 1).

A relação entre oferta e necessidade, todavia, não segue a mesma linha de determinação. Pode haver demandas diversas, alicerçadas em necessidades de saúde diversas expressando-se aparentemente em direção a uma mesma oferta. É o processo de análise da oferta-demanda que tem potência de diferenciar uma necessidade de outra, através do exercício da clínica.

No caso da saúde, as pessoas procuram serviços expressando sintomas, queixas, situações ou acontecimentos (eventos, intercorrências, etc.). Essa expressão da necessidade é mediada pelos trabalhadores e suas normas no cotidiano das ações de saúde sendo reconhecida pelos serviços de saúde e constituindo-se em demanda.



Outro aspecto importante é que a demanda também é produzida pela falência da oferta de outros serviços e organizações. Em especial no campo da saúde, considerando o paradigma da determinação social do processo saúde-doença, a interrupção de serviços de outros setores e políticas sociais, como educação, saneamento, alimentação, moradia, renda, justiça, etc.,acaba gerando demandas que encontram nos serviços de saúde algum acolhimento. Deste modo, as organizações e serviços de habitação, urbanização e educação, quando não capazes de resolver demandas das suas áreas, geram demandas para as organizações e serviços de saúde.

Mesmo por dentro do campo da saúde, quando se analisa a dinâmica oferta-demanda entre serviços e níveis de atenção de um sistema municipal ou regional, também se verifica com frequência demandas produzidas por segmentos do sistema, as quais por falência de sua capacidade de oferta desembocam e sobrecarregam de demandas outros setores e níveis do sistema. Seja por desmonte, desfinanciamento, destituição, distorção de função ou qualquer outra razão, a incapacidade ou desqualificação da oferta de serviços de um nível ou segmento (de atenção básica, atenção especializada, por exemplo) distribui demandas para todos os outros níveis e segmentos de atenção.

Portanto, a demanda em saúde é uma criação social, uma forma de expressão de necessidades de saúde que nem sempre estão óbvias. Na maioria das vezes, sobretudo nos casos considerados menos graves essa necessidade precisa ser interpretada[16] e é interpelada por uma prática social e política[17]. Os trabalhadores de saúde são formados para pensarem que eles são os únicos a interpretar a demanda em saúde. Os conhecimentos formais do campo da saúde (técnicos e nosológicos) legitimados pela sociedade, pelo Estado e pelos próprios profissionais de saúde (supostamente baseados em evidências científicas) são a sua autorização para desempenhar o poder de interpretar as necessidades diante às demandas por serviços de saúde[18].

16 Esta prática é atravessada por questões políticas, corporativas, religiosas, culturais, ideológicas.

17 PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade.Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde, v. 1, 2001.

18 CAMARGO JR, KR. Racionalidades médicas: a medicina ocidental contemporânea. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1993 (Série Estudos em Saúde Coletiva, n.65).

Importante destacar que, sob o referencial aqui utilizado, não há sentido ou pertinência em investigar ou discernir quais das necessidades de saúde são as "reais" do ponto de vista técnico. Ou mesmo especular sobre a existência de demandas por serviços que se constituem sem ter relação com uma necessidade de saúde.

Neste referencial entendemos que a demanda, assim se constitui no ato do seu reconhecimento, gerando uma responsabilização direta do profissional de saúde, equipe e serviço. Esse processo de reconhecimento se constitui com base também na adoção de determinadas necessidades humanas como intrínsecas ao campo da saúde. Se, por exemplo,uma equipe não reconhece a violência e suas consequências como questão de saúde, jamais um relato de violência se torna demanda para esta equipe.

É crucial que o gestor comprometido principalmente com o acesso, a equidade e a integralidade busque determinar quais as necessidades, presentes nas comunidades e territórios, que não estão sequer se apresentando como demandas aos serviços de saúde. Seja porque não chegam aos serviços ou não se manifestam, em função da passividade destes ou de barreiras constituídas que impedem o reconhecimento das mesmas[19].

Além disso, a responsabilização apenas se produz quando se constitui a demanda enquanto tal. Deste modo, quando um trabalhador acolhe o usuário, coproduz a demanda e sua responsabilização, não há nenhuma garantia natural ou incondicional, de que a equipe, o serviço e a rede farão os mesmos movimentos e se corresponsabilizarão solidariamente por essa demanda. Para que isso ocorra é preciso estabelecer dispositivos potentes para tal fim, fortalecendo a capacidade dos trabalhadores, equipes e serviços de se responsabilizarem diante das demandas dos usuários, sem que, para isso, seja necessário o risco da ação isolada ou voluntariosa e o adoecimento individual do trabalhador.

Essa compreensão evita o caminho da valorização dos saberes técnicos em detrimento dos saberes populares quando se atribui, aos seus portadores, o poder final de definir quais são as "reais necessidades de saúde" ou as "demandas pertinentes" da população de um território. É necessário deixar evidente que o reconhecimento e a visibilidade das necessidades de saúde são resultantes de um jogo de pressões e de forças sociais/institucionais que são operadas por trabalhadores, gestores e usuários e/ou impostas a eles no cotidiano do trabalho e da atenção à saúde[20]. A integração do trabalho em saúde, na forma de trabalho em equipe, integração entre equipes e entre serviços em uma rede de atenção amplia as possibilidades de sustentação de uma corresponsabilização solidária e em rede pela demanda reconhe-

19 WRIGHT J, WILLIAMS R, WILKINSON JR: Development and importance of health needs assessment. BMJ 1998, 316 (7140): 1310.

20 PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde, v. 1, 2001.

cida em cada um dos territórios sanitários acompanhados, nas portas de entrada e serviços do sistema de saúde[21]. Potencializa este processo a aposta do gestor municipal na Educação Permanente como estratégia de organização de espaços de encontro das equipes e serviços[22]. Não se pode esquecer que a definição sobre o modo e situações em que o profissional pode ou deve dizer 'não' ao usuário aflige gestores, trabalhadores e usuários[23].

Na dinâmica oferta-demanda aqui exposta damos lugar à demanda, à oferta e a responsabilização. Todavia, a demanda em si mesma não é o que gera a responsabilização no trabalhador, sua vinculação ética e afetiva com o usuário deve ser mediada pela análise dessa demanda, que é ao mesmo tempo análise da oferta que será colocada ao usuário. A demanda precisa ser escutada, traduzida ou interpretada por este trabalhador, o qual ao proceder essa interpretação se implica com a potência creditada à oferta constituída. Este processo é um motor afetivo e promotor da vinculação do usuário com o profissional, equipe e serviço, ao mesmo tempo em que implica/responsabiliza diretamente o profissional atendente e indiretamente sua equipe e serviço/rede (como já vimos na Figura 1)[24].

Em um processo de trabalho em saúde que busca a construção da integralidade em rede, quando na análise da demanda se conclui que a oferta potente está em outro lugar do sistema, ou em outra organização ou setor, recorre-se a um ofertamento que visa acolher a demanda e ao mesmo tempo criar condições para que ela se direcione no sentido de ofertas mais adequadas às necessidades interpretadas. Deste modo, não se nega a demanda, mas no nível da responsabilização, o profissional assume o papel de sustentar o vínculo e promover estabilizações necessárias, mesmo que provisórias, ampliando as chances da oferta adequada se realizar ao usuário. Seria inadequado, nesta perspectiva tentar fazer um enquadramento

21 A fragmentação produz com mais frequência cenários em que os usuários têm suas demandas reconhecidas em um nível ou um serviço e rechaçadas em outros, reduzindo a capacidade do sistema em produzir acesso, integralidade e equidade.

22 Estes espaços são formativos e podem estreitar laços de compartilhamento e atualização de saberes com a participação da Universidade.

23 Tema desenvolvido no capítulo 10.

24 O que pode ser intensamente reforçado ou, em outro extremo, completamente anulado pelo contexto institucional mais ampliado. Razão para os gestores refletirem sobre as dificuldades impostas para um desempenho profissional ótimo, humanizado e resolutivo, nas organizações que comandam. Frequentemente há razões para dizer que os modelos de gestão dos serviços e das redes de atenção à saúde massacram os trabalhadores, sobretudo os bons ver: GUIMARÃES, Flavia Arantes Lopes. REALIZAÇÃO PROFISSIONAL, PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO E VALORES: um estudo com profissionais de nível superior. 2005. Dissertação. Universidade Federal de Uberlândia; BRANT, Luiz Carlos; GOMEZ, Carlos Minayo. O sofrimento e seus destinos na gestão do trabalho. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 939-952, Dec. 2005; BARROS, Regina Benevides; DE BARROS, Maria Elizabeth Barros. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. Trabalhador da saúde: muito prazer. Rio Grande do Sul: Editora Unijuì-Ijuí, 2007.

forçado da demanda em ofertas pré-existentes que não são potentes para resolver as necessidades envolvidas.

Do mesmo modo seria inadequado negar a demanda, sem sequer proceder alguma escuta, sob o argumento de que se suponha uma necessidade que não pode ser resolvida no serviço procurado, o que expõe o usuário a uma peregrinação na rede em busca de acolhimento e resolução de seu problema. Exemplo típico disso é a chegada de usuários em situações não esperadas em uma unidade de atenção básica, por exemplo, uma dor torácica ou uma gestante que refere as dores semelhantes às do trabalho de parto.

Um serviço qualificado que componha uma rede minimamente integrada vai acolher o usuário com dor torácica ou a usuária gestante, avaliá-los rapidamente, estabilizá-los no que for possível e necessário, procurando garantir que cheguem a tempo e em condições seguras a um serviço que possa ofertar os cuidados necessários. Em outras palavras não se nega o direito a demandar, nem a responsabilização por uma resposta considerada adequada, em tempo oportuno e publicamente defensável. A negativa de um serviço deveria estar embasada apenas na noção de adequação da oferta, no sentido de sua potência de resolução e sua pertinência diante da necessidade analisada, não em relação à demanda em si, ou a uma (pré) suposta necessidade não analisada.

A compreensão da análise da dinâmica oferta-demanda,com enfoque qualitativo estratégico útil para planejar a rede de serviços, está ao alcance de gestores, técnicos, equipes de atenção e inclusive dos usuários da saúde. Essas análises limitam-se a informar e possibilitar a cogestão do cuidado e a qualificação da clínica de serviços e redes de atenção. Possibilitam colocar em análise o perfil de ofertas dos serviços e como essas ofertas incidem sobre as demandas e necessidades.

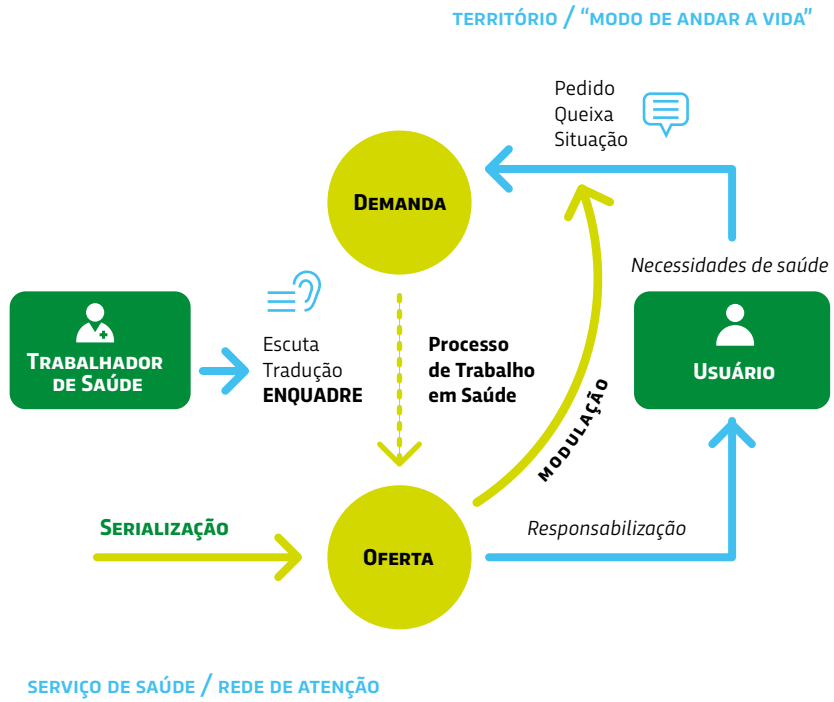
Nesses termos, a partir deste modelo conceitual geral representado na figura 1, apresentamos dois outros modelos derivados deste como referenciais importantes e presentes nos serviços e redes de atenção brasileiros: a serialização e a queixa-conduta. Ressaltamos que esse modelo conceitual, como qualquer outro, também incorre em algum grau de reducionismos.

Na figura 2 observa-se a representação gráfica do processo de serialização na dinâmica oferta-demanda. Muito comum em serviços de saúde pautados por programas, como a atenção básica e a atenção especializada, mas presente também em outros segmentos e níveis de atenção. O termo adotado denota um processo de reprodução e repetição de ofertas diante às diversas demandas populacionais.

A existência e a necessidade da programação em saúde têm sua legitimação construída historicamente a partir da análise epidemiológica das condições de vida e saúde, notadamente em termos de morbimortalidade e de riscos[25]. O cálculo das incidências e prevalências nos permite prever

25 MENDES, Eugenio Villaça. Sistemas locais de saúde. In: OPS. Desenvolvimento de Serviços de Saúde. OrganizaçãoPan-americana da Saúde, 1988; TEIXEIRA, Carmem Fontes. Epidemiologia e planejamento

Figura 2. **Modelo Conceitual Análise de Oferta-Demanda Serviços de Saúde (serialização)**



um conjunto de necessidades de saúde mais frequentes das populações nos territórios. Estudos e experiências relacionam ofertas adequadas a estas necessidades, o que permite a definição de parâmetros de programação (já mencionados anteriormente neste capítulo) e o planejamento da rede de atenção para estar preparada para as demandas que chegarão aos serviços de saúde do território.

---

de saúde.Ciência& Saúde Coletiva, v. 4, n. 2, p. 287-303, 1999; GONDIM et al, 2008; VIACAVA, F., ALMEIDA, C., CAETANO, R., FAUSTO, M., MACINKO, J., MARTINS, M., ... & SILVA, L. D. (2004). Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. Ciência eSaúde Coletiva, 9(3), 711-24.

Todavia, as informações que permitem a programação das ações de saúde (ofertas dos serviços), construídas a partir de estatísticas populacionais, constituem ofertas que são pensadas antes mesmo da expressão da demanda pelo usuário. Portanto, ofertas que deveriam ser compreendidas como potenciais e que terão adequação completa apenas àquela parte da população que se encaixa perfeitamente nos critérios pensados na programação.

Decorre daí a espera que uma parcela da população, que demanda serviços de saúde organizados em programas, quando constituídos com base em rotinas rígidas, pode não se encaixar perfeitamente nas modalidades de ofertas (pré) concebidas, exigindo modulações, variações e até reinvenção destas no processo de sua produção efetiva diante da análise oferta-demanda, no cuidado, na clínica cotidiana.

Frequentemente, o que acontece não é isto, mas sim um enquadre forçado de parte das necessidades dos usuários às ofertas programadas, produzindo uma análise com menor grau de singularização e não direcionada ao contexto da demanda e do usuário, mas sim com o objetivo de "encaixar" o usuário na oferta disponível do serviço, neste sentido provocando uma serialização da análise da oferta-demanda.

Neste contexto, aqueles usuários que não conseguem se adaptar às ofertas dos programas, comumente denominadas ações de "rotina" do serviço, são rotulados como "não aderentes", revelando certa tendência de responsabilização individual do usuário pela sua inadequação à oferta, esta sim colocada no lugar de verdade e infalibilidade[26].

26 CUNHA GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec; 2005.

Os problemas concretos que este modelo produz são muito comuns, facilmente encontrados na atenção básica e na atenção ambulatorial especializada:

Aumento expressivo do absenteísmo;

Baixas coberturas populacionais com redundância das ações alcançando apenas pequena parcela da população- alvo dos programas;

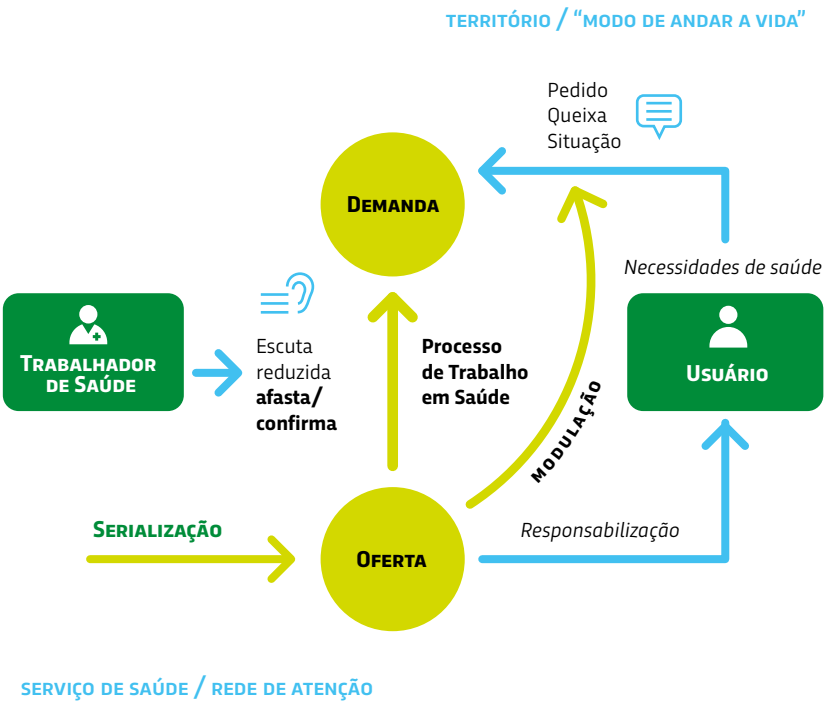
Encaminhamentos, procedimentos e exames desnecessários com maior frequência;

Focalização dos esforços da equipe em determinados agravos e subpopulações, com completo ou quase abandono de outras situações e parcelas populacionais significativas;

Dificuldades de acesso, baixa produtividade e baixo impacto das ações nas condições de vida e saúde, mesmo quando há adequada proporção equipe/população e condições razoáveis de trabalho.

Já na figura 3, temos um outro modelo de referência da dinâmica oferta-demanda. Trata-se do modelo 'queixa-conduta', ainda muito disseminado na atenção ambulatorial em todos os níveis de atenção, sobretudo naqueles segmentos que estabelecem um perfil mais médico-ambulatorial 'tradicional'. Também facilmente encontrado na atenção básica, não só na atenção aos agudos e à chamada 'demanda espontânea', como na atenção programada, atenção especializada ambulatorial e nas urgências, em especial nas portas de entrada que costumam acolher e atender a demanda de usuários que têm risco classificados como azul e verde, nos serviços de urgência pré-hospitalares fixos e hospitalares, sejam públicos, filantrópicos ou privados.

Figura 3. Modelo Conceitual Análise de Oferta-Demanda Serviços de Saúde ('queixa-conduta')



Nessa modalidade, a escuta é extremamente seletiva, a queixa se torna uma hipótese diagnóstica presumida. Há redução do papel da história clínica do usuário para um jogo de perguntas rápidas do tipo sim/não que objetiva confirmar ou afastar situações de maior gravidade e a oferta se direciona principalmente a sanar sinais ou sintomas referidos[27]. Deste modo, os medicamentos e os exames terão função fundamental de proteger o profissional de consequências legais de imperícia e imprudência, aplacar o desejo de consumo dos usuários e inibir a expressão de queixas.

Considerando que a função clínica deste atendimento é praticamente inexistente e seu objeto de trabalho reduzido à queixa, esta modalidade se constitui em ofertas muito pouco resolutivas em relação às necessidades de saúde. Além disso, muito dispendiosas ao sistema de saúde e exercendo uma modulação poderosa sobre o conjunto das demandas populacionais por serviços de saúde no sentido do seu consumo. O que contribui para o aumento da demanda em outros serviços da rede de atenção e para os fenômenos de peregrinação dos usuários e sobreposição e redundância de ações.

Diante das situações até aqui descritas, quando a escolha ético-política da gestão é na direção de redes articuladas de atenção e integralidade em saúde, sendo a atenção básica estruturante do sistema, há um conjunto de medidas sugeridas para reorganizar as redes de atenção do sistema municipal e regional para a organização do cuidado integral em rede:

- *Produção coletiva de um diagnóstico da rede;*
- *Redefinição do perfil assistencial e do modelo de atenção à saúde;*
- *O acolhimento como diretriz para a organização do cuidado em rede;*
- *As linhas de produção do cuidado em rede;*
- *Dispositivos colaborativos multilaterais para a organização do cuidado em rede.*

27 GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. HUCITEC, São Paulo, 1994.

Produção coletiva de um diagnóstico da rede a partir da análise qualitativa da dinâmica oferta-demanda nos serviços de saúde

Sugere-se à gestão, reunir sua equipe técnica, representantes dos trabalhadores de cada serviço da rede, contemplando as diversas categorias profissionais e representantes de usuários, dentre esses últimos incluir além de lideranças do controle social, usuários habituais ou vinculados aos serviços. Seria interessante estabelecer rodas de discussão com este coletivo, enfocando a cada vez um serviço ou conjunto de serviços com as mesmas características gerais[28].

Antes de iniciar as discussões específicas dos serviços seria importante um encontro inicial que apresentasse a proposta das rodas como um todo, os objetivos, marcos conceituais que serão utilizados, diretrizes de gestão e posições políticas a respeito do projeto institucional da gestão para a saúde. Além de promover uma comunicação institucional mais clara aos gerentes dos diversos níveis, trabalhadores e usuários. Esse momento inicial, caso bem conduzido, cria condições para uma participação efetiva dos sujeitos, impactando nos resultados finais da proposta.

28 Dependendo do tamanho do município. No caso de Vila SUS (situação-problema), considerando a configuração da rede de serviços, poderiam ser realizadas uma roda inicial para apresentação da proposta de diagnóstico de rede e do projeto institucional da gestão para a saúde, uma roda para discutir o conjunto da Saúde da Família, uma para discutir a atenção básica tradicional, uma para discutir NASF, uma para discutir o SAMU, uma para o CAPS, uma para o pronto socorro do hospital, uma para o conjunto do ambulatório de especialidades do hospital e uma para o conjunto dos setores de internação do hospital. Com isso seriam 9 rodas, possível de serem realizadas com muito detalhe em no máximo 2 meses, mobilizando toda a rede de serviços. Idealmente as rodas poderiam ser feitas nos serviços provocando maior nível de integração e conhecimento da rede aos participantes.

Uma medida organizativa para garantir a produção de informações estratégicas para a gestão nesses encontros seria estabelecer um roteiro simples e preciso para guiar as discussões e a dinâmica do encontro, como descrito a seguir:

Momento inicial de acolhimento e apresentação dos participantes;

Exposição dos objetivos e questões que mobilizaram a convocação para o encontro;

Apresentação da programação da atividade (horários de início e fim, tempo para discussão em cada etapa);

Sistematização de encaminhamentos;

Avaliação final do encontro e próximas agendas pactuadas[29]

29 Também se pode recorrer a dispositivos como encomendas prévias de informações. No que se deve ser muito econômico, pois tudo que for solicitado cria a expectativa que haverá tempo de roda para sua apresentação e discussão.

É preciso lembrar que a análise oferta-demanda, como proposta aqui, é um processo qualitativo. Nesse sentido, os dados de produção, cadastro, etc., são complementares e não essenciais para essa discussão, podendo ser subsídios para discussões futuras. As fontes mais relevantes de informações para análise de oferta-demanda em saúde são as narrativas dos sujeitos. Nas rodas deve haver espaço para que os sujeitos-de-interesse[30], na análise de oferta-demanda, expressem sua experiência de atenção em relação ao serviço. A cada roda, dependendo do serviço em jogo, deve-se estabelecer, preferencialmente por consenso, quais os sujeitos-de-interesse devem trazer narrativas à roda. Cada narrativa deveria focar a sua vivência mais comum de atendimento, seja como usuário, trabalhador de saúde, ou mesmo como observador, acompanhante, etc., nos serviços em foco. A cada rodada poderiam ocorrer uma ou duas narrativas, representando a perspectiva de sujeitos-de-interesse considerados mais estratégicos pelo coletivo, logo no início da atividade, e a partir dessas abrir a discussão.

Na discussão seriam abordados como cada sujeito implicado com o serviço ou com a rede/sistema compreende as formas de análise de oferta-demanda que estão ocorrendo, a partir das narrativas apresentadas. Essa discussão produzirá analisadores potentes para a gestão e para o trabalho, capazes de revelar problemas, potências, implicações, resistências, insuficiências e acertos. Se a gestão autoriza o coletivo a formular encaminhamentos para iniciar o enfrentamento das situações reveladas, também se possibilita a corresponsabilização dos sujeitos participantes do coletivo, implicando-os não só em diagnosticar problemas, mas com suas possíveis soluções.

Na construção das narrativas, sugere-se utilizar uma a três situações de atendimento mais típicas no serviço em foco. Isso deve ser reforçado aos participantes, pois o objetivo é analisar os processos mais frequentes e mais comuns e não a exceção. Incluir alguns aspectos essenciais para a formulação da narrativa, os quais também podem ser utilizados para a análise coletiva na roda:

30 Sujeitos-de-interesse não é um indivíduo, mas uma perspectiva implicada em jogo. Os médicos generalistas, os especialistas, os enfermeiros, os técnicos de enfermagem, os psicólogos, os dentistas, os agentes comunitários, o usuário portador de doença crônica, a gestante, o familiar do usuário, o gerente, o coordenador de equipe, o funcionário da limpeza, o guarda, o gestor, e outros, são considerados sujeitos-de-interesse na dinâmica oferta-demanda de serviços de saúde.

Quadro de Aspectos das Perguntas

ATENDIMENTO SINGULAR

Como e o que acontece, na porta de entrada, quando um usuário procura o serviço nas seguintes situações?
(Explicitando: Não tem atendimento agendado e apresenta queixa, solicitando atendimento?; Não tem atendimento agendado e quer agendar?; Tem atendimento agendado?).

Como as demandas se expressam e qual o processamento dado a elas pela equipe;

Quais os processos, procedimentos, estações e pessoas envolvidas no período antes do atendimento do usuário?
(Explicitando: Registros do usuário, prontuário, ficha de atendimento, procedimentos realizados; Fluxo do usuário no serviço, estações ou setores, formação de filas, tempo médio de espera e pessoas envolvidas).

O que acontece no atendimento? Como é realizado o serviço ao usuário?
(Explicitando: Etapas que consistem os atendimentos mais frequentes na unidade; Práticas mais utilizadas; Como o atendimento é registrado (prontuário, fichas avulsas, boletins de produção, etc.); Processos e demandas de insumos, medicamentos, exames, atendimentos subsequentes exigidos).

Quais os processos, procedimentos, estações e pessoas envolvidas no período depois do atendimento do usuário?
(Explicitando: Registros do usuário, prontuário, ficha de atendimento, procedimentos realizados; Fluxo do usuário no serviço, estações ou setores, formação de filas, tempo médio de espera e pessoas envolvidas).

Análise global da dinâmica oferta-demanda na(s) unidade(s):
(Explicitando: O que foi demandado pelo usuário? Como a demanda foi escutada, traduzida/interpretada pela equipe em termos de necessidades de saúde? Quais ofertas foram formuladas especificamente para estas demandas, quais foram adaptadas, modificando ofertas existentes e quais foram eleitas entre as ofertas que sempre estão no cardápio de ofertas da unidade? Quais as responsabilidades assumidas por profissionais de saúde no processo? Quais os resultados que se pode avaliar do atendimento? De qual, ou quais, quadros de referência a dinâmica oferta-demanda mais se aproxima (geral, serialização, queixa-conduta)?

Além de gerar subsídios para a elaboração de análises sobre o perfil assistencial e analisadores estratégicos, como já mencionado. Há grande chance de o processo de discussão gerar alguns subprodutos muito valiosos. Por exemplo, frequentemente se encontra a constatação do desconhecimento de muitos sujeitos dos fluxos regulatórios propostos pela gestão e, em alguns casos, quando arguidos sobre as razões para algumas exigências ou barreiras impostas, os próprios gestores não saberão explicá-los, mostrando a virtual obsolescência, inadequação ou mesmo falta de necessidade de alguns fluxos prescritos. Agendas e discussões específicas podem se desdobrar se constituindo em um embrião de gestão colegiada potente, nos territórios onde essa modalidade de gestão não existe ou encontra dificuldades políticas e organizacionais para sua consolidação.

Redefinição do perfil assistencial e do modelo de atenção à saúde

O perfil assistencial diz respeito ao cardápio de ofertas de serviços de uma unidade, os problemas de saúde que encontram acolhimento e resolução em condições normais do serviço, em termos de estrutura física, equipe, logística, insumos etc. A demanda que procura estes serviços também caracteriza o perfil assistencial. E a sua já mencionada relação com a oferta também revela características importantes para definir o papel deste serviço na rede de atenção.

Exemplo típico são as situações relacionadas ao modelo queixa-conduta. Com razoável frequência se encontra esse modelo na atenção aos agudos, na atenção básica e nos serviços de urgências. Também na atenção de rotina aos crônicos e nos ambulatórios de especialidades. Nas urgências, muitos usuários são atendidos sem prontuário, com fichas de atendimento avulsas, mesmo na atenção básica e na unidade à qual está vinculado, o que dificulta a continuidade e a coordenação do cuidado. Nessas condições, a atenção básica, a atenção especializada e a urgência produzem ofertas de baixo poder resolutivo, dispendiosas e promotoras do aumento pela demanda de consumo de serviços de saúde. Na falta de outras portas de entrada do sistema, que não estejam nessa mesma situação, a rede passa a apresentar certo grau de falência da oferta, incapaz de interpretar e resolver necessidades, muitas vezes criando situações de caos generalizado do setor saúde. Isto pode explicar, pelo menos em parte, o cenário encontrado na situação-problema apresentada neste capítulo.

Um consenso, por vezes, difícil de construir na rede, é com relação a pertinência do modelo queixa-conduta. Partindo da análise crítica realizada com os referenciais articulados neste capítulo, o modelo queixa-conduta não poderia ser considerado aceitável. Todavia, ele acontece com razoável frequência, o que deve gerar questionamentos sobre as razões disto.

Os estudos de Gonçalves[31] concebem o modelo queixa-conduta como um outro modelo e não como uma degeneração do modelo clínico tradicional, em função de seus objetos, processos e resultados. Questão importante é que a justificativa dos profissionais de saúde para a adoção destas práticas se relaciona com as condições de trabalho e excesso de demanda. Historicamente, esta tem sido a explicação mais adotada, detalhada, por exemplo, pelos efeitos da organização produtiva focada em procedimentos e pela noção de desempenho relacionada à produtividade de procedimentos por unidade de tempo. Deste modo, uma das formas de diminuir a frequência do modelo queixa-conduta nos serviços de saúde é a inversão do modelo

31 GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. HUCITEC, São Paulo, 1994.

de gestão para processos organizacionais mais cogestivos, em que as metas de resultados são constituídas a partir de contratos de gestão, em cenários de descentralização e maior autonomia local e microrregional, além de investimentos para adequar a relação equipe/população.

Todavia, mesmo em cenários onde se consegue melhores condições de trabalho e boas proporções entre equipe/população, ainda se encontra a persistência do modelo queixa-conduta. O que leva a crer que são práticas que alteram profundamente o modelo produtivo, enraizando-se nas práticas assistenciais e na cultura institucional[32]. Além disso, o subfinanciamento crônico do sistema e a falência de ofertas de outros setores e políticas públicas sociais, que, como já mencionado, ampliam a demanda no setor saúde, também contribuem para as difíceis condições encontradas nos serviços de saúde. Deriva desse conjunto de elementos a dificuldade de se afirmar um consenso de que o modelo queixa-conduta deve ser banido ou extinto das práticas de saúde.

Por outro lado, o enfrentamento dessa problemática é fundamental para que a capacidade produtiva já existente no sistema, convertida pelo modelo queixa-conduta em maiores custos e reprodução das demandas e agravamento das condições de vida e saúde, torne-se efetiva e orientada por necessidades de saúde. Particularmente na atenção básica, na atenção ambulatorial especializada e na atenção às urgências, este enfrentamento é crucial para se obter melhores resultados nas redes de atenção.

A transformação das práticas queixa-conduta depende essencialmente de atuação em duas linhas estratégicos da dinâmica oferta-demanda: 1) qualificação da escuta das demandas e do usuário; 2) qualificação da formulação de ofertas com foco em necessidades de saúde.

A qualificação da escuta tem sido constituída nas experiências do SUS e nas políticas de saúde a partir da adoção do Acolhimento como princípio ético-estético-político e como diretriz operacional. A qualificação da formulação das ofertas encontra nas experiências do SUS e nas políticas de saúde um conjunto de dispositivos incluídos no campo da Gestão da Clínica e do Cuidado em Rede.

32 TOLEDO, Melina Mafra; RODRIGUES, Sandra de Cássia; CHIESA, Anna Maria. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. Texto Contexto Enferm. v. 16, n. 2, p. 233-8, 2007 e CAMPOS et al, 2011.

O acolhimento como diretriz para a organização do cuidado em rede

O acolhimento é uma postura ética, pois sendo a escuta seu elemento mediador das relações, constitui-se como processo de reconhecimento do outro, sujeito portador de direitos e necessidades legítimas. É uma função política, pois os sujeitos que interagem no acolhimento são sujeitos-de-interesse, muitas vezes contraditórios, conformam e articulam uma trama de relações de força, de poder, na construção das dinâmicas do real no cotidiano. Implica em uma estética, pois a articulação entre o ético e o político exige determinado modo de expressão, a conformação de arranjos concretos que possibilitem a relação, a mediação, a inclusão e a análise do conflito e dos analisadores que emergem deste. Essa definição e sua implicação ética, estética e política exige a superação do acolhimento em suas apropriações mais reducionistas: o acolhimento transformado em uma 'salinha de triagem', nos bons modos e na cordialidade do atendente, e em sua redução estrita à classificação de risco[33].

A partir do que foi visto na análise da dinâmica oferta-demanda, poderíamos afirmar que os dispositivos utilizados para promover e qualificar a escuta, ampliar a visibilidade e o reconhecimento de necessidades de saúde, para ampliar e qualificar o acesso às melhores ofertas de serviços com foco em necessidades podem ser considerados dispositivos de acolhimento.

O Acolhimento e a Classificação de Risco

A classificação de risco é mais conhecida a partir de seu uso em portas de entrada de grandes serviços de urgência e emergência, da disseminação e legitimação dos protocolos internacionais baseados em cinco cores, significando gradações de risco, voltadas para o risco de morte em relação ao tempo de atendimento da ocorrência. Essa classificação permite constituir uma priorização na ordem dos atendimentos, na qual os mais graves (risco de morte iminente ou alto risco) são atendidos primeiro que os menos graves (risco de morte mais tardio ou baixo risco). Muito eficaz e mais segura que a ordenação por ordem de chegada, a classificação de risco evita a morte de pacientes nas filas de espera e amplia a sobrevida e os resultados das intervenções de saúde[34].

---

33 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

34 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

A noção de acolhimento agregou-se à classificação de risco, para que além da evitação da morte fosse colocado foco (ético, clínico, organizacional) na facilitação do acesso e na garantia de direitos, gerando respostas mais adequadas à todas as demandas e usuários que aportam o serviço. Deste modo, no acolhimento com classificação de risco, não apenas classifica os usuários em termos de risco de morte, mas há uma preocupação clara em facilitar o acesso de todos, conformando respostas e arranjos adequados desde o processo de entrada, passando pela classificação, a destinação e processos de atenção para cada extrato de classificação e sua conexão com o restante da rede de serviços[35].

A adoção da noção de vulnerabilidade[36], utilizada não só para ampliar a noção de risco, incluindo fatores de proteção, mas modificando o foco da classificação para uma avaliação e da suscetibilidade ou exposição (usuário como passivo nos processos saúde-doença) para os modos de andar a vida dos sujeitos (usuário ativo), permite a construção de dispositivos de acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade na atenção básica, já em parte incorporados nas orientações da PNAB a partir de 2012[37].

35 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

36 Também no âmbito da regulação da atenção ambulatorial especializada a adoção de parâmetros de classificação de risco e vulnerabilidade para organização das filas de agendamento têm sido medidas eficazes para o enfrentamento desta problemática cronicamente presente nas redes de atenção. Algumas experiências municipais têm alcançado bons resultados na facilitação do acesso, na qualificação da atenção especializada e sua viabilização (Campinas, 2011; Recife, 2013; Blumenau, 2011). Esses dispositivos ampliam também a disponibilidade de informações estratégicas para o planejamento da rede. Os pontos fortes dessas experiências estão na criação de sistemas de checagem e reclassificação dos usuários nas filas e na reorganização dos serviços de referência em função das informações geradas por esses sistemas. Havendo implementação de dispositivos de qualificação da clínica e ampliação da capacidade resolutiva na atenção básica, através do apoio matricial especializado, consultoria e teleconsultoria, reorganização da assistência farmacêutica, do apoio diagnóstico e adequações físicas, para os estratos de risco e vulnerabilidade que progressivamente podem passar a ser resolvidos na atenção básica, deixando de serem encaminhados.

37 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Acolhimento e dispositivos de transferência responsável e coordenação do cuidado

Uma das grandes dificuldades para a integração das redes de atenção são as limitações do sistema de referência e contrarreferência mediado por fluxos de documentos, os chamados **'encaminhamentos'**. De todos os processos de referência e contrarreferência existentes, aqueles entre a atenção básica e atenção ambulatorial especializada têm se mostrado muito problemáticos[38].

O excesso e a qualidade dos encaminhamentos são sempre questões presentes. Mais intensas quanto maiores, e mais demoradas, as filas de agendamento para a atenção especializada é muito relacionada aos modelos queixa-conduta e de serialização da análise oferta-demanda, conforme já abordado neste capítulo.

Uma das medidas de acolhimento, além da checagem frequente com reclassificação dos usuários na fila, pode-se adotar dispositivos de acolhimento nas portas de entrada dos serviços de referência. A promoção de acolhimento, individual ou coletivo dos usuários encaminhados, possibilita uma primeira avaliação ou reavaliação do usuário encaminhado, permitindo a proposição de um plano de cuidados ou projeto terapêutico singular no serviço. Nesse processo pode-se estabelecer um profissional ou equipe de referência e propor modalidades de cuidados continuados (intensivos ou extensivos) e cuidados temporários, tais como uma avaliação, ou tratamento de curta duração.

O ideal é que o tempo entre o encaminhamento e o acolhimento seja o mais curto possível, permitindo que a equipe que acolhe o usuário no serviço especializado reúna os encaminhamentos equivocados ou inadequados e crie espaços de discussão dos mesmos com os serviços solicitantes, ofertando apoio matricial e processos de formação/qualificação. Em geral, o que ocorre na prática é que a agenda de trabalho das equipes e profissionais desses serviços de referência permite a oferta de acolhimento com frequência suficiente e em datas e horários da semana já conhecidos pela rede. A partir de contato telefônico realizado pelo profissional assistente do serviço solicitante, discute-se o caso com um profissional do serviço de referência e agenda-se o acolhimento no serviço de referência para uma data próxima em que ele mesmo possa acolher o caso, ou já com uma equipe/profissional mais indicada. Em algumas experiências, o profissional assistente ou membro da equipe do serviço solicitante se faz presente no momento do acolhimento do usuário no serviço de referência, possibilitando que esse processo deixe de ser mediado apenas por documentos.

Esta modalidade de acolhimento já tem sido incorporada pelos serviços de Atenção Psicossocial, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS),

38 ALMEIDA, P. F. D., GIOVANELLA, L., MENDONÇA, M. H. M. D., & ESCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cad. Saúde Pública, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.

em muitas regiões do país[39]. Também tem sido uma prática muito incorporada em serviços de referência em reabilitação e de Atenção a Pessoas com Deficiências[40]. A vantagem aqui é que esses dispositivos de acolhimento não servem apenas para a regulação dos fluxos e demandas nas portas de entrada dos serviços, mas possibilitam uma transferência interpessoal do vínculo com o usuário, sem prescindir do encontro com este usuário (e responsável, ou cuidador quando necessário) e de sua participação neste processo de referência e contrarreferência.

As linhas de produção do cuidado em rede

A linha de produção do cuidado é uma proposta pensada para se superar os desafios de construção da atenção integral à saúde. Propõe que a partir de uma porta de entrada no sistema (preferencialmente na atenção básica) seja constituído um projeto terapêutico do usuário, que defina suas necessidades e que guie a articulação e integração dos recursos disponíveis, atravessando os diversos níveis de atenção, quando necessário, garantindo acesso seguro às tecnologias mais adequadas e seguras. Toda a rede se constituiria e se integraria a partir dos esforços de integração e articulação mediados por projetos terapêuticos constituídos com base nas necessidades de saúde dos usuários[41]. Sendo alguns processos constituídos de forma singular e outros se afirmando como mais permanentes no arranjo organizacional da rede de atenção.

Note-se que quanto mais qualificada a análise da dinâmica oferta-demanda, maiores as chances de se constituírem ofertas com base em necessidades e de efetividade das ações. Não seria possível compor projetos terapêuticos qualificados no modelo queixa-conduta. Mesmo o modelo serializado traria problemas sistêmicos, processuais e inseguros frequentes, em função do problema do 'enquadre' forçado de um grande conjunto de ofertas, caracterizando-as como parcialmente ou totalmente inadequadas e

39 SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant, v. 5, n. 4, p. 493-503, 2005DELFINI, P. S. D. S., SATO, M. T., ANTONELI, P. D. P., & GUIMARÃES, P. O. D. S. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. suppl. 1, p. 1483-1492, 2009; JORGE, M. S. B., PINTO, D. M., QUINDERÉ, P. H. D., PINTO, A. G. A., SOUSA, F. S. P. D., & CAVALCANTE, C. M. (2011). Promoção da Saúde Mental-Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, corresponsabilização e autonomia. Ciênc. saúde coletiva, 16(7), 3051-306.

40 COSTA, J. C. D., GIUSTTI, S. A., MUROFUSE, I. S., & GUMZ, A. L. Acesso ao serviço de fonoaudiologia: a implantação do acolhimento no município de Toledo-PR. Rev. CEFAC, v. 14, n. 5, p. 977-983, 2012.; MITRE, Sandra Minardi; ANDRADE, Eli Iola Gurgel; COTTA, Rosângela Minardi Mitre. O acolhimento e as transformações na práxis da reabilitação: um estudo dos Centros de Referência em Reabilitação da Rede do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, MG, Brasil. Ciência e Saúde Coletiva, v. 18, n. 7, p. 1893-1902, 2013.

41 FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano, v. 2, p. 125-34, 2003.

potencialmente inseguras, pelo menos para uma parcela da população. Deste modo, essa modalidade de construção de linha de produção do cuidado implica na adoção de processos de qualificação da análise oferta-demanda como estratégia estruturante.

Elemento importante é a constatação de que as necessidades de saúde podem ultrapassar os limites estritos do setor saúde, conforme já abordado na discussão sobre a demanda. Aqueles projetos terapêuticos que revelam essas necessidades deveriam propor ações articuladas com outros setores.

São, ainda, desafios para a construção das linhas de cuidado problemas como a regulação pública de toda a rede, as deficiências de ofertas e dificuldades de pactuação das mesmas no âmbito regional e o problema da referência e contrarreferência, já abordado neste capítulo.

Uma outra abordagem das linhas de cuidado tem se constituído, mais recentemente, elegendo um agravo ou evento relevante (alta morbimortalidade) como dispositivo organizador da rede. Esse agravo ou evento geralmente é considerado evitável e/ou envolve situações nas quais o tempo oportuno das ações de saúde são extremamente relevantes para a evitação da morte, de sequelas e para a sobrevida do usuário, como por exemplo, as neoplasias, o acidente vascular cerebral, o infarto agudo do miocárdio, a insuficiência cardíaca, a manifestação hemorrágica do Dengue.

Quando se trata de organizar a rede para ampliar e qualificar sua resposta às situações críticas, o peso dado às orientações técnicas e processos regulatórios pode concentrar toda a definição de ofertas e critérios de inclusão e exclusão prescindindo da participação do usuário e dos trabalhadores nesses processos decisórios, o que muitas vezes enfraquece a viabilidade e a sustentação cotidiana das linhas de cuidado.

Os passos sugeridos para a montagem das linhas de cuidado[42] são:

- *Mapear a rede de serviços e propor discussão de Linhas de Cuidado de forma coletiva;*

- *Definir quais linhas de cuidado serão montadas, com base em critérios de priorização pautados em dados epidemiológicos, dificuldades crônicas de acesso ou carências em áreas específicas;*

- *Realizar oficinas de trabalho com todos os sujeitos e serviços implicados, para produção de pactos, compromissos e definição de fluxos de cuidado aos usuários;*

- *Capacitar equipes, avaliar os resultados das linhas de cuidado instituídas para ajustes e qualificação contínua.*

42 FRANCO, C.M.; FRANCO, T.B. Linhas do Cuidado Integral: Uma proposta de organização da rede de saúde. In: Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul. 2012.

Dispositivos colaborativos multilaterais para a organização do cuidado em rede

Quando se trata de sistemas de saúde regionalizados e redes de atenção à saúde organizados a partir de um território sanitário e clientela definidos em termos de adscrição e de responsabilidade, temos como arranjo organizacional mais essencial e já bastante experimentado no SUS a equipe de referência[43].

Uma equipe de referência é uma equipe de saúde (preferencialmente interdisciplinar) para a qual se atribui uma clientela de responsabilidade (usuários de um território, usuários com determinadas características comuns, usuários que estão internados em uma enfermaria de hospital, etc.). Quando essa clientela de usuários é adscrita a uma equipe em função, por exemplo, de seu local de moradia ou trabalho, constitui-se a adscrição da equipe e do serviço ao território, constituindo-se além da clientela de usuários uma 'área de abrangência' e uma 'área de influência' territorial de responsabilidade da equipe e do serviço. O que implica em responsabilidade por ações de vigilância em saúde[44] deste território adscrito, por exemplo[45]. As equipes de referência, como arranjo organizacional, apesar de um conceito bastante simples de entender, guardam consequências paradigmáticas. Uma delas é permitir que o trabalho se integre em equipe, em função de objetivos comuns. Quando se trata de equipe interdisciplinar, dispositivos de encontro como reuniões regulares de equipe, discussões de caso, planejamento em equipe, avaliação em equipe, realização de ações coletivas em equipe e acolhimento em equipe, são uma possibilidade efetiva de superação da lógica fragmentada de trabalho e de uma coordenação efetiva das ações no âmbito da equipe.

Outra consequência é expor e proporcionar soluções para a necessidade da coexistência da presença física dos membros da equipe de referência, juntos no serviço. O que coloca em análise o tradicional sistema de plantões e turnos que contribuem sobremaneira para a fragmentação do cuidado em saúde[46].

---

43 CARVALHO SR E CAMPOS GWS. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, 2000.

44 Ver capítulo 9.

45 Esse é o caso da Estratégia de Saúde da Família, na qual as equipes se organizam para acompanhar usuários e famílias de um determinado território. Também é o arranjo preconizado para a organização das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, dos Centros de Especialidades Odontológicas, dos Centros de Atenção Psicossocial, entre outros, embora, muitas vezes na prática cotidiana isto não se efetive.

46 OLIVEIRA, G.N. Apoio Matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: CAMPOS, G.W.S; GERREIRO, A.V.P. (Orgs.). Manual de práticas da Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 263-72e OLIVEIRA, G. N. Devir apoiador: uma cartografia da

Além disso, destaca-se que uma equipe de referência precisa qualificar-se constantemente, ou, do contrário, sua capacidade resolutiva diminui com o passar do tempo. A vida nos territórios é dinâmica e complexa e os problemas de saúde alteram-se em sua complexidade. Os velhos problemas de saúde se apresentam de novas formas e exigem novas abordagens. Outros problemas surgem e exigem busca de novas estratégias de intervenção. Sendo esta qualificação não só individual à cada categoria profissional, mas também para o trabalho coletivo.

Neste sentido, quando se preconiza um sistema de saúde regionalizado, redes de atenção integradas e serviços de saúde territorializados e organizados em função de necessidades, escala e escopo, as formas tradicionais de comunicação em rede, de coordenação do cuidado mostram franco esgotamento. A comunicação mediada por documentos em papel, como a tradicional referência e contrarreferência, bastante problematizada neste capítulo apresentam não só dificuldades processuais, como também estruturais. Dificuldades estas que são apenas parcialmente resolvidas com a informatização de sistemas regulatórios e de prontuários eletrônicos únicos, visto que também as formas de registro realizadas pelos profissionais de saúde precisam ser repensadas e qualificadas. Grandes desafios para a gestão de sistemas/serviços de saúde e para a educação permanente em saúde.

Visto que a organização do trabalho a partir de equipes de referência tem sido defendida e preconizada em todos os níveis de atenção, com resultados significativamente melhores, as necessidades de qualificação contínua e de aperfeiçoamento da comunicação e da coordenação do cuidado entre equipes de um serviço e entre equipes de serviços diferentes, inclusive em nível de atenção, passam a representar grande desafio para a gestão.

Não vamos abordar aqui as questões relativas especificamente à Educação Permanente em Saúde, visto que esse tema é objeto de outro capítulo, mas trataremos de dispositivos que procuram ampliar e qualificar os processos comunicacionais, reforçadores da integração e da coordenação do cuidado em rede e que, obviamente, carregam dimensões formativas poderosas em seu funcionamento, podendo ser classificados como dispositivos de Educação Permanente em Saúde.

A noção de comunicação aqui não está relacionada a fluxos informacionais, mas a função colaborativa, à coletivização de problemas e soluções, à composição de uma inteligência coletiva, que podemos resumir em uma função de constituição de zonas de comunidade[47]. Neste sentido, a comunicação será ampliada nas redes de atenção, a partir de dispositivos de co-

função apoio. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

47 TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface comun. Saúde educ, v. 1, n. 1, p. 7-40, 1997 e TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. O desempenho de um serviço de atenção primária à saúde na perspectiva da inteligência coletiva. Interface-Comunic. Saúde Educ, v. 9, n. 17, p. 219-34, 2005.

laboração em rede que pressupõem a composição de comunidades, formas ampliadas de trabalho em equipe, que ultrapassem os contornos definidos dos segmentos e níveis de atenção.

Retomando a discussão da análise de oferta-demanda na atenção à saúde, estes dispositivos seriam os mais potentes para a qualificação e ampliação desta análise, para a coprodução das ofertas em função de necessidades de saúde. Deste modo, os dispositivos de acolhimento, compostos com dispositivos de coordenação do cuidado em rede e, em especial, com dispositivos de colaboração em rede, compõem um arsenal potente para o enfrentamento do modelo de atenção fragmentado, para a reversão de práticas de serialização e queixa-conduta e para a produção de acesso, qualidade e equidade, objetivo maior da integralidade em saúde.

Dentre os dispositivos de colaboração mais conhecidos e experimentados no SUS estão várias modalidades de consultorias e tutorias técnicas (mediadas por tecnologias de informação e comunicação ou não, tais como a segunda opinião formativa, o telessaúde, a telemedicina e consultorias clínicas especializadas), as práticas clínicas compartilhadas (atendimento conjunto, projeto terapêutico singular, plano de cuidados em equipe, reuniões clínicas, discussões de caso em equipe, passagem de leitos interdisciplinar, interconsultas presenciais, etc.) e o apoio matricial. Em função das questões colocadas aqui, vamos utilizar o apoio matricial como exemplo para discutir um pouco mais sobre a potência dos dispositivos colaborativos.

O apoio matricial se caracteriza por ações de suporte, de composição de saberes, de análise crítica, de avaliação formativa e de colaboração no qual um profissional ou equipe, experimentadas em práticas e saberes específicos, apoia um profissional ou uma equipe (de referência) que encontra em sua prática dificuldades das mais variadas ordens (técnicas, processuais, éticas, afetivas, organizacionais, etc.) na atenção à saúde frente a algumas situações cotidianas. Nesse referencial, uma equipe de referência pode apoiar outra, desde que aquela que apoia tenha desenvolvido experiências, detenha saberes, práticas e condições que possam se constituir como ofertas qualificadas e ampliadoras das capacidades de ação da equipe apoiada[48].

O apoio matricial geralmente se concretiza mediado por dispositivos de compartilhamento da clínica, como o atendimento conjunto, as discussões de caso em equipe, a formulação de projetos terapêuticos singulares, entre outros. Em função do volume de demandas de apoio às equipes constituídas para o exercício do apoio matricial (NASF, por exemplo) ou a serviços que acumulam também esta função, em relação a outros (CAPS, por exemplo), se recomenda que todas as demandas de apoio sejam acolhidas, neste pro-

48 OLIVEIRA, G. N., SILVA, M. D. F. N., ARAUJO, I. E. M., & CARVALHO FILHO, M. A. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. Rev. Latinoam. Enferm., v. 19, n. 3, p. 548-56, 2011. E OLIVEIRA, G.N. Apoio Matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: CAMPOS, G.W.S; GERREIRO, A.V.P. (Orgs.). Manual de práticas da Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008. p.263-72.

cesso de escuta, sejam qualificadas e analisadas, para se constituir ofertas da equipe de apoio que cumpram os objetivos do apoio matricial:

- *Ampliar a capacidade de resolver problemas de saúde e necessidades dos usuários vinculados à equipe de referência apoiada; ampliar a capacidade de análise e intervenção sobre seu processo organizacional, otimizando e contribuindo para melhoria dos seus resultados;*

- *Ampliar a compreensão sobre as complexidades dos territórios de saúde e qualificar a atenção especializada; educação permanente em saúde das equipes envolvidas apoiadoras e apoiadas*[49].

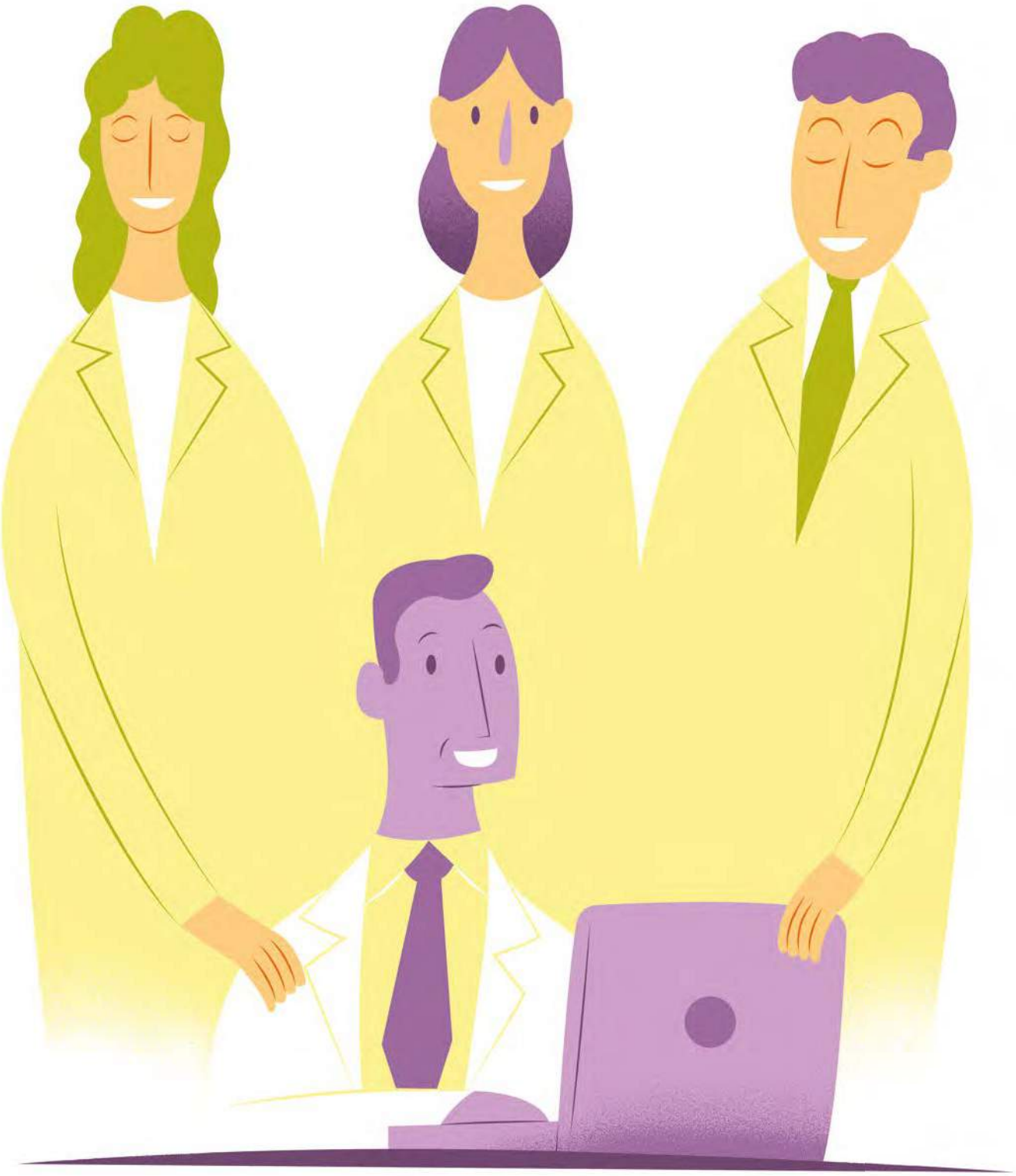
Também as necessidades constantes e complexas de apoio contínuo em algumas áreas temáticas à atenção básica, como forma de evitar a criação de serviços específicos com escala próxima a ela (idoso, mulher, criança, atenção psicossocial, por exemplo), força a adoção de arranjos mais permanentes de apoio matricial especializado à atenção básica, configurando um 'primeiro nível de atenção especializada' complementar à atenção básica[50]. Arranjo que constitui profissionais ou equipes apoiadoras que adscrevem equipes de atenção básica para apoio e acompanhamento contínuo. Neste primeiro nível de apoio matricial mais permanente estão geralmente os profissionais da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), equipes de apoio em atenção psicossocial (ligadas ou não aos CAPS), profissionais de saúde da mulher, de saúde da criança, da saúde do idoso, da reabilitação física, e até organizações de outros setores como os Centros de Referência em Assistência Social. Para necessidades de apoio ainda mais específicas e não tão frequentemente demandadas outros arranjos de apoio matricial podem ser constituídos[51].

---

49 BARROS, Silvana do Carmo Maia; DIMENSTEIN, Magda. O apoio institucional como dispositivo de reordenamento dos processos de trabalho na atenção básica. Estudos e pesquisas em psicologia, v. 10, n. 1, p. 0-0, 2010 e BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

50 ALMEIDA, P. F. D., GIOVANELLA, L., MENDONÇA, M. H. M. D., & ESCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cad. Saúde Pública, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010 LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Saúde e Sociedade, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

51 Nessa perspectiva, quando há intensa demanda para áreas específicas de especialidades, como acontece na situação-problema inicialmente apresentada nas áreas de cardiologia e ortopedia, convém pensar em constituir linhas de apoio matricial nestas áreas para a atenção básica. A maior dificuldade é encontrar e vincular profissionais especialistas (raros em algumas regiões) dispostos a colaborar com a atenção básica, estabelecendo um plano e vínculo de trabalho, que implica em dedicação de horas regulares para as práticas clínicas compartilhadas nos serviços apoiados, não dimensionadas em termos de procedimentos ou pacientes cardiológicos ou ortopédicos atendidos, mas em termos de aumento



Uma primeira atividade para o apoiador matricial de Vila SUS seria discutir com as equipes os casos de usuários encaminhados por elas aos ambulatórios de cardiologia e ortopedia, pelo menos casos que representem as formas adequadas e inadequadas para estes encaminhamentos, segundo a visão do apoiador (especialista da área) em diálogo com as práticas e concepções dos profissionais que encaminham.

Neste processo, as boas e más práticas poderão ser discutidas e o especialista terá oportunidade de verificar a viabilidade dos critérios que adota nesse fluxo, causando efeito comunicacional e formador, muito potente para resolver da forma mais ótima as problemáticas envolvidas. Além disso, o apoio matricial, quando realizado com respeito e habilidade, constitui zonas de comunidade entre as margens duras estabelecidas pela hierarquização do sistema, ampliando a capacidade de resolução de nós críticos e problemas sistêmicos, entre os segmentos e níveis envolvidos, constituindo processos de valorização do trabalho e do trabalhador.

Por outro lado, a arraigada desvalorização dos saberes e práticas da atenção básica e a disseminação dos arranjos mais fixos de apoio matricial, frequentemente limita de forma unidirecional a colaboração em rede no sentido do serviço de referência apoiando a atenção básica, 'especialista' apoiando 'generalista', não em termos dos saberes que operam, mas enquanto lugares institucionais definidos. Neste sentido, os serviços de referência da rede, ficam com muita dificuldade de conceber e aceitar o apoio matricial de profissionais, equipes e serviços da atenção básica. Quando precisam de algum suporte da atenção básica, muitos ainda recorrem às formas prescritivas de referência e contrarreferência[52].

expressivo da resolutividade local, com diminuição do número e qualificação dos encaminhamentos as áreas que contam com o apoio.

52 Considera-se recomendável a estimulação e adoção de arranjos institucionais de apoio matricial mais multilaterais. Por exemplo, existem experiências bastante consolidadas de apoio matricial realizados por equipes de CAPS à atenção básica. Raramente se pensa o apoio na direção contrária. Todavia, nos CAPS se encontram usuários em cuidados intensivos que passam muitas horas no serviço e são portadores de doenças crônicas como diabetes, hipertensão arterial, doença obstrutiva pulmonar crônica, cardiopatias, entre outras e que encontram dificuldades em acessar e se adequar às rotinas de acompanhamento ambulatorial típicas da atenção básica. Sugere-se que as equipes de atenção básica presentes no território do CAPS realizem ações de apoio matricial ao CAPS, nessas necessidades, pelo menos quando essas demandas não justificam a presença permanente de profissionais que atendam essas necessidades compondo a equipe do CAPS. Nesse arranjo, para esse grupo de usuários com necessidades específicas se constitui um compartilhamento do vínculo, capaz de ampliar a coordenação do cuidado e garantir maior segurança e resolução das necessidades de saúde envolvidas.

Considerações Finais

As dificuldades para a organização do cuidado em rede são muitas. A situação de crise permanente, desfinanciamento e esgotamento dos arranjos organizacionais do modelo fragmentado de atenção constituem um estado de coisas caótico e muito complexo do setor saúde em todas as regiões do país.

No entanto, há experiências e indicações claras sobre os caminhos mais possíveis para o enfrentamento dessas situações. O que tratamos neste capítulo deu ênfase nos dispositivos conhecidos e experimentados em diversas experiências locais, municipais, estaduais e nacionais com bons resultados. Todavia, os problemas mais sistêmicos, relativos ao arcabouço legal incompleto e imperfeito e ao cenário de disputas de projetos políticos de sociedade em nosso país e no mundo, não aliviam a situação específica da saúde.

Para se propor uma sistematização integrativa dos vários temas e dispositivos comentados neste texto, compreende-se que todas essas possibilidades podem ser articuladas em maior ou menor grau, conforme as condições regionais, para garantir a integração do cuidado em rede, pautada nos seguintes eixos orientadores de produção de saúde e integralidade:

- *Coprodução de saúde e autonomia com grupos em situação de vulnerabilidade;*

- *Coprodução de saúde e autonomia com sujeitos singulares;*

- *Coprodução de redes de relações e de sustentação de projetos coletivos de coprodução de saúde e autonomia;*

- *Coprodução de legitimidade do SUS como política pública universal, produtora de equidade e de integralidade.*

No primeiro eixo, o aperfeiçoamento dos processos de planejamento dos investimentos a partir de uma **programação pautada em necessidades de saúde** se coloca como grande desafio: o de evitar as práticas de serialização das ofertas de serviços de saúde. No segundo, a **ampliação e qualificação da análise de oferta-demanda**, a partir da valorização do vínculo, da responsabilização e da escuta qualificada promovida por dispositivos de acolhimento e a interpretação e cogestão das ofertas promovidas pelos dispositivos colaborativos e de coordenação do cuidado em rede, criam condições para o enfrentamento das práticas queixa-conduta e a banalização do uso das tecnologias, procedimentos e insumos ofertados no sistema, ampliando, ainda, a capacidade resolutiva das redes de atenção e sua integração. No terceiro eixo, **ações coordenadas em rede**, composição de **linhas de cuidado, esforços comunicacionais** para reconhecimento e legitimação de necessidades de saúde de populações invisibilizadas e o **acionamento de outros setores**, seja apoiando a qualificação de suas

ofertas, seja compondo mecanismos de apoio mútuo, ampliam as possibilidades de produção de saúde para além dos limites do setor saúde. E no quarto eixo, uma síntese da confluência das ações levadas a cabo nos eixos anteriores, disparadas e sustentadas por uma escolha política deliberada no paradigma ético-estético-político dos princípios democráticos, do SUS e do direito à saúde.

Ações sustentadas pelos gestores, em cogestão com trabalhadores e usuários, que atuem simultaneamente nesses quatro eixos orientadores, a partir da composição de dispositivos potentes, como os sugeridos neste capítulo, são apostas para mudança dos rumos atuais da atenção à saúde e para o estabelecimento de uma efetiva organização do cuidado em rede.

Capítulo 12

Estruturando a Regulação do SUS no Município

Olga chegou a Secretaria de Saúde de Vila SUS, como de costume, bem cedo. Porém, mal conseguiu chegar a sua sala: havia um tumulto na porta!

Ela conhecia bem o problema: duas moradoras estavam muito nervosas porque o médico da Estratégia de Saúde da Família lhes falou: "tinham pedras na vesícula" e que precisariam realizar cirurgias antes que tivessem crise, com dores e mal-estar. No entanto, o próprio médico não sabia como fazer. Como conseguir o cirurgião? O Hospital de Vila SUS opera vesícula? Iria demorar? E a fila, é grande?

SECRETARIA +

Olga sabia que o encaminhamento de pacientes para exames e consultas especializadas, assim como internações, era bastante complexo. Ninguém tinha certeza de como funcionava. Tanto os pacientes como os funcionários, com frequência, ficavam perdidos, porque as regras eram mudadas a todo momento.

Bom, pelo menos as moradoras não estavam em crise! Um pouco de calma e bom senso poderia resolver o problema. Mas... Será que está havendo uma epidemia de "pedras na vesícula"?

Disposta a enfrentar de forma sistêmica esta situação, Olga entra em contato com Vitória, que agenda mais uma visita a Vila SUS, desta vez com o objetivo de discutir com Olga e sua equipe a gestão da atenção especializada.

Dois dias depois Vitória chega a Vila SUS e vai direto a SMS, onde Olga e sua equipe a esperavam. A reunião inicia com Olga relatando rapidamente a situação vivida há dois dias. Em seguida se inicia um debate tentando identificar as principais questões de fundo presentes na situação. Eram elas:

- *Como identificar as necessidades assistenciais de serviços especializados para garantir a integralidade da atenção à saúde para os munícipes de Vila SUS?*

- *Como organizar os encaminhamentos dos pacientes a partir da atenção básica para a atenção especializada, garantindo seu acesso?*

- *Como implantar mecanismos para que os profissionais da atenção básica tenham autonomia para realizar o encaminhamento adequado?*

- *Como promover uma articulação regional que permita o acesso a serviços especializados, seja para consultas ou internações?*

Vitória então tomou a palavra e discorreu sobre alguns conceitos que considerava fundamentais para a compreensão do tema em questão. Iniciou apresentando as várias formas de Regulação que uma gestão municipal de saúde deve utilizar.

.

A Regulação no SUS:

A Regulação de Sistemas de Saúde é compreendida como "Ação social mediata, de sujeitos sociais sobre outros sujeitos sociais, que toma como objeto, para regulamentação, fiscalização e controle, a produção de bens e serviços no setor saúde". A regulação sobre sistemas comporta as ações:

- *Gestor federal sobre os sistemas estaduais, municipais, produtores de bens e serviços de saúde e sistemas privados vinculados à saúde suplementar;*

- *Gestor estadual sobre sistemas municipais e produtores de bens e serviços de saúde;*

- *Gestor municipal sobre produtores de bens e serviços de saúde;*

- *E a auto-regulação de cada esfera de gestão.*

A Regulação dos sistemas compreende as seguintes ações: Regulamentação geral; Controle sobre os sistemas; Avaliação dos sistemas; Regulação da atenção à saúde; Auditoria; Ouvidoria; Controle social; Vigilância sanitária; Ações integradas com outras instâncias de controle público; Regulação da saúde suplementar.

A Regulação da Atenção à Saúde tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida ao conjunto de prestadores de serviços públicos e privados. Estas ações compreendem a contratação, a regulação assistencial, o controle assistencial, avaliação da atenção à saúde, auditoria assistencial e as regulamentações da vigilância epidemiológica e sanitária.

As ações de Regulação da Atenção à Saúde compreendem: a) Contratação: relações pactuadas e formalizadas dos gestores com prestadores de serviços de saúde; b) Avaliação da atenção à saúde: conjunto de operações que permitem emitir um juízo de valor sobre as ações finais da atenção à saúde e medir os graus de qualidade, humanização, resolubilidade e satisfação destas; e c) Controle Assistencial.

Vitória reforçou que por Controle Assistencial devem ser entendidas as seguintes ações: Cadastro de estabelecimentos, profissionais e usuários; Habilitação de prestadores para prestação de determinados serviços; Programação orçamentária (FPO) por estabelecimento; Monitoramento e fiscalização da execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de supervisão hospitalar e ambulatorial; Autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados de alta complexidade; Monitoramento e revisão das faturas prévias relativas aos atendimentos apresentadas pelo prestador; Processamento da produção de um determinado período; Preparo do pagamento aos prestadores.

A **Regulação Assistencial** é compreendida como a "disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada", que "deverá ser efetivada por meio de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários"[1]. É o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a eles[2].

A Regulação da Assistência é um observatório do sistema de saúde que permite integrar seus serviços e qualificar a assistência, para alcance de seu principal objetivo - atender plenamente seus usuários.

1 Brasil, Ministério da Saúde Portarias GM/MS n.º 2.048 de novembro de 2002.

2 Brasil, Ministério da Saúde, Curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Quadro 1. **Dimensões dos eixos da Política Nacional de Regulação**

Dimensão	Regulação de Sistemas de Saúde	Regulação da Atenção à Saúde	Regulação do Acesso à Assistência
Objeto	*Sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde.*	*Ações diretas e finais de atenção à saúde dirigidas aos prestadores públicos e privados.*	*Acesso a serviços (leitos, consultas e exames) e fluxos assistenciais.*
Sujeitos	*Gestores municipais, estaduais e nacional de saúde.*	*Gestores municipais e estaduais de saúde.*	*Gestores municipais e estaduais de saúde.*
Ações	» *Elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito a funções de gestão;* » *Planejamento, financiamento e fiscalização de sistemas de saúde;* » *Controle social e ouvidoria em saúde;* » *Vigilância sanitária epidemiológica;* » *Regulação da saúde suplementar;* » *Auditoria assistencial ou clínica;* » *Avaliação e incorporação de tecnologias em saúde.*	» *Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde – SCNES;* » *Cartão nacional de saúde – CNS;* » *Contratualização de serviços de saúde segundo as normas políticas específicas desse Ministério;* » *Credenciamento / habilitação para a prestação de serviços;* » *Elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais;* » *Supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar;* » *Programação Pactuada e Integrada – PPI;* » *Avaliação analítica da produção;* » *Avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários;* » *Avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde;* » *Avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde; e* » *Utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso.*	» *Regulação médica da atenção pré-hospitalar às urgências;* » *Controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;* » *Padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e* » *O estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados.*

Fonte: BRASIL (2008)[3].

3 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 1.559, de 1º de Agosto de 2008.

Em seguida Vitória retoma a situação que desencadeou a visita dela. Vila SUS, município de 15.000 habitantes, conta com um serviço de atendimento de urgências e emergências de baixa complexidade. No entanto, a questão colocada pelas moradoras não se caracterizava como emergência, e sim como uma demanda a ser programada: uma internação para a realização de colecistectomia (cirurgia de vesícula), precedida da realização de exames pré-operatórios e mensuração pelo risco cirúrgico.

No caso, a atenção básica seria o local adequado para, além de diagnosticar o problema, com o suporte de algum exame de imagem, como uma ultrassonografia, realizar os exames pré-operatórios e, mesmo o risco cirúrgico. Para isso, seria adequado que as senhoras fizessem a primeira avaliação cirúrgica, para a indicação do procedimento a ser realizado, e então retornassem a Unidade Básica de Saúde para os preparativos.

Como Vila SUS não dispõe de serviço cirúrgico no município, é necessário haver a articulação regional, com a identificação de serviço de referência com a disponibilidade da consulta de primeira vez e, posteriormente, a realização do procedimento indicado.

Diante dessa situação os gestores dos municípios de Vila SUS, Aurora (Município Polo microrregional da região de Vila SUS), Girassol (Município Polo da região de Vila SUS) e Freire, juntamente com Vitória (apoiadora do COSEMS) se reuniram para debater e alinhar o entendimento sobre como organizar uma Região de Saúde, afinal esse era um tema recorrente entre eles.

O Decreto Presidencial Nº 7.508/2011 define Região de Saúde como "espaço geográfico contínuo 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, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde". Definiu ainda que para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde. Ou seja, traz o conjunto de dimensões sob os quais deve se pautado o cuidado em saúde a partir da organização das ações e serviços.

Hoje, há diversos parâmetros de programação em saúde para estabelecer necessidades assistenciais à população. Destaca-se a Portaria GM/MS 1.631, de 1o de outubro de 2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS[4].

Vitória destacou na reunião que um fator que deve ser valorizado é a realidade local. A caracterização demográfica, epidemiológica, socioeconômica e ambiental e o mapeamento de situações potenciais de risco[5] devem ser consideradas para, conforme o quadro, identificar as necessidades.

No âmbito do SUS, o instrumento hoje utilizado para Pactuação Regio-

4 Ver Capítulos 10 e 11.

5 Ver Capítulo 07.

nal é a Programação Pactuada e Integrada (PPI), que será substituída pela Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS), conforme Decreto nº 7.508/2011[6]. A PPI estabelece o montante de recursos financeiros a serem destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios, a partir de critérios e parâmetros pactuados nas instâncias gestoras (Comissões Intergestores Regional – CIR, Comissões Intergestores Bipartite – CIB e Comissões Intergestores Tripartite – CIT)[7].

Ressalta-se que, de acordo com o Ministério da Saúde, a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde é um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde onde, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios. Os fluxos de usuários no sistema de saúde são definidos pela Programação Pactuada e Integrada e devem manter consonância com o processo de construção da regionalização, considerando inclusive as regiões interestaduais e a conformação das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços[8].

Já com a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS) é possível observar, na perspectiva trazida pelo Decreto 7.508/11, que a PPI agora ganha um novo status frente ao processo de planejamento e gestão regionalizada, pois agora deverá abranger o conjunto de ações e serviços de saúde e não somente a média e alta complexidade cuja fonte de financiamento é federal. No âmbito dessa proposta, agora a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde deverá contemplar o conjunto da programação a partir da RENASES e comporá parte importante do Contrato Organizativo de Ação Pública. A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde é um processo de negociação e pactuação entre os gestores em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos, no âmbito regional, a fim de contemplar os objetivos e metas estabelecidos no Planejamento Integrado da Saúde (processo de formulação ascendente e integrado do planejamento em saúde), bem como os fluxos de referência para sua execução. Abrange as ações de assistência à saúde, de promoção da saúde, de vigilância em saúde e de assistência farmacêutica, constantes da RENASES e RENAME. Ou seja, a "nova" PPI será mais

6 Decreto que regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

7 Ver Capítulo 04.

8 Brasil, Ministério da Saúde. Diretrizes para implantação de Complexos Reguladores. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

abrangente, terá um papel mais estratégico no planejamento dos sistemas de saúde regionalizados organizados a partir da constituição das redes de atenção à saúde

Outro fator importante se relaciona ao levantamento dos serviços de saúde públicos e contratados disponíveis e sua capacidade de oferta ao SUS[9]. Hoje o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é um importante instrumento para consulta da capacidade instalada. O mesmo deve, inclusive, ser permanentemente atualizado pelo gestor local. O CNES disponibiliza informações referentes aos serviços de saúde existentes no território, com a caracterização dos espaços físicos e equipamentos disponíveis, além dos profissionais que atuam nesses serviços[10].

Uma vez identificados os serviços, profissionais de saúde e as necessidades assistenciais, Olga, enquanto gestora de Vila SUS deverá decidir qual o arranjo institucional necessário para conformar sua rede de serviços.

De um lado, devem-se considerar as potencialidades, ou possibilidades, de investimento na rede de serviços existente, que envolve a incorporação de tecnologias para a qualificação dos serviços e a ampliação de oferta à população, com permanente preocupação com a qualidade.

De outro, cabe a Olga, em negociação com a equipe de gestão e o controle social, promover, dentro dos limites de recursos disponíveis, a contratação de serviços de maneira a complementar a oferta pública. Importante destacar que esta contratação deve observar um conjunto de questões como os princípios e diretrizes do SUS, estar prevista no Plano Municipal de Saúde (PMS), além de respeitar a legislação referente a compras e contratações públicas[11].

Destacamos ainda que se propõe aqui uma inversão ao que mais comumente verificamos, onde a contratação parte não das necessidades, mas da capacidade instalada e de contratos já formalizados anteriormente. Esta inversão é fundamental para que as necessidades de saúde da população prevaleçam sobre interesses comerciais e corporativos.

9 Ver proposta de organização deste processo nos capítulos 11 e 12.

10 Com suas informações atualizadas, é possível verificar como utilizar a rede existente para dar conta das demandas, identificar serviços que possam funcionar como referência local ou regional e promover as pactuações nas comissões intergestores.

11 Neste capítulo utiliza-se uma concepção ampla de contratação, entendida como programação e definição de atribuições e metas assistenciais do conjunto de serviços de saúde. No caso da contratação em caráter complementar de serviços privados sugere-se leitura do capítulo 06.

Ao se manter contratos sem o estudo das necessidades, muitas vezes haverá oferta exagerada em determinadas áreas de atenção, com desperdício de recursos, em detrimento de outras, por serem mais escassas ou menos interessantes, do ponto de vista econômico, para os prestadores de serviços[12].

Portanto, o perfil epidemiológico possibilitará identificar o que e quais serviços deverão ser contratados de forma a atender o conjunto da população, promovendo a equidade e a universalidade.

Outro viés frequente é que os mecanismos de contratação se concentrem na relação entre a gestão e os serviços privados, deixando em segundo plano os serviços públicos, em especial na atenção básica[13].

Assim, deve-se entender a contratação como um processo amplo, onde se negocia com cada serviço de saúde, público ou privado, o menu de serviços a serem contratados, com o detalhamento das atribuições de cada envolvido (metas assistenciais, fluxos, linhas de cuidado a serem cumpridas, processos de regulação do acesso, processos de avaliação, financiamento e controle social), tendo como produtos:

- *Pacto entre a gestão e o contratado para o cumprimento do contrato;*
- *Contrato formal que normatiza a relação instituída;*
- *Gestão integrada do cuidado ao cidadão.*

12 Além disso, na maior parte dos municípios e regiões, a distribuição geográfica dos serviços de saúde, em especial os privados, é mais frequente nas áreas com menor vulnerabilidade social, o que faz com que, sem que haja uma atenção voltada para as necessidades locais, os serviços contratados se concentrem em locais onde sejam menos potentes para gerar impactos positivos na população mais vulnerável.

13 Sem o olhar da contratação dos serviços básicos, em geral próprios, pode-se produzir o risco da desassistência com qualidade a segmentos da população. Mais ainda, a não contratação, entendida como o processo de programação e definição de atribuições e metas assistenciais, com os serviços públicos básicos, pode promover distorções na relação destes serviços com os demais serviços do sistema de saúde.

A contratação requer, além do controle, avaliação e acompanhamento, realizados pela regulação municipal, mecanismos externos de monitoramento, seja por meio dos órgãos

fiscalizadores internos (controladoria, salas de situação e outros) ou dos órgãos externos (tribunais de contas, Câmara Municipal, estruturas do controle social)[14].

Em relação ao problema que vinha ocorrendo, verificou-se haver necessidade de contratação de serviços de imagem para possibilitar à rede diagnosticar problemas comuns, como o caso de litíase biliar. Na realidade de Vila SUS, município de pequeno porte, é necessário contar com serviço de ultrassonografia, seja na rede própria ou contratada. Este serviço deve ser planejado, em sua contratação, para que atenda às demandas de diversas ações de saúde, como na área materno-infantil, na área clínica e mesmo em situações de urgência e emergência.

Por outro lado, visto que Vila SUS não conta com serviço hospitalar para a realização de cirurgias de vesícula biliar, Olga terá, forçosamente, que pactuar na CIR o estabelecimento de referência para o atendimento dos casos de cirurgias eletivas, com a definição de quantidade de procedimentos mensais e, também dos fluxos de referência e contrarreferência para os pacientes com indicação cirúrgica.

A pactuação pode ser apenas financeira, ou seja: o gestor local autoriza a alocação de recursos do seu teto financeiro no município executor dos procedimentos, que, por sua vez, firma o compromisso de aceitar os casos encaminhados e promover a execução dos serviços. Porém, é possível estabelecer outros mecanismos de cooperação, como a cessão de profissionais, ou mesmo a alocação de equipamentos ou a realização de investimentos conjuntos[15].

Uma vez definidas as referências deve-se promover debates técnicos entre os serviços de atenção básica e o serviço de atenção especializada, para que se institua um protocolo assistencial que estabeleça qual o papel de cada profissional, os critérios de diagnóstico, encaminhamento e acompanhamento dos casos no pós-operatório, bem como a realização de eventuais procedimentos complementares, inclusive para os casos mais complexos[16].

Ao promover as pactuações e eventuais contratações de serviços, Olga reflete ser fundamental que o pessoal administrativo envolvido – estrutura de controle interno, compras e licitações, assessoria jurídica e regulação – acompanhe o processo

14 Em relação aos serviços públicos, é frequente também haver dificuldades quanto a serviços que estejam vinculados a outras esferas administrativas que não o município. Para a contratação desses serviços, da mesma forma que os demais, é necessário que haja a ampla negociação e formalização de metas e mecanismos de acompanhamento, com a participação de todos os gestores envolvidos.

15 Em geral, esses acordos são facilitados pela criação de consórcios intermunicipais, para somar esforços visando a estruturação de serviços de referência.

16 Conforme visto nos capítulos 11 e 12.

desde o início, para que haja estrito cumprimento das normas legais na eventual contratação de serviços e, também, a justa alocação de recursos para outros gestores parceiros e para os executores dos procedimentos.

A assistência à saúde é livre para a iniciativa privada, que pode ser contratada em caráter, sempre, complementar aos serviços públicos. O gestor deve, sempre, atentar ao disposto no Artigo 197 da Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988, em relação aos serviços executados pela administração. No artigo 24, da Lei Federal nº 8.080/90, que estrutura o serviço único de saúde, estabelece que quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Para isso, é necessário o cumprimento da Lei 8.666, de 21 de junho de 1993, referente às licitações e contratos da Administração Pública.

São princípios a serem observados:

- *As entidades filantrópicas e sem fins lucrativos terão preferência para participar do SUS.*

- *A participação desses serviços será formalizada por meio de contrato ou convênio, observando-se as normas de direito público.*

- *Os valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do SUS.*

- *Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do SUS.*

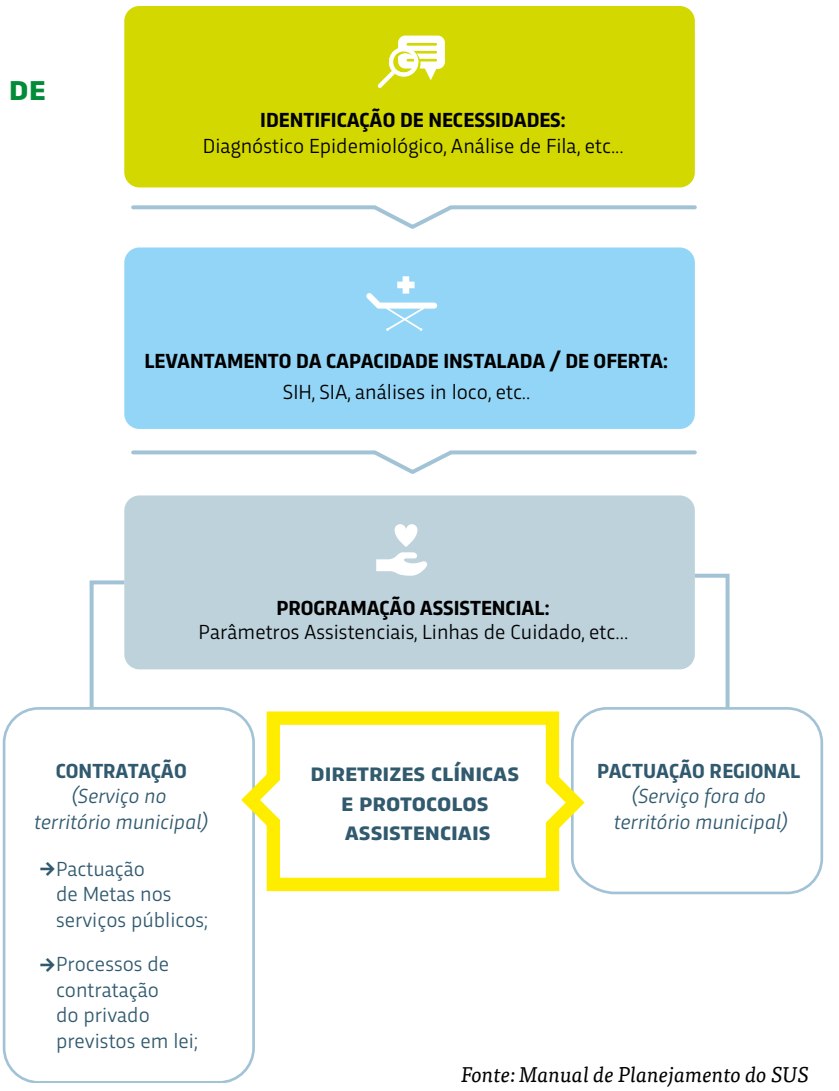
Tem sido bastante utilizada a modalidade de chamamento público, visto haver valores pré-definidos para a execução de serviços para a contratação de serviços privados complementares aos recursos da administração direta pública.

Nessa modalidade, é necessário formar o processo de inexigibilidade de licitação para prestação de serviços na área de assistência à saúde, fixar os preços, utilizando a Tabela Nacional como valores de referência, e publicar Edital de Chamada Pública. No Edital, todas as condições e requisitos devem ser explicitados[17].

17 É importante frisar que, conforme a Portaria GM/MS 1.606, de 11 de setembro de 20015, é vedada a utilização de recursos federais para o pagamento complementar da diferença de valores para a compra de serviços. Se essa for a decisão do gestor, os recursos para o pagamento da diferença do valor da tabela do SUS deverão ser da própria municipalidade.

Processos de contratualização entre o gestor e prestadores podem fortalecer a qualidade dos serviços prestados, em que, ao invés de simplesmente se contabilizar procedimentos realizados, se estabelecem acordos globais, em torno de linhas de cuidado, o conjunto de procedimentos envolvidos em determinado processo de atenção. Com isso, a integralidade é mais facilmente alcançada, pois há mais facilidade resolutiva de casos complexos, que envolvam equipes multiprofissionais na atenção e perspectiva multidisciplinar.

FIGURA 1. **SÍNTESE DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO DE PRESTADORES**



Fonte: Manual de Planejamento do SUS

Controle e Avaliação:

Mais uma vez Vitória toma a palavra. Agora para discorrer rapidamente sobre alguns pontos fundamentais da gestão do SUS em geral e processos de avaliação. Ela apresenta três formas de avaliar os pactos interfederativos, segundo a política nacional:

Indicador Nacional de Garantia do Acesso;

Sistema Nacional de Auditoria (SNA);

Relatório Anual de Gestão[18] (RAG).

18 Ver capítulo 04.

E continua...

Controle e Avaliação tem a função de acompanhar, monitorar e avaliar o desempenho do sistema e dos serviços de saúde a partir da produção das ações e serviços de saúde, registrados por meio dos sistemas de informação do SUS.

Apresenta ainda as principais ações do Controle e Avaliação:

- *Cadastramento dos estabelecimentos de saúde, dos profissionais e dos usuários (CNES);*

- *Credenciamento dos estabelecimentos e, se necessário, o encaminhamento dos processos para habilitação, bem como monitoramento e fiscalização do cumprimento dos critérios;*

- *Programação orçamentária por estabelecimento, em nível ambulatorial (Ficha de Programação Físico-Orçamentária - FPO);*

- *Autorização das internações e dos procedimentos especializados e de alta complexidade (APAC);*

- *Monitoramento e fiscalização da execução 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;*

- *Monitoramento e avaliação da produção, inclusive a relação entre programação, produção e pagamento;*

- *Avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos por meio de análise de dados e indicadores e verificação dos padrões de conformidade;*

- *Processamento da produção Ambulatorial e Hospitalar SIA/SUS.*

O monitoramento é uma ação de controle das ações e serviços de saúde que deve ser realizada de forma sistemática e contínua e que possibilita, através das informações do SIA e SIH: a) identificação de distorções que alertam para a necessidade de auditorias; b) melhoria de critérios para a contratação; c) redefinição de protocolos para a regulação do acesso aos serviços; d) reajuste de programação físico-orçamentária; e) ações de avaliação e replanejamento; f) acompanhamento de gastos e da qualidade dos serviços prestados; g) realocação de recursos por nível de atenção e programas prioritários; h)reorganização da rede para a repactuação da PPI; i) acompanhamento da produção dos estabelecimentos de saúde.

Regulação do Acesso:

Ao final da reunião se discutiu ainda a questão da garantia do acesso. Assim Vitória retoma com a seguinte reflexão:

As pacientes procuraram o serviço de atenção básica por conta de suas queixas clínicas. A equipe de atenção básica elaborou um diagnóstico e propôs, do ponto de vista clínico-cirúrgico, uma solução. Porém, isto não foi suficiente para a necessidade de saúde que se apresentava. Mesmo com a equipe de atenção básica atingindo o limite de sua capacidade produtiva, num cenário, mundial e nacional, em que as necessidades de saúde se diversificam e complexificam, reforça-se a necessidade do gestor municipal de saúde colocar na sua agenda a discussão referente a integração assistencial. Logo uma questão se coloca: como atuar para facilitar a regulação do acesso, a começar pela atenção básica?

Há, hoje, diversas ferramentas tecnológicas que podem ser utilizadas pela gestão para organizar a regulação do acesso municipal. Num município de pequeno porte, em que a atenção básica prepondera, e onde há dificuldades em contar com estrutura grande de regulação centralizada, os aplicativos para alcançar o acesso podem facilitar a descentralização[19].

19 Importante ressaltar que a simples aquisição e implantação de sistema informatizado não resolve as questões de integração do sistema municipal de saúde por si. É fundamental apostar em processos de negociação e pactuação com o conjunto de trabalhadores da saúde, para que essa rede se torne de fato efetiva.

Começando pela alimentação do aplicativo com as informações referentes a serviços existentes, agendas atualizadas e protocolos para acessar, pode-se estabelecer mecanismos, por meio da informatização, para que os profissionais da atenção básica consigam, no processo de atenção, efetivar o acesso aos procedimentos que necessitem, conforme os protocolos assistenciais[20].

Num cenário ideal, é recomendável que o acesso se dê de maneira mais descentralizada possível. Para procedimentos mais comuns, mediante protocolo, e, no caso dos procedimentos mais complexos ou mais escassos, que o acesso seja permitido, pelo menos, para a alimentação das solicitações a fim de que o regulador definido pela gestão possa conhecer as demandas em tempo breve, analisar o cumprimento das condições pactuadas e efetivar o acesso.

Mesmo quando não houver disponibilidade desses recursos para o conjunto da rede de atenção, é possível que o sistema seja integrado por meio de um processo de educação permanente, com a pactuação dos protocolos e a definição de responsabilidades compartilhadas, havendo uma estrutura central, ou regional, para a alimentação do sistema.

As discussões mais recentes envolvendo municípios, estados e a União tende ao fortalecimento das práticas de regulação na Atenção Básica, que considerem a gestão do acesso à atenção especializada e a gestão da demanda reprimida; a maior governança sobre as ofertas da Atenção Especializada, com transparência na sua organização, distribuição e acesso; o desenvolvimento de sistemas de informação integrados, que permitam a gestão do acesso e o acompanhamento e registro compartilhado das ações de saúde e do cuidado.

Além disso, as discussões ainda trazem como pauta o direcionamento do modelo de regulação a partir das Redes de Atenção à Saúde (RAS), de modo a gerar uma maior responsabilização com a gestão do acesso aos recursos assistenciais.

20 O SISREG – Sistema Nacional de Regulação é uma ferramenta desenvolvida pelo Ministério da Saúde, disponível sem custo para os municípios, mediante a capacitação de profissionais para seu uso e a disponibilidade de equipamentos e conectividade.

Assim, a nova proposta procura alcançar[21]:

- *A busca da integralidade do cuidado, de forma articulada e transversal na RAS;*

- *Qualificar o encaminhamento dos usuários entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada, sempre buscando a equidade e a otimização do tempo de espera para acesso ao cuidado;*

- *A diminuição das tensões geradas na relação de ida e volta no encaminhamento entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada e na relação com as centrais de regulação;*

- *Tornar a regulação um processo mais sistêmico, ocorrendo em todos os pontos de atenção, de forma articulada;*

- *A atuação das centrais de regulação nas situações de escassez, nos recursos assistenciais estratégicos ao gestor e na regulação das reservas técnicas;*

- *A valorização dos Núcleos Internos de Regulação nos hospitais e na assistência ambulatorial especializada;*

- *A capilaridade dos processos de educação permanente, voltados para a formação de equipes nos diversos níveis de atuação dos agentes reguladores.*

Ainda em relação ao problema enfrentado por Olga, é necessário refletir que, para além de se definir uma referência regional para os procedimentos de internação para cirurgias eletivas de vesícula biliar, é necessário que se estabeleça um fluxo para este acesso.

Uma estrutura que, em meio hospitalar, permite a integração entre essa unidade e o complexo regulador, é o Núcleo Interno de Regulação (NIR). Neste Núcleo, tanto é possível que os serviços que solicitam serviços hospitalares busquem o acesso, quanto o próprio serviço hospitalar possa acessar os serviços complementares (ou mais complexos) que necessite do complexo regulador, além de estabelecer o retorno ao serviço que acompanha o usuário para manter a integralidade do cuidado, após a alta.

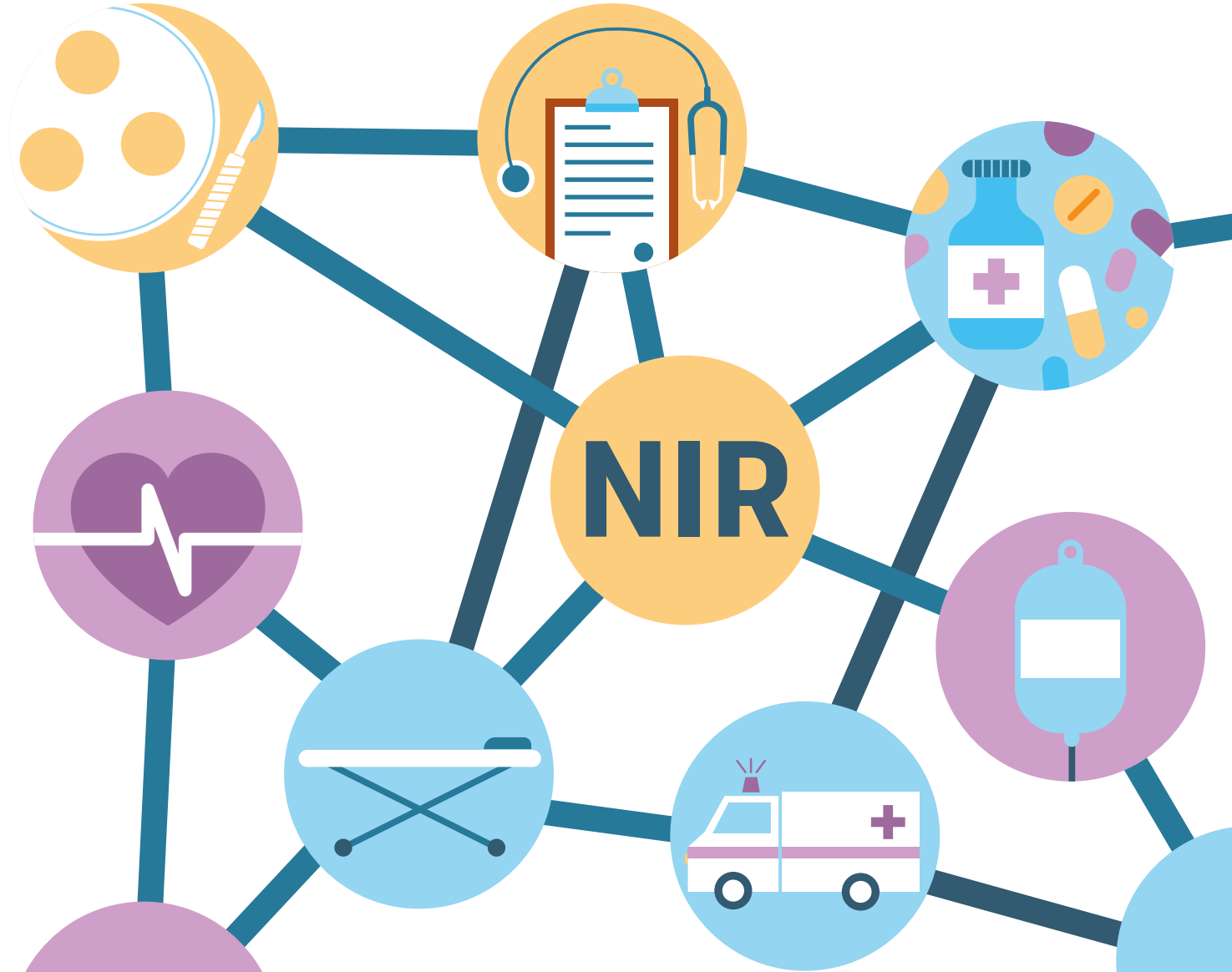
21 Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 30 dez.2010 e Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015.127 p.

Mais ainda, os NIR são estruturas que, com base nas pactuações, protocolos e fluxos estabelecidos, podem otimizar a utilização dos recursos das unidades hospitalares, promovendo maior efetividade e menor dispêndio.

Os **Complexos Reguladores** por sua vez são concebidos para operacionalizar a regulação do acesso e para conferir ao sistema uma capacidade ordenada de responder às demandas e às necessidades de saúde dos usuários nos diversos níveis assistenciais do sistema de saúde.

Os Complexos Reguladores integram e articulam as Centrais de Regulação de Urgências, Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames e podem ter abrangência distrital, municipal, regional, estadual ou nacional, dependendo das características, anseios e necessidades dos estados e municípios envolvidos nos processos gestores a serem pactuados nas instâncias democráticas e de debates do SUS.

"Assim", sinaliza Vitória: "Vila SUS terá uma rede formada por caminhos do cuidado, e não serviços ou profissionais pouco conscientes do seu papel e de suas atribuições para promover a qualidade da saúde".



Siglário

AB - Atenção Básica
ACE - Agente de Combate a Endemias
ACS- Agente Comunitário de Saúde
ADCT - Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
AF – Assistência Farmacêutica
AGU – Advocacia Geral da União
AIH – Autorização da Internação Hospitalar
AIS – Ações Integradas de Saúde
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC - Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
APS – Atenção Primária à Saúde
ARES- Acervo de Recursos Educacionais em Saúde
ASPS - Ações e Serviços Públicos de Saúde
ATC - Anatomical Therapeutic Chemical Classification System / Sistema de Classificação Anatômica Terapêutica Química
ATS - Avaliação de Tecnologias em Saúde
BPS – Banco de Preços em Saúde
CAB - Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde
CACON – Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAP - Coeficiente de Adequação de Preços
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEAF – Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEME - Central de Medicamentos
CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CF – Constituição Federal
CFT - Comissão de Farmácia e Terapêutica
CGGAB - Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CID – Classificação Internacional de Doenças
CIR - Comissão Intergestores Regional
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CLT - Consolidação das Leis do Trabalho
CMED - Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
CMS- Conselho Municipal de Saúde
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNJ – Conselho Nacional da Justiça
CNPJ - Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas
CNS - Conselho Nacional de Saúde
COAP - Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde
COAPES - Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde
CODAC - Coordenação Geral de Arrecadação e Cobrança
COMARE - Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Rename
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONCLA - Comissão Nacional de Classificação do IBGE
CONEP – Comissao Nacional de Ética e Pesquisa
CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
COSEMS - Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CRF – Conselho Regional de Farmácia
DAB - Departamento de Atenção Básica
DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DOU - Diário Oficial da União
DST/AIDS - Doenças Sexualmente Tramissiveis / sigla originada do inglês, que significa Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (acquired immunodeficiency syndrome).
EAD - Educação a Distância
EC - Emenda Constitucional
EPI - Equipamento de Proteção Individual
ESF - Equipe de Saúde da Família
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FGTS- Fundo de Garantia e Tempo de Serviço
FPM - Fundo de Participação dos Municípios
FMS - Fundo Municipal de Saúde
FPO – Ficha de Programação Físico-Orçamentária
FTN - Formulário Terapêutico Nacional
HIPERDIA – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
ICMS - Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INSS - Instituto Nacional do Seguro Social
IPI - Imposto sobre Produtos Industrializados
IPTU - Imposto Predial e Territorial Urbano
IPVA - Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores
IRRF - Imposto sobre a Renda Retido na Fonte
ITBI - Imposto sobre a Transmissão de Bens Imóveis
ITCMD - Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação
ITR - Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural

LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias
LIMPE – Legalidade, Impessoalidade, Moralidade, Publicidade e Eficiência
LIRAa - Levantamento Rápido de Índices para Aedes aegypti
LOA - Lei Orçamentária Anual
LRF - Lei de Responsabilidade Fiscal
MAC - Média e Alta Complexidade
MCASP - Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público
MS - Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Familia
NIR - Núcleo Interno de Regulação
NOB RH SUS – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPS - Orçamentos Públicos em Saúde
OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PAB - Piso de Atenção Básica
PAS - Programação Anual de Saúde
PCCS SUS – Plano de Carreiras Cargos e Salários do SUS
PCDT – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PES - Planejamento Estratégico Situacional
PF - Preço de Fábrica
PFPB – Programa Farmácia Popular do Brasil
PGASS- Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde
PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PMM - Programa Mais Médicos
PMS - Plano Municipal de Saúde
PMVG - Preço Máximo de Venda ao Governo
PNAB Política Nacional de Atenção Básica
PNAF - Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM - Política Nacional de Medicamentos
PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde
POI – Programação e Orçamentação Integrada
PPA - Plano Plurianual
PPI - Programação Pactuada e Integrada
PQAVS - Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde
PRI - Planejamento Regional Integrado
PS - Planejamento em Saúde
PST - Projeto Saúde do Território
QUALIFAR-SUS - Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Âmbito do SUS
RAG - Relatório Anual de Gestão
RAM – Reações Adversas aos Medicamentos
RAS – Redes de Atenção à Saúde
RDC- Regime Diferenciado de Contratações Públicas
RDQA - Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
REMUME - Relação Municipal ou Regional de Medicamentos Essenciais
RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES - Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RFB - Receita Federal do Brasil
RRAS – Redes Regionais de Atenção à Saúde
RREO - Relatório Resumido de Execução Orçamentária
SAS - Secretaria de Atenção à Saúde
SES - Secretaria Estadual de Saúde
SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIA SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIAGS - Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais
SIH – Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SI-PNI - Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações
SISREG – Sistema Nacional de Regulação
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SNA – Sistema Nacional de Auditoria
STA – Suspensão de Tutela Antecipada
STF – Supremo Tribunal Federal
SUARA - Subsecretaria de Arrecadação e Atendimento
SUS - Sistema Único de Saúde
TCU - Tribunal de Contas da União
TG - Triângulo de Governo
UBS - Unidade Básica de Saúde
UBV - Ultra Baixo Volume (fumacê)
UNACON – Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UNA-SUS - Universidade Aberta do SUS
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
URM - Uso Racional de Medicamentos
VIGIAGUA - Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano
VISA - Vigilância Sanitária
VISAT - Vigilância em Saúde do Trabalhador

CONASEMS

Todos as publicações e materiais de apoio citados neste manual podem ser obtidos em versão digital no Portal Conasems
WWW.CONASEMS.ORG.BR

Este livro foi projetado pelo Grande Circular e compostos nas fontes Tisa Pro, Trasandina e Bermina Sans.

Impresso em papel offset 75g/m², nas oficinas da Athalaia Gráfica, em Brasilia, dezembro de 2016.

Tiragem de 10.000 exemplares

CONASEMS

COSEMS RJ

LAPPIS
INTEGRALIDADE
EM SAÚDE

UERJ

IMS INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Organização Pan-Americana da Saúde
Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde