



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

2ª EDIÇÃO | REVISADA E AMPLIADA

CEPESC
EDITORA



CONASEMS
COSEMS-RJ
LAPPIS/IMS/UERJ

**MANUAL DO (A)
GESTOR (A)
MUNICIPAL DO SUS**
“DIÁLOGOS NO COTIDIANO”

2ª EDIÇÃO - REVISADA E AMPLIADA

RIO DE JANEIRO
CEPESC
2019

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: Paulo Henrique Almeida Rodrigues

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Presidente: Mauro Guimarães Junqueira

Vice-Presidentes: Charles Cezar Tocantins de Souza e Wilames Freire Bezerra

CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Presidente: Maria da Conceição de Souza Rocha

Primeiro Vice-Presidente: Leônidas Henriger Fernandes

Segundo Vice-Presidente: Maria Celia Valladares Vasconcellos

Conselho Editorial

CONASEMS

Charles Cezar Tocantins de Souza

Luiz Filipe Barcelos

Nilo Bretas Júnior

COSEMS RJ

Marcela de Souza Caldas

Maria da Conceição de Souza Rocha

Marta Gama de Magalhães

Rodrigo Alves Torres Oliveira

LAPPIS/IMS-UERJ

Ana Maria Auler Matheus Peres

Lucas Manoel da Silva Cabral

Roseni Pinheiro

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).

© 2019 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: 2.ª EDIÇÃO - REVISADA E AMPLIADA - 2019
10.000 EXEMPLARES | 424 P.

DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES

CONASEMS

Esplanada dos Ministérios

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

Charles Cezar Tocantins de Souza

Lucas Manoel da Silva Cabral

Luiz Filipe Barcelos

Nilo Bretas Júnior

Marta Gama de Magalhães

Marcela de Souza Caldas

Rodrigo Alves Torres Oliveira

REVISÃO TÉCNICA

Alexandre Alves Modesto

Ana Maria Auler Matheus Peres

Charles Cezar Tocantins de Souza

Denise Rinehart

Lucas Manoel da Silva Cabral

Marcos da Silveira Franco

Maria da Conceição de Souza Rocha

Marta Gama Magalhães

Marcela de Souza Caldas

Nilo Bretas Júnior

Rodrigo Alves Torres Oliveira

Roseni Pinheiro

SECRETÁRIA EXECUTIVA

Ana Maria Auler Matheus Peres Lucas Manoel da Silva

Cabral Marta Gama de Magalhães Marcela de Souza

Caldas Rodrigo Alves Torres Oliveira

REVISÃO DE TEXTO

Tamires Marinho dos Santos

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS / BIBLIOTECA 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,
organizadores. – 2.ed. revisada, ampliada. – Rio de Janeiro: CEPESQ, 2019.
424p.

ISBN 978-85-9536-010-5

1. Sistema Único de Saúde. 2. Gestão em Saúde. 3. Saúde Pública. 4. Administração em saúde pública. 5. Política de saúde. 6. Regionalização. 7. Atenção primária à saúde. I. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. II. Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Laboratório de Práticas de Integralidade em Saúde.

CDU 614.39(815.3)

PROJETO GRÁFICO E ILUSTRAÇÃO

Grande Circular

AUTORES/COLABORADORES

Adriana Miranda de Castro

Alessandro Aldrin Pinheiro Chagas

Alexandre Alves Modesto

Ana Maria Auler Matheus Peres

Ana Raquel de Castro Octaviano

Blenda Leite Saturnino Pereira

Carlos Alberto Moutinho Saldanha de Vasconcellos

Charles Cezar Tocantins de Souza

Cristiane Aparecida Costa Tavares

Daniel Resende Faleiros

Denise Rinehart

Diogo Demarchi Silva

Elton da Silva Chaves

Fernanda Vargas Terrazas

Flávio Alexandre Cardoso Alvares

Gilberto Fonte Boa da Silva

Gustavo Machado Felinto

Helena Maria Seidl Fonseca

Iolete Soares de Arruda

Joselisses Abel Ferreira

Juliana Gagno Lima

Kandice de Melo Falcão

Karen Sarmento Costa

Lucas Manoel da Silva Cabral

Luiz Filipe Barcelos Macedo

Marcela de Souza Caldas

Manoel Roberto da Cruz Santos

Marcia Cristina Marques Pinheiro

Márcio Iorio Aranha

Marcos da Silveira Franco

Maria Célia Valladares Vasconcelos

Maria Cristina Sette de Lima

Maria da Conceição de Souza Rocha

Maria da Penha Marques Sapata

Mariana Batista Rodrigues Costa

Marília Cláudia Carvalhais Teixeira

Marizelia Leão Moreira

Marta Gama de Magalhães

Mauro Guimarães Junqueira

Mauro Lúcio da Silva

Murilo Porto de Andrade

Niilo Bretas Júnior

Orlando Jorge Pereira de Andrade Lima

Paulo Eduardo Xavier de Mendonça

Rodrigo Alves Torres Oliveira

Rodrigo Cesar Faleiro de Lacerda

Rodrigo Lages Dias

Roseni Pinheiro

Sayonara Moura de Oliveira Cidade

Soraya Galdino de Araujo Lucena

Silvia Regina Cremones Sirena

Sylvio Rômulo Guimarães de Andrade Júnior

Tatiana Coelho Lopes

Willames Freire Bezerra

Sumário

8	Apresentação
10	Introdução
18	Ser Gestor (a) Municipal do SUS
26	Vila SUS, Regiões e Seus Personagens
41	PARTE I - GESTÃO MUNICIPAL DO SUS
42	CAPÍTULO 1 Planejando o SUS no Município
66	CAPÍTULO 2 Participação da Comunidade na Gestão do SUS
76	CAPÍTULO 3 Fundo Municipal de Saúde e Financiamento do SUS
108	CAPÍTULO 4 Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
124	CAPÍTULO 5 Gestão da Assistência Farmacêutica no Município
146	CAPÍTULO 6 Administração Pública e o SUS
170	CAPÍTULO 7 Gestão da Informação no SUS
186	CAPÍTULO 8 Judicialização da saúde no Município

199 PARTE II - MODELO DE GESTÃO E ATENÇÃO À SAÚDE

200 CAPÍTULO 9 Rede de Atenção à Saúde e Organização do Cuidado no Território

240 CAPÍTULO 10 Qualificando a Atenção Básica

274 CAPÍTULO 11 Vigilância em Saúde no Município

298 CAPÍTULO 12 Articulação das ações de Promoção da Saúde no território

314 CAPÍTULO 13 Saúde Mental

334 CAPÍTULO 14 Gestão da Atenção especializada e Regulação do SUS no Município

364 CAPÍTULO 15 Gestão da Urgência e Emergência e da Atenção Hospitalar

385 PARTE III - REGIONALIZAÇÃO E GOVERNANÇA NA SAÚDE

386 CAPÍTULO 16 Regionalização no SUS

400 CAPÍTULO 17 Governança no SUS

410 APÊNDICE

Apresentação

Neste ano de 2019, temos a satisfação de apresentar a 2ª Edição Nacional do Manual do (a) Gestor (a) do SUS, no intuito de promover o diálogo baseado na troca de experiências de gestores e gestoras sobre o cotidiano da gestão da saúde, e consolidando sua função como guia de apoio à organização e ação da gestão municipal do SUS.

Trata-se do reconhecimento do seu valor de uso no cotidiano da gestão, diante da ampla utilização da primeira edição, que tem sido frequentemente identificada, seja compondo as mesas de trabalho dos gestores municipais, seja servindo de referência nos depoimentos em eventos, pesquisas e relatos dos (as) Secretários (as) Municipais de Saúde.

De forma semelhante à primeira edição, a 2ª Edição Nacional do Manual do (a) Gestor (a) também é fruto de um processo de construção coletiva, que reconheceu, no desafio de espelhar a realidade nacional do cotidiano de gestores, uma estratégia de se (re)pensar as práticas do Ser Gestor em diferentes contextos do território brasileiro. Território este, fortemente marcado por desigualdades sociais e especificidades culturais regionais, que trazem em seu bojo, não somente um conjunto de demandas por cuidado e necessidades de saúde, mas a explicitação de questões políticas, econômicas, sociais e institucionais de sua constituição.

Este processo resulta do fortalecimento da Rede CONASEMS-COSEMS que, por meio do amadurecimento de parcerias colaborativas, envolvendo universidades, institutos de pesquisa em serviços, reconhece um aspecto em comum: o desenvolvimento de projetos voltados para apoios institucionais em todo o país.

É sempre útil compartilharmos as histórias de aprendizado institucional, principalmente sobre a parceria que originou a proposta da primeira edição Nacional do Manual do (a) Gestor (a) do SUS. Tal proposta nasce quando o CONASEMS, articulado em rede com os COSEMS, desenvolvendo ações de apoio para fortalecer a gestão municipal, identifica no COSEMS RJ, mais especificamente, em seu objetivo de editar o Manual do (a) Gestor (a), última

versão em 2007, a experiência necessária para editar em conjunto um manual para o acolhimento ao (à) gestor (a) municipal de saúde em 2017.

A experiência acumulada pelo COSEMS RJ, em mais de 30 anos, que vem contando com parcerias de diferentes instituições acadêmicas e de assessorias técnicas, tem buscado reiterar o seu compromisso histórico de identificar e construir soluções para os problemas da gestão municipal da saúde no Estado do Rio de Janeiro. Destacamos aqui, duas delas: com o Instituto de Medicina Social da UERJ, por meio do CEPESC, em 1989, que desenvolveram o projeto “Municipalização é o caminho”, sob a liderança do Prof. Hésio Cordeiro, cujo objetivo consistiu em um extensivo e intensivo trabalho de capacitação e apoio aos municípios do Estado do Rio de Janeiro para implantação do Sistema Único de Saúde, previsto na promulgação da Constituição de 1988 e com o Instituto Brasileiro de Administração Municipal (IBAM), em 1993, na experiência inicial de edição em conjunto de um manual de curso para dirigentes municipais de saúde, passando pela primeira edição do Manual do Gestor Municipal da Saúde do Estado do Rio de Janeiro, em 1997 – 1999, quando o COSEMS era presidido por Luís Antônio da Silva Neves, atual prefeito de Piraí (RJ) e presidente da AEMERJ.

Publicar a segunda edição, revisada e ampliada do Manual do (a) Gestor (a), se justificava pela necessidade premente de atendermos demandas dos gestores, não somente no início da gestão, mas também para aqueles que se encontravam no meio do seu exercício. Com isso, novas situações surgiram, novas informações foram produzidas, o que nos exigiu a atualização de conteúdos, pois muitas delas resultavam do avanço de diversas políticas setoriais. Abordar novos temas, não incluídos na primeira edição, e revisar outros, *per si* já justificaria essa nova edição, sem contar o aumento expressivo da demanda apresentada pelos gestores nos diversos estados, o que faz reiterar que estamos no caminho certo de renová-lo.

Cabe-nos frisar que, vários conteúdos da primeira edição continuam valendo e, por isso, sua versão digital continuará ativa em nosso site. A primeira edição espelha o início da gestão e esta nova versão incluiu enredo e conteúdos que trazem referências do cotidiano dos gestores na metade do período de gestão municipal. Adotando e aperfeiçoando a metodologia de construção coletiva desenvolvida na primeira edição tornou possível elaborar a segunda em seis meses de trabalho, o que incluiu definição de conteúdo, alinhamento dos temas e elaboração de textos pelos colaboradores, validação do texto por grupo de diretores do CONASEMS de todas as regiões de saúde, retorno de texto aos colaboradores, oficina de consolidação final, trabalho de revisão ortográfica e de estilo de redação ABNT, design gráfico, aprovação e impressão gráfica.

Muito importante contar, mais uma vez, com a parceria do LAPPIS/ IMS/UERJ, que garantiu o apoio e orientações nas diferentes etapas do processo de elaboração, para que a primeira e a segunda edição do manual cumprissem nossas expectativas e pudessem ser ferramentas 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.

Os 17 capítulos organizados em 3 partes, que foram reorganizadas em: Gestão municipal do SUS, modelo de atenção e gestão da saúde e regionalização e governança da saúde, abordam temas, não somente pertinentes em qualquer tempo da gestão do SUS, mas aqueles que surgiram no intervalo entre a primeira e a segunda edição, com os quais um (a) gestor (a) municipal da saúde deve ter atenção, e em conjunto com a parte introdutória e o mapa itinerário. Com uma linguagem clara, acessível, a 2ª edição do

Manual vem apresentar os principais conceitos e diretrizes da política nacional de saúde e a realidade enfrentada pela maioria dos municípios. Alguns temas foram desmembrados em capítulos exclusivos como a judicialização da saúde no município, e outros foram incluídos como gestão da informação no SUS, saúde mental, gestão da atenção especializada e regulação do SUS, gestão da urgência e emergência e Atenção hospitalar, regionalização e, por fim, governança no SUS. Temas que na primeira edição não foram abordados por indefinição de políticas estão, portanto, incluídos nesta edição.

O cotidiano do SUS no município espelha o que faz o (a) Secretário (a) Municipal de Saúde para “ser gestor”, apresentado na parte introdutória desse manual: se afirma no agir político, que também é técnico e ético; na necessidade de manutenção do diálogo permanente com o controle social instituído, com a comunidade e com a sociedade organizada; na necessidade de manutenção do diálogo permanente com o trabalhador da saúde, com sua equipe de direção da secretaria de saúde e também com seus pares na gestão da saúde; manutenção do diálogo permanente com seus pares na gestão do município e com os poderes legislativo e judiciário. Algumas respostas existem, outras serão produzidas e várias teremos que construir juntos, com unicidade de princípios e compromissos com o SUS e com os municípios.

Essa publicação reafirma o compromisso do CONASEMS e do COSEMS RJ em produzir caminhos para o fortalecimento do SUS, seus princípios e diretrizes e também o protagonismo da gestão municipal nessa caminhada, de forma solidária e em articulação com todos os entes federados do país.

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

ROSENI PINHEIRO

A segunda edição, revisada e ampliada, do Manual do (a) Gestor (a) Municipal do SUS, surge da demanda de secretários e secretárias municipais de saúde das cinco regiões do país, que se reconheceram nos “diálogos cotidianos” de Ser Gestor do SUS, presente na primeira edição. Tal publicação contou com a parceria responsável entre o CONASEMS, o COSEMS/RJ e o LAPPIS/IMS/UERJ, desenvolvida desde 2016, que teve como principal objetivo acolher os Gestores Municipais de Saúde que iniciavam sua gestão no ano de 2017. Novamente, reunidas em agosto de 2018, as equipes dessas instituições realizaram um balanço sobre a percepção dos gestores e gestoras do SUS, referente a primeira edição do manual, que destacaram vários aspectos sobre seu uso e adequação nas práticas cotidianas de gestão da saúde.

Considerado um “livro de cabeceira” por muitos secretários e secretárias, e também por promotores e promotoras de justiça, pareceu-nos evidente que a expectativa dos gestores e gestoras municipais de saúde do país por uma nova publicação do manual do gestor crescia *pari passu* ao seu uso. O consenso que se confirmava nesse balanço, era de que tal crescimento se relacionava com os inúmeros exemplos de usabilidade do manual na gestão do SUS, recorrentemente debatidos em diferentes espaços de deliberação, de educação permanente e de participação desses gestores e gestoras.

Em uma primeira aproximação com as percepções apresentadas, tornou-se possível destacar três elementos conceituais e práticos, considerados de fundamental importância, para compreender o cotidiano da gestão municipal do SUS: 1) ênfase no planejamento, com o uso de seus instrumentos para organização das ações e serviços de saúde, em especial, as redes de atenção à saúde; 2) qualificação das equipes de saúde por meio da adoção de estratégias de educação permanente e ampliação do conhecimento de força de trabalho e 3) participação dos usuários em diferentes espaços de tomada de decisão sobre a gestão das políticas, seja como conselheiros, seja como seguimentos organizados de lutas sociais. Diante desses elementos,

configurou-se uma necessidade premente de se produzir um novo manual contemplando, não somente a revisão do seu conteúdo, mas, também, a sua ampliação com a inclusão de novas temáticas e assuntos.

Diferentemente da primeira edição, que se endereçava aos gestores e gestoras no início da gestão, a segunda edição traz como enfoque “a evolução da gestão”. Isto significou reconfigurar a estrutura de suas partes, de tal modo que fossemos capazes de contemplar questões, tanto do início, quanto do meio do exercício da gestão municipal.

Utilizando-se da mesma metodologia empregada na primeira edição, o Conselho Editorial do Manual definiu três orientações editoriais: a) inclusão de novos capítulos; b) revisão e atualização de normativas nos capítulos existentes; e c) redefinição com agrupamento de duas ou mais temáticas afins e suas respectivas atualizações. Somaram-se a isso outros desafios, quais sejam: atingir a meta de se reduzir o número final de páginas, manter os elementos do enredo já produzido (com os mesmos personagens e cenários da primeira) e ampliar o uso de recursos infográficos, tais como: descrição de itinerários por meio de situações-problemas e atravessamentos de casos. Afinal, a Gestão do SUS não para!

Com um percurso temático redefinido, que reúne 17 capítulos, reorganizado em três partes – Gestor Municipal do SUS, Modelo de Atenção e Gestão à Saúde e Governança Regional, buscou-se a orientação pelo horizonte normativo da integralidade do cuidado, mas enfatizando a prática do apoio regionalizado, na direção da governança regional. Ressalte-se que esta orientação foi consubstanciada, também, por importantes aportes, que foram oferecidos por cada uma das instituições parceiras – CONASEMS/COSEMS/LAPPIS/IMS/UERJ, com as quais compartilhava produtos de pesquisas, cooperações e assessorias em outras parcerias desenvolvidas em seus nichos locais. Na prática, isso significou a ampliação do número de colaboradores, de devolutivas, de validações e de recursos infográficos, além de um rigoroso controle dos prazos e de preparação, com revisão dos textos e de suas partes. Vejamo-lo.

Na parte I, reiteramos a liderança do tema do Planejamento, que traz na sequência de capítulos, temas voltados para os saberes e práticas organizativas de seus componentes e instrumentos. Além dos seis capítulos já existentes na primeira edição, foram incluídos os seguintes: “Gestão da Informação” e “Judicialização da Saúde”, que, por razões distintas, são consideradas separadamente na gestão municipal do SUS. No primeiro, porque a gestão de informação da saúde requer o conhecimento e manejo dos sistemas que instrumentalizam e apoiam a gestão do SUS, ou seja, em todas as esferas, nos processos de planejamento, programação, regulação, controle, avaliação e auditoria. No segundo, porque os processos de judicialização na saúde têm se apresentado, no cotidiano da gestão, como verdadeiros desafios, quando não obstáculos, que se diferenciam daqueles originados da administração pública, na medida em que, esses processos já acumulam muitas especificidades, exigindo “alargar os diálogos” com atores distintos, daqueles já conhecidos no setor saúde, o judiciário.

Já na parte II, sem dúvidas, estão reunidas as principais mudanças dessa segunda edição do Manual. Começando pelo título da parte, que denominada de “Modelos de Atenção e Gestão da Saúde”, vem representar o esforço, mais do que intensivo, de organização e compartilhamento de conteúdos, saberes e práticas constitutivas do cuidado como valor da gestão do SUS. Iniciando com o capítulo “Construindo a Rede de Atenção à Saúde e Organização dos Cuidados no Território”, que na primeira edição se encontravam separados, traz a narrativa de uma “situação-problema” coerente com o cotidiano de muitas jovens usuárias que demandam por cuidado no SUS. Tal situação teve seus efeitos e repercussões refletidas em outros capítulos, principalmente, no capítulo seguinte “Atenção Básica no município”, no qual assumimos o imperativo de sua responsabilidade pela coordenação do cuidado no território com o papel de ordenadora das redes de atenção à saúde.

Presente na edição anterior, os temas da vigilância em saúde e da promoção à saúde, que são discutidos nos capítulos “Vigilância em Saúde no Município” e “Articulação das ações de Promoção da Saúde”, ganham revisão e atualização no que diz respeito às práticas de atenção, promoção da saúde e a prevenção de doenças. O capítulo “Saúde Mental” propõe um resgate histórico, prático de suas políticas, com uma abertura de diálogos com outros pontos de atenção. Para encerrar esta parte, são inscritos duas temáticas fundamentais para orientar e sustentar o modelo de atenção e gestão da saúde no município no horizonte normativo da integralidade do cuidado: “Gestão da Atenção especializada de média e alta complexidade e Regulação do SUS no Município” e “Gestão da Urgência e Emergência e da Atenção Hospitalar”.

Por último, a parte III, reunindo dois capítulos sobre os temas “Regionalização” e “Governança” que, criados especialmente para esta edição, apresentam perspectivas conceituais, práticas e operacionais de garantia

do direito à saúde, destacando vários aspectos como as responsabilidades das diferentes esferas de gestão do SUS. A partir de narrativas envolvendo personagens e cenários em um estágio mais avançado da evolução da gestão, coroa o amadurecimento do debate propondo uma alternativa de governança regional.

Com a ampliação do seu escopo temático, acreditamos que a segunda edição, assim como foi com a primeira, traz um guia/mapa, do Manual do (a) Gestor (a) Municipal do SUS, no intuito de oferecer subsídios capazes de auxiliar o (a) gestor (a) no seu percurso prático sobre os principais temas da gestão do Sistema Único de Saúde. Constituir-se numa fonte útil de consulta diária do (a) Secretário (a) Municipal de Saúde e sua equipe, que configura a principal finalidade deste manual, no que se refere o estabelecimento de conexões, atualizadas, entre as normativas dos diversos temas do SUS vis-à-vis sua aplicação no cotidiano da gestão municipal de saúde.

Pareceu-nos evidente que, as atribuições jurídicas-normativas-institucionais exigidas para lograr os princípios do SUS na ponta do sistema, requeriam do Conselho Editorial e dos representantes das instituições parceiras, a renovação de esforços éticos-políticos-institucionais, de não somente ampliar e atualizar tais normativas, mas incluir descrições singulares sobre sua utilização. Desta forma, intensificar o valor de uso da segunda edição deste manual significou três ações: diversificar a produção bibliográfica referenciada, potencializar os recursos infográficos (criação de links e diagramas mapas) e empregar uma dinâmica temporal no enredo e personagens.

Acreditamos que as perguntas e respostas feitas na primeira edição do Manual permanecem como guias nesta segunda, como por exemplo: Quais são os instrumentos, normativas e processos existentes, atualizados ou redefinidos, necessários para promover a articulação da política e do plano de saúde na gestão do SUS?

E acrescentamos outra subjacente a essa mais desafiadora: Qual(is) é(são) o(s) caminho(s) de efetivação do direito humano à saúde, que traduz(em) a garantia de oferta de cuidados para todos cidadãos residentes em todos os municípios, nas cinco regiões do país?

Apostamos que, a regionalização da saúde, orientada pela ideia de governança, configura o caminho mais promissor, na medida em que reúne os atributos habilitadores capazes de auxiliar no enfrentamento dos desafios, obstáculos e impasses determinados pela pluralidade das especificidades regionais, intra e inter regionais existentes no território brasileiro. Construir respostas para garantia do direito à saúde, a partir da experiência de avanços alcançados, embasam essa nossa assertiva, que inclui a defesa intransigente do SUS como direito humano ao cuidado a todo cidadão brasileiro.

Com isso, entendemos que o SUS continua vibrando em diferentes lugares do país, se fazendo ouvir por meio de uma pluralidade de vozes, na qual a gestão é uma de suas sínteses.

Sobre o percurso da construção:

Em outubro de 2018, com o estabelecimento do Termo de Cooperação entre COSEMS-RJ e CONASEMS, por meio do Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva (CEPESC), mais especificamente LAPPIS-IMS-UERJ, foi criado o Conselho Editorial, juntamente com uma secretaria executiva, para coordenar a elaboração da publicação. Como se disse ao início, a metodologia de trabalho utilizada nesta segunda edição, se manteve coerente com aquela da primeira edição, que contou com uma construção coletiva do planejamento das atividades, que consistiu na execução de três etapas: a) produção de textos; b) revisão e consolidação de conteúdos; e c) edição da publicação.

Entre os meses de dezembro de 2018 e março de 2019 foram realizadas quatro oficinas de trabalho, sendo que, três ocorreram no Estado do Rio de Janeiro e uma no Distrito Federal, em Brasília. Reunindo cerca de 40 participantes, as oficinas possibilitaram que fossem esclarecidas as dúvidas e acolhidas as sugestões dos participantes, buscando construir pactos para num primeiro momento definir a unidade conceitual e coerência entre os vários capítulos. Com isso, os objetivos foram discutidos e cumpridos, quais sejam: a) alinhamento e orientação com os autores/revisores; b) apresentação dos elementos do termo de referência pelo Conselho Editorial¹, em encontro com os autores novos e antigos, para apresentação e/ou proposta de revisão; c) validação dialógica de conteúdos; e d) consolidação dos textos e capítulos, com revisão dos textos finais pelo conselho editorial. Durante os meses de abril e maio de 2019 caminhamos para a finalização da etapa de revisão técnica, que se colocava como o último estágio para fechamento da edição, as ações envolvendo o trabalho de revisão ortográfica e de estilo de redação ABNT, design gráfico, aprovação e impressão gráfica.

Ressalta-se que a ampliação do escopo dos objetivos, a fim de atender as especificidades da elaboração da segunda edição do manual, exigiu do conselho editorial o aprimoramento das estratégias de execução das etapas. Maior atenção foi dada a organização da programação das “Oficinas de Trabalho”, de modo a adensar a “Revisão Técnica”, que por meio do matriciamento de conteúdos², possibilitou “perflar” elementos considerados obri-

1 Este termo de referência, criado especificamente pelo Conselho Editorial, a partir da experiência da primeira edição, serviu para guiar a proposição de roteiros a serem validados que, ao serem aprovados subsidiaram a construção de uma Matriz Conceitual do Manual do Gestor. Com esta matriz podemos auxiliar a elaboração dos textos de cada capítulo, de modo a minimizar os riscos de duplicação de conceitos, incoerência interna e potencializar a relação dos capítulos do Manual.

2 O Conselho Editorial desenvolveu uma Matriz Analítica de Conteúdos, com base na experiência de elaboração da Matriz Conceitual criada na primeira edição, que reuniu elementos obrigatórios em cada um dos capítulos, de modo a possibilitar a avaliação da sua pertinência e coerência como o tema proposto e também com os temas dos demais capítulos, além de, sobretudo, alcançar a versão mais acabada da versão final do manual.

gatórios em cada um dos textos. Além disso, permitiu que cada membro do conselho editorial realizasse uma avaliação comparada com os apontamentos dos avaliadores externos e consolidada posteriormente na revisão técnica. Cabe destacar a participação e colaboração intensiva das coordenações das instituições parceiras envolvidas (CONASEMS, COSEMS-RJ e LAPPIS,) na revisão técnica final dos textos, assim como dos elementos pré-textuais.

Sem dúvidas, as etapas de elaboração da segunda edição do Manual do Gestor constituíram-se em espaços de entrosamento onde os diferentes autores puderam se conhecer e interagir, onde os conteúdos puderam ser discutidos, cuja participação de apoiadores e gestores contribuiu decisivamente para sua validação, revisão e consolidação.

Talvez, o maior desafio encontrado na elaboração da segunda edição do Manual tenha sido o de buscar garantir uma maior dinamicidade entre personagens e cenários, que pudessem, em tempos distintos da evolução da gestão, criar espaços em comum onde os gestores e gestoras se identificassem com as experiências e aprendizados proporcionados pela discussão das temáticas selecionadas. Nesse sentido, construir caminhos para construção da RAS na perspectiva da integralidade do cuidado, requereu assumir o atributo da AB como ordenadora do sistema municipal de saúde: a longitudinalidade do cuidado. Desta forma, determinadas situações-problemas foram destacadas pelo conjunto de evidências que apontavam para Atenção Básica, com responsabilidade precípua de ordenação do sistema e, por isso, assumia a coordenação do cuidado na construção de redes de atenção regionalizadas.

Com isso, tornou-se necessário reconstruir a caracterização dos personagens e dos municípios-cenários, ampliando-os para regiões-cenários, e inserir a personagem de uma gestora que inicia sua experiência de gestão municipal da saúde, após a quinta troca de secretários. É importante ressaltar que as situações problemas existentes em cada um dos capítulos foram criadas a partir das experiências vividas pelos colaboradores-autores em suas práticas cotidianas e nas oficinas de compartilhamento e validação.

Nesse sentido os recursos gráficos utilizados para ilustração das narrativas dos casos/situação, tais como figuras, desenhos e diagramas, foram especificamente criados para este fim: ampliar o imaginário do leitor gestor de tal modo que pudesse acolher sua própria experiência.

A seguir o detalhamento dessa caracterização que tem como objetivo auxiliar os gestores e gestoras na leitura das transformações ocorridas nos “diálogos cotidianos” do Manual do (a) Gestor (a) Municipal do SUS nessa sua segunda edição.

Encerra-se essa introdução preservando a ideia central que vigorou para conclusão desta segunda edição, fruto da experiência exitosa da elaboração da primeira, que foi desenvolver temáticas nos 17 capítulos, reagrupadas em três partes, de modo a compor o conteúdo do Manual. Desta forma, deveriam mais uma vez configurar os diferentes espaços-cotidianos onde as narrativas e os diálogos, baseados em situações concretas, pudessem ganhar “vida”. Com isso, constituiria-se um imaginário de práticas e de saberes dos gestores capaz de estimulá-los a pensar e agir em concerto com os princípios do SUS, no caminho da Governança Regional.

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 passaram 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, 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 poucos 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(a) 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.*

Olga, após dois anos de gestão municipal do SUS, reafirma seu compromisso com a construção de um sistema público de saúde, que garanta cidadania para a população e se balize pela defesa intransigente da vida.

Olga se sente muitas vezes desafiada e inspirada, outras por vezes “sem fôlego”! O retorno do usuário, das equipes e dos seus pares de gestão, lhe contagia para essa construção permanente.

Após anos de gestão, Olga tem vivenciado um novo momento no campo da troca de experiência e socialização de conhecimento sobre a sua trajetória à frente da Secretaria de Saúde de Vila SUS. Nas reuniões da CIR conheceu Íris, a recém Secretária de Saúde de Céu Azul, que iniciou sua gestão vivenciando muitas dificuldades e sem nenhuma experiência no campo da gestão municipal do SUS.

O processo solidário, de apoio e aprendizado entre as gestoras, tem contribuído para que Íris sinta-se fortalecida diante de tantos desafios. A rotatividade de gestores da saúde no seu município, levou à descontinuidade de ações e processos com comprometimento do sistema de saúde, forte impacto no cuidado à população e nos indicadores de saúde.

Apesar de todo esse contexto, Íris se sente mobilizada e apoiada pelos diversos atores e espaços coletivos de discussão do SUS, que lhe possibilitam aprendizado e a certeza de que é possível construir um SUS forte tanto no município, quanto na região de saúde. Contar com seus pares de gestão e com o COSEMS nessa caminhada, faz toda a diferença.

Não há espaço para desistir, renunciar, diante de tanta grandeza, beleza, sofrimento e complexidade nesse processo. É preciso acreditar na vida, nas possibilidades, nas ações, nas instituições, nas pessoas. Mesmo diante de tantas forças contra hegemônicas ao SUS. Olga e Íris tem vivência cotidiana de que é possível fazer. Com conhecimento, compromisso político, apoio e coletivos fortes e participantes. Antes de tudo, as gestoras sabem que o SUS É POSSÍVEL e está VIVO!

Nesses 31 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.

Maria da Conceição de Souza Rocha

Presidente do Conselho de Secretarias Municipais
de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

VILA SUS, REGIÕES E SEUS PERSONAGENS



OLGA E SUA EQUIPE DE TRABALHO

Olga é moradora de Vila SUS, profissional de saúde e servidora deste município há mais de 10 anos. Já trabalhou em diversos setores da secretaria de saúde, chegando a assumir a coordenação de alguns deles e, há pouco mais de dois anos, atua como gestora municipal desta pasta. Nossa secretária conhece bem a saúde em seu município e tem demonstrado forte compromisso com a saúde pública nessa sua primeira experiência como Secretária Municipal de Saúde.

Muitos medos e obstáculos foram vencidos nestes primeiros anos como gestora. Mas, apesar de sua dedicação e compromisso, as dificuldades na gestão permanecem. Ainda é forte a pressão do judiciário para procedimentos e medicamentos, assim como a incompreensão da Procuradoria Geral do Município sobre as regras do SUS, especialmente frente às novas normativas do financiamento e seus respectivos blocos. O pouco apoio técnico por parte da Secretaria Estadual de Saúde, a inconstância dos repasses estaduais aos municípios, a legislação federal que vem restringindo o financiamento do SUS e a crise financeira que assola o país, também se configuraram como grandes entraves neste cenário.

Outro grande desafio diz respeito à qualificação da sua equipe de gestão e atenção à saúde para atuar nas várias frentes e demandas da Secretaria. Ela descobriu que é impossível tocar sozinha uma SMS. Equipes fortalecidas, qualificadas e comprometidas fazem toda a diferença para o protagonismo da gestão municipal e da produção do cuidado junto ao usuário.

Desde que assumiu a gestão, Olga se aproximou muito dos secretários de sua região de saúde e, juntos, conseguiram trabalhar para o fortalecimento da mesma no âmbito da regionalização. Com a parceria de Vitória, apoiadora do COSEMS, Olga se inseriu nos espaços de discussão bipartite e, hoje, é a vice-regional do COSEMS na região de VALE FELIZ, onde se localiza Vila SUS, Aurora, Girassol e outros quatro municípios. Joana (secretária de saúde do município de Girassol) e José Carlos (secretário de saúde do município de Aurora) apoiaram-na muito nesse processo e também participam ativamente das reuniões regionais e todas as outras promovidas pelo COSEMS de seu estado.

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 (NASFI).

Vila SUS possui ainda um CAPSI ('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

PERSONAGENS DE VILA SUS



VITÓRIA

Apoiadora regional do COSEMS, onde atua há seis 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. Em 2017, passou a integrar a equipe de apoiadores do Projeto Rede Colaborativa para Fortalecimento da Gestão Municipal do SUS, uma parceria entre CONASEMS, Hospital Alemão Oswaldo Cruz e Ministério da Saúde, com adesão do COSEMS de seu estado. Essa nova etapa no desenvolvimento do apoio institucional tem proporcionado momentos de formação e troca de experiências sobre o apoio realizado em todo o território nacional.



THAÍS

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 nessa área de conhecimento. Atua junto ao COSEMS há 14 anos.



JORGE

Sanitarista concursado pela SES. Atua como representante de nível central na regional de Vila SUS (VALE FELIZ). 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 tecnopolítica dos gestores, tentando produzir de fato uma rede regionalizada de saúde.



SIMONE

Atual diretora do “Hospital Municipal Mário Magalhães” de Vila SUS. Médica pediatra, servidora de Vila SUS há 11 anos, seis 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, porque confia na amiga, e compartilha com ela o sentimento de que a hora de qualificar o SUS municipal é agora.



EDUARDO

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 e, convidado por ela, assumiu a coordenação da Vigilância em Saúde de Vila SUS desde o início de sua gestão.



FERNANDA

Farmacêutica pós-graduada em Saúde Coletiva. Coordena a Assistência Farmacêutica de Vila SUS desde o início da gestão de Olga. Naquele momento, Fernanda havia retornado ao município após atuar por vários anos na capital.



LÚCIA

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 amizade desde então. Nesses 12 anos de atuação profissional em Vila SUS, nunca se distanciou do tema atenção especializada. Quando Olga assumiu a secretaria, não pôde pensar em ninguém melhor para o desafio de organizar a gestão da atenção especializada.



VALÉRIA

Coordenadora da AB de Vila SUS. Psicóloga que atua há cinco anos no município – entrou no último concurso – no Núcleo de Apoio à 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 fazem Olga acreditar no potencial da jovem psicóloga que demonstra muita vontade em fazer o SUS acontecer pra valer!



MARLENE

Assessora técnica do gabinete da Secretária Olga, representante do município de Vila SUS na Câmara Técnica da CIR. Trata-se de profissional de saúde com longa experiência em gestão, planejamento e educação permanente em saúde. Exerce o papel de ativadora dos processos internos de gestão e integração das equipes municipais, a partir das discussões e pactuações da regionalização.

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 (NASFI).

Aurora possui ainda um CAPS I ('Centro de Atenção Psicossocial Nise da Silveira'), 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.

PERSONAGENS DE AURORA



JOSÉ CARLOS

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, pôde conhecer por dentro os problemas da saúde pública do município e os caminhos para resolvê-los.



MARIANA

Amiga de infância de Olga, atua há 14 anos como Enfermeira na Maternidade de Aurora.

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 Paulo Freire'), 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 dois 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.

PERSONAGENS DE GIRASSOL



JOANA

Secretária de Saúde de Girassol. Atua no município há 25 anos e já foi secretária de saúde por outras duas vezes. Tem larga experiência na gestão municipal de saúde, foi presidente do COSEMS e participou da diretoria do CONASEMS. Há cerca de dois anos, assumiu novamente o desafio de gerir o SUS em seu município, o qual passa por importantes dificuldades.

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 com 33 leitos.

PERSONAGENS DE FREIRE



JOÃO PEDRO

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 com aprovação da população.

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.

CÉU AZUL:

Céu Azul é um município de pequeno porte (16.000 habitantes) em algum lugar do Brasil. Compõe uma região de saúde de Vale Feliz com mais oito municípios. Apresenta como principais atividades econômicas a agropecuária e o comércio local.

Céu Azul apresenta cobertura de 55% da Atenção Básica e 80% de Saúde da Família. Sua rede assistencial é composta por cinco Unidades Básicas de Saúde, sendo duas com atenção básica tradicional (com clínico, pediatra e gineco-obstetra), e três Unidades com Equipes de Saúde da Família, sendo duas ESF, três equipes de saúde bucal no total e uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF I).

Céu Azul possui ainda um CAPS I ('Centro de Atenção Psicossocial Paulo Amarante'), uma Unidade de Suporte Básico (USB) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Céu Azul possui também um hospital municipal com 23 leitos.

PERSONAGENS DE CÉU AZUL



ÍRIS

Nova secretária de saúde de Céu Azul, município vizinho de Vila SUS. Assumiu a gestão faz dois meses e está encontrando muitas dificuldades. Íris nunca trabalhou na gestão, mas como o prefeito, seu amigo, não consegue fixar ninguém no cargo, aceitou ajudá-lo nesta empreitada. Íris é a quinta secretária de Céu Azul nos últimos dois anos.

REGIÃO VALE FELIZ

Vale Feliz é uma região de saúde em algum estado do Brasil e corresponde a 12% da área total do estado e 6% de sua população. Composta por sete municípios (Girassol, Aurora, Vila SUS, Rosa Amarela, Margarida, Céu Azul e Estrela), caracteriza-se por uma paisagem com formações diversas, entre montanhas e colinas, compondo o grande vale do Rio Feliz. A diversificação da paisagem e das formas de ocupação do solo concedeu à região oportunidades nos vários setores da atividade econômica – agropecuária, comércio, serviços e indústria. Girassol é seu maior município com, aproximadamente, 158.000 habitantes e é o polo macrorregional.

REGIÃO SERRA DOS SONHOS

Localizada no limite com a região Vale Feliz, Serra dos Sonhos é uma região formada por Freire, município modelo do estado, e mais oito municípios. A população residente na região corresponde a 2% da população do estado. A cobertura de equipes de saúde de atenção básica na região está acima da média estadual. No que se refere à participação dos gestores nas instâncias de pactuação, Serra dos Sonhos se destaca pela excelente participação dos (as) secretários (as) na CIR e nas demais reuniões regionais e/ou estaduais. Com forte liderança de João Pedro, secretário municipal de saúde de Freire, todos os secretários trabalham em parceria.

MACRORREGIÃO DE BONS CAMINHOS

Trata-se de território que abrange as regiões de Vale Feliz e Serra dos Sonhos, composta por 16 municípios. Essa configuração foi estabelecida a partir da capacidade instalada de média e alta complexidade das duas regiões e pactuação regional para garantia do acesso. O município de Girassol é o polo de alta complexidade em oncologia e TRS. O desenho da macrorregião é uma novidade no processo de regionalização, estabelecendo novos desafios na relação interfederativa entre os entes.

PARTE 1

GESTÃO MUNICIPAL DO SUS

CAPÍTULO

01

PLANEJANDO O SUS NO MUNICÍPIO

Elá se foram dois anos de gestão. Olga¹, à frente da Secretaria de Saúde de Vila SUS nesse tempo, chega à primeira reunião do COSEMS (Conselho de Secretarias Municipais de Saúde) do ano que se inicia. Já não se trata de uma novidade. Reuniões como essa, ou da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), ou ainda da Comissão Intergestores Regional (CIR) são parte da intensa rotina desta secretária de saúde.

O tempo voou. Olga está impressionada com a velocidade que essa experiência vem imprimindo em sua vida. De fato, nessa primeira metade de gestão, Olga trabalhou intensamente. Ela sente isto. Percebe-se mais experiente e familiarizada com a complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), com seus aspectos econômicos, políticos, programáticos e conceituais.

1 Na primeira edição deste manual, Olga iniciava sua primeira experiência como gestora. Para saber mais, ver: CONASEMS, COSEMS-RJ, LAPPIS/IMS/UERJ. Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS: Diálogos no Cotidiano. Rio de Janeiro, CEPESC/IMS/UERJ, 2016.



PPA



LDO



LOA



Mas, tal posição não a livra de possuir questionamentos e dúvidas sobre muitas coisas da gestão e do planejamento do SUS. E para esta secretária, essas reuniões são sempre um espaço potente para trabalhar suas questões. Espaço de trocas entre gestores e profissionais do SUS com diferentes formações e trajetórias.

Ela avista Vitória, apoiadora regional do COSEMS, que acompanha a região de Vale Feliz. Aproxima-se para cumprimentá-la:

O: Oi Vitória, como vai? Cá estamos nós! Iniciando os trabalhos deste ano!

V: Não é, Olga?! O tempo voa!

O: Vinha para reunião de hoje pensando nisso! Não acredito que já cumpri metade da gestão!

V: E cumpriu muito bem!

O: Mas estou cheia de questões! Espero que tenhamos um tempinho pra conversar!

Se para Olga esta reunião não é novidade, à Íris é. Recém-empossada ao cargo de secretária de saúde de Céu Azul, Íris inicia sua primeira experiência em gestão. Enfermeira, trabalhadora do SUS, com uma boa experiência em Saúde da Família e em regulação, Íris está preocupada. Em dois anos, Céu Azul já teve quatro secretários. Tal dificuldade de fixação de um secretário colocou este município em uma situação de desorganização da gestão e atraso de produção e entrega dos instrumentos de planejamento do SUS.

Ao fim da reunião do COSEMS, Íris procura Vitória. Está cheia de dúvidas sobre seu início de gestão. Olga percebe a conversa entre Vitória e Íris e se aproxima, sendo apresentada à nova secretária por Vitória. A apoiadora está a explicar à Íris a importância de, neste momento, se dedicar a produção dos instrumentos de planejamento do SUS. Vitória explica à Íris três marcos legais/normativos importantes à definição e organização dos instrumentos de planejamento, uma vez que Céu Azul ainda não os fez:

O Decreto nº 7.508², de junho de 2011, 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 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 04 fev. 2019.

A Lei Complementar nº141³, de janeiro de 2012 (LC 141/2012) 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 entes federativos, bem como os mecanismos de planejamento e financiamento do SUS;

O Título IV, Capítulo I, da Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017⁴ (que substitui a Portaria MS/GM nº 2.135, de setembro de 2013), que estabelece diretrizes para o planejamento do SUS, define como instrumentos do planejamento em saúde o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual da Saúde (PAS), o Relatório Anual de Gestão (RAG) e o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e orienta os pressupostos para o planejamento.

ESTES SÃO OS QUATRO PRINCIPAIS INSTRUMENTOS DO PLANEJAMENTO DO SUS:



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE (PMS);



PROGRAMAÇÃO ANUAL DA SAÚDE (PAS);



RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO (RAG);



RELATÓRIO DETALHADO DO QUADRIMESTRE ANTERIOR (RDQA).

3 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 nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 04 fev. 2019.

4 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das Normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (Título IV, Capítulo I). Brasil, Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html>. Acesso em: 04 fev. 2019.

Vitória explica à Íris que 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 ao Conselho Municipal de Saúde.

FIGURA 1: Cronograma dos instrumentos de planejamento e orçamento



Fonte: elaborado pelo autor.

A obrigatoriedade do Plano Municipal de Saúde (PMS) na gestão do SUS está prevista nos principais dispositivos legais que norteiam o processo de descentralização do SUS. 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 é elemento fundamental à Programação Anual de Saúde (PAS) e ao Relatório Anual de Gestão (RAG).

O PMS deve conter uma análise situacional da saúde do município (a estrutura do sistema, sua rede de saúde, as condições socio sanitárias, 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 março do primeiro ano de governo, e, consequentemente, subsidiando o planejamento orçamentário do município⁵.

5 MOTTIN, LM. Elaboração do Plano Municipal de Saúde: desafio para o município. Um estudo no Rio



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: final de março do primeiro ano de governo.**

A Programação Anual de Saúde (PAS) descreve anualmente as ações e seus respectivos recursos financeiros planejados e, também, os objetivos e metas atrelados a tais ações. A PAS deve ser aprovada pelo CMS e isto deve ocorrer antes do encaminhamento da 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 fins do mês de março, para sua vigência no ano seguinte.



PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE (PAS)⁶:

» **Conteúdo básico:**

- *Metas (atreladas a);*
- *Ações (atreladas a);*
- *Recursos.*
- *Validade: anual.*
- *Prazo: final de março de cada um dos 4 anos de governo.*

Grande do Sul. Rio de Janeiro. Dissertação (mestrado) ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <<http://portaldesicict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/1999/mottinlmm/capa.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2019.

6 Deve ser embasada na Portaria 3.992. Ver detalhes no Capítulo 3.

O Relatório Anual de Gestão (RAG) é outro importante instrumento de planejamento do SUS, previsto em diversos dispositivos legais do SUS como a LC 141/2012 e no Título IV, Capítulo I, da Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. O RAG refere-se à apresentação de resultados atrelados à Programação Anual de Saúde, 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 conselho⁷.



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 Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA). Este deve ter seu conteúdo semelhante ao RAG, que será produzido a partir do somatório dos três RDQA, 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 Vereadores. 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.

7 MINAS GERAIS. Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais. Manual: Prazos da gestão à vista. Belo Horizonte, 2016. Disponível em: <https://www.cosemsg.org.br/site/Arquivos/06_publicacoes/03_Manual%20do%20Gestor/Prazos%20da%20GestA%20o%20A%20Vista%20-%206a%20EdiA%20A%20o.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2019.



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;

» **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 parágrafo do artigo 36 da LC 141/12 dispõe sobre um modelo padronizado simplificado para o RDQA, para os municípios com até 50 mil habitantes, cujo instrumento mereceu aprovação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nos termos da resolução CNS nº459, de 10 de outubro de 2012, que contempla a estrutura do relatório.

Os gestores municipais devem se atentar sobre a necessidade de, não apenas produzirem os instrumentos, mas, também, de fazerem uso do DigiSUS Gestor – Módulo de Planejamento (DGMP)⁸, ferramenta que compõe a estratégia e-Saúde (ver Capítulo 7 – Gestão da Informação).

DigiSUS Gestor – Módulo de Planejamento (DGMP): Sistema de informação desenvolvido a partir das normas de planejamento do SUS, devendo ser alimentado pelas gestões municipais e estaduais, segundo as informações produzidas nos instrumentos de gestão (PMS, PAS, RAG e RDQA) e as pactuações interfederativas (metas e indicadores pactuados nacionalmente na Comissão Intergestores Tripartite - CIT).

É necessário ter 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. Neste sentido, o cronograma e os prazos que regem estes instrumentos estão intimamente ligados ao cronograma dos instrumentos legais do orçamento municipal.

8 Para maiores informações sobre o DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento, consultar: Manual do Usuário – Módulo Planejamento: DigiSUS Gestor. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/12/Manual_7250273_INSTRUTIVO_GERAL_DGMP_26_11.Final_.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2019.

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 semelhante ao PMS, ou seja, 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. Este deve estar em coerência em relação 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.



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)⁹, 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 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 abril.

9 Para saber mais sobre a LRF, consultar: Senado Federal. Lei de responsabilidade fiscal. Brasília, Senado Federal, Coordenação de edições técnicas, 2017. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/530796/LRF_1ed.pdf> Acesso em: 04 fev. 2019.



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; 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, avalia a execução orçamentária e financeira da saúde¹⁰.

Olga acompanhou as explicações de Vitória à Íris sobre os instrumentos de planejamento do SUS e do governo. Ao longo da conversa também discorreu sobre sua experiência em Vila SUS. Lembrou da importância do PMS ser elaborado e aprovado por um CMS em funcionamento, assim como orienta a LC 141/12.

O: E outra coisa importante é o Fundo Municipal de Saúde ativo e funcionando!

I: Nossa, quanta coisa! Será que eu vou dar conta de tudo isso?!

V: Vai sim Íris! E eu e o COSEMS estamos aqui para apoiá-la! Você viverá os próximos meses de Céu Azul como se estivesse vivendo o início do governo há dois anos atrás. Produzirá nos próximos meses o PMS, a PAS, o RAG e o RDQA. A PAS deve estar coerente perante o PMS. Isto contribuirá no planejamento orçamentário de seu município. E no ano que vem novamente uma PAS, um RAG e três RDQA. Estes instrumentos devem fazer parte do seu cotidiano, apoiando sua gestão!

Atenção Secretário: se o seu município não tem o PMS, a PAS, o RAG e o RDQA, providencie o mais rápido possível. Veja a indicação de passo a passo ao final deste capítulo.

O: Puxa, podíamos conversar sobre isto Vitória! Tenho reconhecido que em Vila SUS estamos tendo dificuldade de fazer uso destes instrumentos no cotidiano da gestão. Consegui produzi-los, mas não os vejo plenamente integrados ao cotidiano da gestão! Sinto a necessidade de organizar um processo de monitoramento e avaliação contínuo na gestão, que nos subsidie tomadas de decisões! Será que alguém dá conta de operacionalizar isso?!

10 CNM. Confederação Nacional de Municípios. Planejamento Municipal. Brasília, CNM, 2013. Disponível em: <<http://www.cnm.org.br/biblioteca/exibe/954>>. Acesso em: 26 jun. 2016.

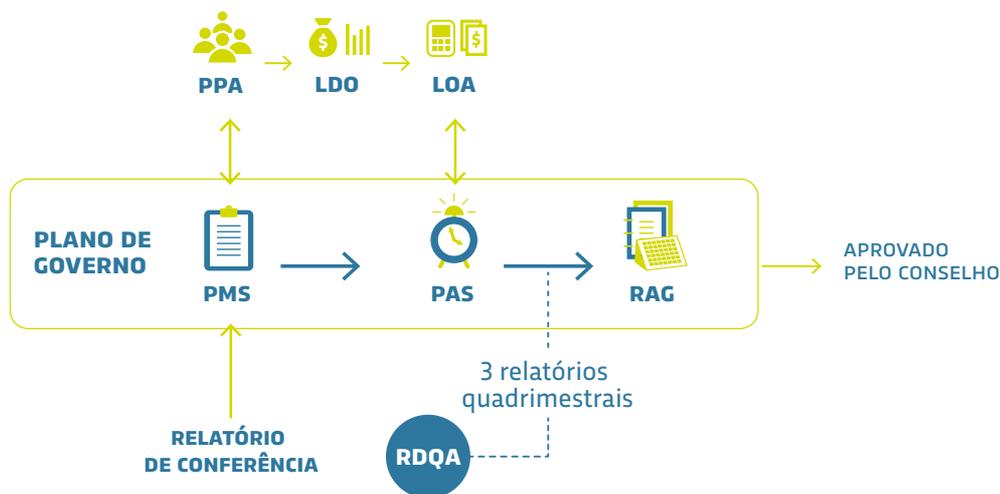
V: Por que não conversamos amanhã sobre isso? Podemos chamar o João Pedro para essa conversa. Acho que a experiência de gestão em Freire pode lhe dar boas pistas para alcançar isso! Íris, você deveria participar também. Acho que a experiência destes dois pode te ajudar a pensar este seu início de gestão!

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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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. Subsídio a LOA.
RAG	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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 enviado ao Legislativo até 31 de agosto do primeiro ano de governo.
LDO	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - Ações a serem realizadas; - Receitas a serem mobilizadas; - 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 do manual Prazos da Gestão à Vista, do COSEMS-MG

FIGURA 2: Fluxograma de Integração dos Instrumentos de Planejamento e Gestão no SUS e Legislação Vigente



Trabalhando-se em dois momentos: o início e o “durante” da gestão

Como combinado, no dia seguinte, se reúnem os três gestores junto à apoiadora para uma conversa sobre o Planejamento e a gestão do SUS. Íris está animada com a conversa e interessada na experiência que Olga, João Pedro e Vitória trazem consigo.

I: Na Estratégia de Saúde da Família, tínhamos o costume de fazer um planejamento anual da equipe que eu coordenava. Ele era basicamente orientado por um calendário de ações do SUS relacionado às campanhas de promoção e prevenção: amamentação, saúde da mulher, imunização, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), mas também sempre formulávamos ações que percebíamos importantes a partir das vivências no território... Mas nunca envolvemos pessoas que não fossem da equipe.

Vitória lembra que há mais ou menos dois anos teve uma conversa semelhante com Olga. A apoiadora havia apresentado à gestora de Vila SUS um panorama do Planejamento em Saúde (PS) e do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Ambas então começam a resgatar esta lembrança (ver Capítulo 1 da primeira edição do Manual do (a) Gestor (a) Municipal do SUS).

O: Íris, minha experiência com o PES foi bem interessante! Ele pode te ajudar a identificar os principais problemas e desafios da saúde de Céu Azul, 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.

O Planejamento em Saúde (PS) é uma das disciplinas que compõem o campo de práticas e de conhecimento da Saúde Coletiva. O PS diz respeito ao método, à teoria e à prática de se planejar e organizar ações, serviços, programas, políticas e sistemas de saúde.

Já 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 e estratégica 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 planejamento¹¹.

O PES possui quatro momentos: (I) o **momento explicativo**: trata da realização de uma análise da situação problema que se deseja modificar; (II) o **momento normativo**: refere-se aos objetivos que se desenham, bem como a definição das operações necessárias para se alcançar estes objetivos; (III) o **momento estratégico**: trata da análise de cenários possíveis e das ações necessárias para a viabilidade das operações normativas; e (IV) 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 e social).

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

MOMENTO EXPLICATIVO



- Identificação de problemas;
- Seleção de problemas prioritários/estratégicos (classificação criteriosa dos problemas);
- 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.

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

MOMENTO ESTRATÉGICO



Análise de viabilidade (segundo as diversas dimensões do plano: política, econômica, cognitiva, organizativa, etc):

- *Elaboração de uma agenda estratégica;*
- *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



- Definição das ações a serem executadas com responsáveis e agenda, 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, 2012¹².

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, 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 capacidades de controle. Quanto maior controle sobre os recursos, maior a governabilidade do ator.

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

FIGURA 3: **Triângulo de Governo (TG)**



Fonte: MATUS, Carlos. *Adiós, Señor Presidente*¹³.

Relembrando o processo de planejamento operado em Vila SUS, Olga e Vitória sugerem duas frentes de trabalho ao início de planejamento da gestão de Íris:

- **GRUPO DE TRABALHO (GT) DO PLANO DE GESTÃO:** Uma, centrada em sua equipe de dirigentes da SMS, voltada à produção de um Plano de Ação para os primeiros 6 meses de governo, e que vai também elaborar uma proposta de PMS;
- **OFICINAS DE CONSTRUÇÃO DO PMS:** organizada junto ao CMS de Céu Azul, com objetivo de publicizar, discutir e legitimar a proposta de PMS. Esta estratégia envolve a equipe de dirigentes da SMS, conselheiros de saúde, profissionais de saúde e toda sociedade civil que queira contribuir para elaboração do PMS. Sugere-se que esta frente organize oficinas para a discussão pública da proposta de PMS, devendo culminar com uma reunião do CMS para a aprovação do PMS.

13 SÁ, MC; PEPE, VLE. Planejamento estratégico. In: ROZENFELD, S (org). Fundamentos da Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 196-232. Disponível em <<http://books.scielo.org/id/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258-12.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2019.

O Plano de Gestão deve contemplar minimamente a elaboração de um **Plano de Ação** para os primeiros seis meses, tendo como objetivos elementares a produção dos **Instrumentos do Planejamento do SUS** anteriormente citados – PMS, PAS, RAG e RDQA. Sugere-se que o GT do Plano de Gestão elabore um **Diagnóstico** da saúde em Céu Azul, utilizando a ferramenta **Triângulo de Governo** como apoio à definição de ações e metas. Íris deve acompanhar esse processo de perto!

Acredita-se que este caminho possibilite à gestora conhecer melhor a realidade da saúde de seu município, formular 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.

Pode-se aproveitar este processo para buscar uma maior integração entre os segmentos que compõem a secretaria de saúde. Profissionais da assistência, da vigilância, administrativos e das áreas de apoio (como da assistência farmacêutica ou laboratorial) devem se integrar, seja no processo de elaboração dos instrumentos de planejamento do SUS (PMS, PAS e demais), seja no processo de monitoramento e avaliação.

Ações propostas para o GT do Plano de Gestão da SMS de Céu Azul:

- *Elaboração do Plano de Ação para os primeiros seis meses de gestão da Íris em Céu Azul;*
- *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 do RAG;*
- *Elaboração do RDQA;*
- *Análise de governabilidade baseando-se no Triângulo de Governo da gestão da SMS de Céu Azul.*

Para auxiliar nessas ações, Vitória sugere dois instrumentos/roteiros, que estão sistematizados a seguir:

Diagnóstico

A elaboração de um diagnóstico da saúde em Céu Azul 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 da análise da situação da saúde municipal

ANÁLISE DA SAÚDE MUNICIPAL

COMPONENTE	DESCRIÇÃO	FONTE
<i>Informações demográficas, epidemiológicas e assistenciais</i>	<ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<ul style="list-style-type: none"> - DATASUS; - IBGE; - Instrumentos locais de informação¹⁴.
<i>Informações sobre Recursos Humanos, a qualidade das unidades e serviços assistenciais</i>	<ul style="list-style-type: none"> - 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; 	<ul style="list-style-type: none"> - CNES; - Instrumentos locais de informação; - Ouvidoria; - Avaliação de satisfação; - Aplicação de instrumentos de avaliação da qualidade dos serviços.
<i>Informações dos sistemas de apoio terapêutico e diagnóstico</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Estrutura da rede farmacêutica; - Número de equipamentos para exame/capacidade instalada; - Número de profissionais aptos a operação dos equipamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - DATASUS; - CNES; - Instrumentos locais de informação.
<i>Informações dos sistemas de apoio logístico</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Estrutura de transporte; - Estrutura informacional (registro de informações assistenciais, cadastro de usuários, prontuário, serviços utilizados, agendamentos, etc); 	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumentos locais de informação.
<i>Informações sobre o ciclo orçamentário da gestão anterior</i>	<i>Identificação das principais ações e recursos mobilizados pela saúde.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumentos locais de informação; - PMS (anterior); - PAS (as últimas produzidas); - RAG (as últimas produzidas).

Fonte: Quadro elaborado pelo autor.

14 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 à estas subunidades as informações desejadas para a produção do diagnóstico da saúde para o PMS.

Esta análise servirá de subsídio à formulação do 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 estar prevista no Plano de Gestão.

Já, em relação às oficinas para a elaboração do PMS, propõe-se foco nos dois primeiros momentos do PES - o momento explicativo e o momento normativo – visto que estes subsidiam a elaboração dos instrumentos do SUS. Com isto, acredita-se 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:

QUADRO 4: Proposta de Método para Elaboração do PMS em Céu Azul

ATIVIDADE	DESCRIÇÃO	SUJEITOS SOCIAIS PARTICIPANTES	PRODUTO ESPERADO
<i>Oficinas do Grupo de Trabalho do Plano de gestão</i>	<i>Análise situacional da saúde e debate sobre prioridades, metas e objetivos. Proposta de PMS.</i>	<i>- Equipe de gestão.</i>	<i>- análise do plano de governo para saúde apresentada nas últimas eleições; - Levantamento dos dados referentes ao diagnóstico do PMS; - Identificação de prioridades, metas e objetivos; - Elaboração de indicadores para o monitoramento; - Sistematização dos componentes do plano e elaboração de proposta de PMS.</i>
<i>Reuniões com Prefeito e equipe</i>	<i>Definição das prioridades e metas para a saúde no quadriênio no âmbito do governo. Análise da viabilidade do plano.</i>	<i>- Secretária de Saúde e sua equipe dirigente SMS; - Prefeito e sua equipe.</i>	<i>- Identificação de prioridades, metas e objetivos; - Análise de viabilidade política e orçamentária da proposta de PMS.</i>
<i>Oficinas do CMS de Céu Azul¹⁵</i>	<i>Discussão e sistematização das propostas do PMS.</i>	<i>- Equipe de gestão; - CMS.</i>	<i>- Proposta de PMS.</i>
<i>Reunião do CMS</i>	<i>Avaliação e aprovação do PMS pelo CMS.</i>	<i>- Equipe de gestão; - CMS.</i>	<i>- Aprovação do PMS.</i>

Fonte: Quadro elaborado pelo autor.

15 Propõe-se que estas oficinas sejam abertas não apenas aos conselheiros de saúde, mas à sociedade civil organizada e usuários do SUS de uma forma geral. A ideia é que estes espaços se caracterizem como espaços de participação social, estabelecendo um diálogo entre a gestão da saúde e a sociedade civil (ver Capítulo 2: Gestão Participativa no SUS: Conselhos e Conferências Municipais de Saúde).

Olga lembra que, a partir do PMS, o GT do Plano de Gestão deve elaborar, junto à equipe da SMS de Céu Azul, a PAS. Vitória sugere a Olga e João Pedro que enviem à Íris seus respectivos PMS, PAS, RAG e RDQA para servirem de parâmetro para a nova gestora.

I: Ótimo. É um bom começo! Certamente teremos muito trabalho em Céu Azul!

O: Vai dar certo Íris! Vamos manter contato! Fique à vontade para me procurar se quiser ajuda, tirar alguma dúvida ou apenas conversar!

JP: A mim também! Qualquer coisa só fazer contato!

V: A equipe de planejamento da Secretária de Estado pode ser uma boa referência, lembrando, que estamos no momento do processo de Planejamento Regional Integrado (PRI)¹⁶ que deve dialogar com o seu plano.

Com a passagem ao segundo biênio do mandato do governo municipal do qual participa, Olga está desejando retomar um horizonte estratégico para sua gestão. Ela percebe que a experiência de planejamento inicial de sua gestão foi muito positiva, com a formulação de um PMS para Vila SUS a partir de um planejamento estratégico e participativo, integrando o CMS, trabalhadores da saúde e membros de sua equipe de gestão. Porém, Olga sente que não foi capaz de imprimir uma dinâmica de avaliação e monitoramento sobre o desenvolvimento das ações planejadas e seus resultados, sobre os indicadores pactuados e sobre os serviços prestados. Olga avalia que possui muitas informações e dados, mas que estão fragmentadas nos setores que compõem a secretaria, ausentes de um processo avaliativo que possa orientar a gestão dali para frente.

O: João, Vitória comentou sobre a experiência da sua gestão em Freire. Eu queria imprimir uma dinâmica de monitoramento e avaliação contínuos em Vila SUS. Por mais que eu tenha a impressão de que as coisas andaram em Vila SUS e que alguns indicadores até mesmo melhoraram, eu, hoje, não tenho organizado um processo de monitoramento, especialmente sobre as metas, ações e indicadores presentes no PMS e na PAS.

JP: Sei como é. Às vezes, somos engolidos pela rotina que a gestão impõe. São muitas demandas que aparecem cotidianamente. Por vezes, acabamos perdendo o horizonte estratégico, mas é importante a construção de uma agenda de acompanhamento do PMS.

Em Freire, João Pedro conta com uma pessoa responsável pela coordenação do monitoramento e avaliação do plano. Trata-se de um quadro

16 Ver Capítulo 16.

técnico que coordena a gestão da informação produzida pelos serviços (assistenciais e de vigilância) e setores estratégicos como a regulação, farmácia e transporte e que procura facilitar a integração e a comunicação entre setores e serviços. Além disto, esta pessoa cumpre o papel de coordenar a alimentação do DGMP.

Monitoramento e avaliação: O monitoramento refere-se ao permanente e regular acompanhamento de metas e indicadores, que expressam as diretrizes e os objetivos da política de saúde formulada em um dado período, bem como a comparação destas metas e indicadores com o planejado. A avaliação é a apreciação dos resultados obtidos, resultando na emissão de um juízo de valor sobre os resultados das ações empreendidas a partir do planejado¹⁷.

JP: Não se trata de meramente armazenar ou compilar dados e informações. Mas as informações produzidas pelos diversos setores e serviços alimentam os indicadores de monitoramento. Sem estes não há o que monitorar, tão pouco o que avaliar!

Os indicadores, portanto, são ferramentas centrais no monitoramento e avaliação. Na perspectiva do PES, este corresponde ao quarto momento do planejamento – o tático-operacional, momento que ordena a avaliação da execução do que foi planejado, e que, por sua vez, também possibilita a crítica ao que foi originalmente definido no plano, viabilizando atualizações e revisões sobre as ações implementadas (ou as que serão implementadas).

Em Freire, os objetivos e metas definidos em seu PMS e anualmente nas PAS (que deve estar coerente com o PMS) definem indicadores que serão utilizados no monitoramento e avaliação, que por sua vez devem funcionar permanentemente.

Indicadores: São parâmetros qualitativos e quantitativos que possibilitam observar, a partir de mensurações ou descrições, a evolução dos aspectos que as ações e intervenções se propõem a qualificar, melhorar ou, no caso dos problemas, amenizar ou sanar. Os indicadores devem ser passíveis de observação periódica e contínua, sendo elementares ao processo de monitoramento e avaliação.

Os indicadores podem ser trabalhados a partir das linhas de cuidado (ver Capítulo 9) ou dos segmentos que compõem a Secretaria. Por exemplo, pode-se ter indicadores relacionados às linhas de cuidado, como do cuidado à saúde da mulher, da gestante, ou da pessoa com transtorno mental; também podem haver indicadores relacionados a segmentos como

17 BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Planejamento do SUS. Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz. Brasília, Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2016c.

a assistência farmacêutica ou à regulação.

Por sua vez, cada indicador pode associar-se a um processo avaliativo relacionado à estrutura, aos processos ou aos resultados que estão formulados no PMS ou na PAS ou, ainda, que tenham origem em outros espaços de formulação como o Plano Estadual de Saúde ou Programas de Melhoria da Qualidade.¹⁸

Avaliação de estrutura: diz respeito a metas, objetivos e indicadores relacionados a recursos humanos, físicos e financeiros. Por exemplo, a expansão do número de equipes de saúde da família ou a reforma de uma unidade assistencial podem ser metas a serem avaliadas;

Avaliação de processos: refere-se às ações, programas e serviços ofertados no campo assistencial, portanto, normalmente associada a indicadores relacionados aos processos de interação entre as equipes de saúde e os usuários. Como exemplo, pode ser uma meta que as gestantes façam, no mínimo, sete consultas de pré-natal;

Avaliação de resultados: Corresponde à análise do estado de saúde da população. Um exemplo de meta pode ser a totalidade dos casos de tuberculose do ano anterior estarem encerrados como “cura”¹⁹.

É útil que os indicadores²⁰ recebam um nome e uma descrição. Deve-se reconhecer de onde será extraída a informação ou dado e, também a forma de cálculo do indicador. Por exemplo, a morte de crianças em um município é um bom indicador sobre as condições de vida e saúde de uma dada população. A observação desta ocorrência em menores de um ano é usualmente monitorada pela sensibilidade que esta tem perante a qualidade do acesso a serviços de saúde e de saneamento básico. Usualmente este indicador é denominado taxa de mortalidade infantil e conceituado como a quantidade de óbitos de menores de um ano em mil crianças nascidas vivas. Seu cálculo é o total de óbitos vezes mil, sobre o total de nascidos vivos no município observado. E estes dados, por sua vez, são obtidos usualmente no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC).

JP: Estes indicadores devem compor o RAG e, especialmente, o RDQA, uma vez que este é quadrimestral e possibilita ao gestor verificar o andamento das metas e dos objetivos anuais, antes que o ano termine, viabilizando análise sobre as metas, objetivos e ações definidas no PMS e na PAS. Isto lhe permite inclusive propor mudanças, especialmente nas

18 BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Planejamento do SUS. Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz. Brasília, Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2016c.

19 PORTELA, MC. Avaliação da qualidade em saúde. In: ROZENFELD, S (Org.). Fundamentos da Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, p 259 – 269, 2000.

20 RIPSA. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2019.

ações originalmente pensadas nos instrumentos do planejamento do SUS. Mas a avaliação e o monitoramento não precisam ocorrer apenas em função destes relatórios. O monitoramento contínuo permite o reconhecimento de fragilidades e limites que não precisam aguardar a avaliação decorrente da elaboração dos relatórios (RAG e RDQA), podendo disparar processos avaliativos que podem, inclusive, definir mudanças na execução das ações planejadas. As dinâmicas de Planejamento e de elaboração de políticas que ocorrem em nível regional, estadual e federal também são produtoras de objetivos e metas. (Ver Capítulo 16).

João Pedro também sinalizou a importância para o gestor de integrar no planejamento as políticas federais e estaduais, especialmente as que definem metas e objetivos e vinculam recursos ao cumprimento ou alcance destas, como, por exemplo, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS).

Uma planilha pode ser uma boa ferramenta para organizar o processo de monitoramento e avaliação. Um objetivo ou meta deve ter um indicador, ou um conjunto de indicadores, que possibilitem mensurar e acompanhar uma estrutura, um processo ou um resultado. É sempre importante os indicadores estarem, sempre que possível, vinculados aos dados passíveis de observação nos sistemas de informação oficiais. Por exemplo, indicadores relacionados à doenças de notificação compulsória devem ser produzidos a partir de informações observadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); indicadores relacionados a serviços ambulatoriais devem ser alimentados por informações observadas no Sistema de Informações Ambulatoriais, e assim por diante.

Uma proposta de planilha que apoie o monitoramento e avaliação está descrita abaixo:

META/ OBJETIVO PMS	META/ OBJETIVO PAS	AÇÃO/ AÇÕES	ORÇAMENTO	RESPONSÁVEIS	PRAZO	INDICADOR	FONTE
<i>Meta ou objetivo descrito no PMS</i>	<i>Meta ou objetivo descrito na PAS</i>	<i>Ação ou ações relacionadas à meta ou objetivo</i>	<i>Fonte orçamentária dos recursos necessários à execução da ação</i>	<i>Sujeitos responsáveis pela execução das ações</i>	<i>Prazo para o alcance da meta ou objetivo</i>	<i>Parâmetro que possibilita o reconhecimento do alcance da meta</i>	<i>Sistema de informação ou fonte alternativa onde se observa o/ os dado/s necessário/s ao cálculo do indicador</i>

Fonte: Quadro elaborado pelo autor.

Obs: o indicador, como já sinalizado anteriormente, deve receber um nome, ser conceituado e ter um método de cálculo definido.

O: Nossa, João, que desafio este de monitorar e avaliar permanentemente o sistema de saúde!

JP: Sim. Por isso é fundamental que você busque qualificar os processos de comunicação e interação entre os setores e serviços que compõem a SMS Vila SUS. O monitoramento e a avaliação dependem de uma boa integração dos serviços e setores junto a você e a pessoa, ou equipe, que estiver à frente do monitoramento. Em Freire, buscamos integrá-los não apenas na elaboração dos instrumentos de planejamento do SUS, mas também na dinâmica de monitoramento e avaliação. Nos ajudou a operacionalizar isto, organizar, junto à coordenação de monitoramento e avaliação, uma Sala de Situação, composta por representantes dos diversos setores que compõem a SMS, mais representação do CMS. A sala está sob minha coordenação e buscamos realizar reuniões bimestrais onde os setores apresentam um panorama do monitoramento no período.

V: Além de uma ferramenta para apoio às tomadas de decisões, a Sala de Situação pode também contribuir à dinâmica de participação social, uma vez que o CMS participe, e também pode, inclusive, ser instrumento de garantia de publicização e transparência das informações sobre a saúde no município.

JP: Isso mesmo! Neste momento, em Freire, estamos trabalhando para que os indicadores sejam alimentados quadrimestralmente, junto ao RDQA, em ambiente público e virtual, disponível a consulta da população!

Sala de Situação: Segundo a OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde), trata-se de espaços físicos e virtuais de análise sistemática de informações produzidas em saúde, operacionalizada e organizada por profissionais técnicos, de caráter integral e intersetorial, caracterizando-se ferramenta de apoio ao planejamento e a gestão²¹.

Para tanto, é fundamental que os profissionais que lidam diretamente com o monitoramento sejam capazes não apenas de organizar os dados, mas, também de reconhecer mudanças (positivas ou negativas) a partir dos dados que organizam. Isto possibilita o reconhecimento da necessidade de

21 OPAS. Website:

<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=324:sala-de-situacao-de-saude&Itemid=685>. Para mais informações e conhecimento de experiências municipais com Salas de Situação em Saúde, consultar:

<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=958-salas-situacao-em-saude-compartilhando-as-experiencias-do-brasil-8&category_slug=informacao-e-analise-saude-096&Itemid=965>. Acesso em: 04 fev. 2019.

um momento de avaliação sobre uma determinada estrutura, processo ou resultado, o que, por sua vez, pode apoiar tomadas de decisão que busquem incidir positivamente naquilo que foi planejado e estabelecido como meta.

O: Em Vila SUS não temos uma pessoa coordenando o monitoramento. Gosto da forma como as coisas estão organizadas em Freire. Ótimo exemplo pra Vila SUS!

I: E pra Céu Azul também! Estou voltando para lá cheia de ideias!

V: Íris, me de notícias do andamento do planejamento em Céu Azul. Sugiro que você aproveite sua equipe do plano de gestão para já pensar o monitoramento e avaliação!

I: Sim, é uma ótima ideia! Vamos lá, colocar essas ideias em prática!

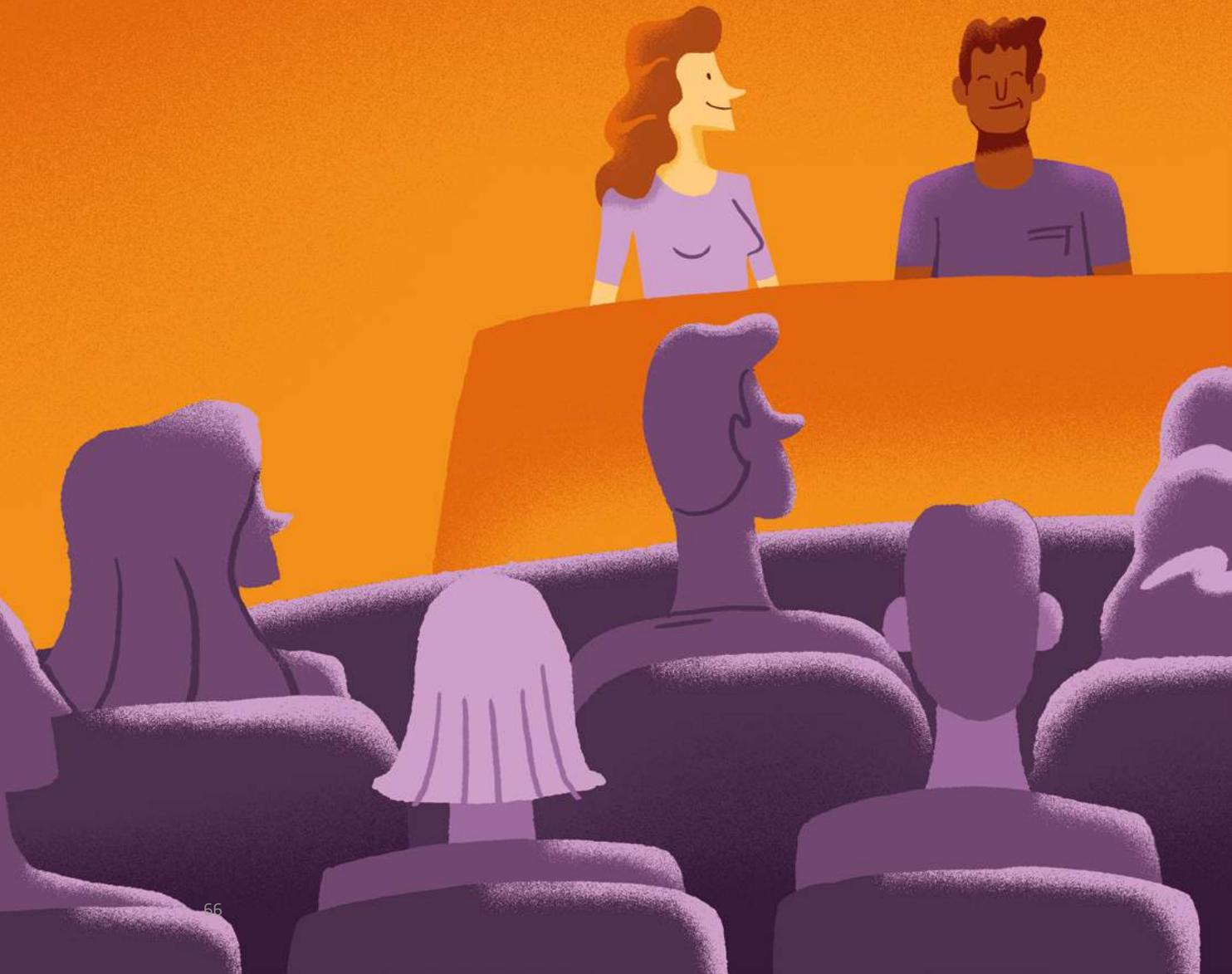
JP: Vejo que vocês estão animadas! Muito trabalho pela frente junto às suas equipes! Mas não se esqueçam de que é fundamental articular-se junto aos CMS, seja para a elaboração dos instrumentos de planejamento, seja para utilização do monitoramento e avaliação!

V: Muita sorte a todos vocês neste começo de ano! Lembrem-se que o COSEMS está disponível para apoiá-los sempre!



CAPÍTULO

02



PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA GESTÃO DO SUS

Ao chegar à secretaria municipal de saúde, Olga confere sua agenda de compromisso e verifica que no período da manhã há uma reunião marcada a pedido da presidente do Conselho Municipal de Saúde.

Inteirando-se da pauta, Olga percebe que será uma reunião extensa, pois os pontos solicitados pelo Conselho são amplos. Gestora experiente, Olga vê como de extrema importância oportunidades de diálogo com seu conselho, e, portanto, prepara-se para recebê-los listando pontos que também deseja conversar. Mesmo sendo conselheira e participando ativamente das reuniões ordinárias, Olga sabe que conversas em momentos mais descontraídos em seu gabinete podem ajudar em muitos encaminhamentos.



Olga recorda-se do tempo que conhecia pouco o papel deliberativo deste colegiado, e, hoje, diante de sua experiência, avalia como importante ter em mãos as Leis 8.080/90, 8.142/90 e publicações de apoio sobre o tema para servir-se durante a conversa.

Para Olga, manter-se próxima ao seu conselho é questão estratégica, pois, assegurar a escuta qualificada da representação dos respectivos segmentos que compõe o conselho, permite não só minimizar conflitos desnecessários que podem surgir durante avaliação dos instrumentos de gestão, como garantir uma gestão participativa e democrática que atenda às necessidades da população. Portanto, torna-se importante para a gestão saber como um Conselho Municipal de Saúde funciona, qual seus marcos normativos, sua composição e seu papel, atendendo assim às expectativas esperadas.

PARA SABER MAIS:

» Rever Capítulo 2 da 1ª Edição do Manual dos Gestores https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/01/manual_do_gestor_AFO1_tela-1.pdf

Devido à substituição de vários representantes, Olga aproveitará para promover alguns esclarecimentos e discutir ações de Educação Permanente voltadas não só aos conselheiros, mas também à população, com vistas à ampliação e qualificação da participação da comunidade na saúde. Para a gestora, motivar os cidadãos de Vila SUS a defenderem a saúde é importante exercício de cidadania.

Com a chegada da Presidente do Conselho Municipal de Saúde e demais membros da mesa diretora, Olga dá as boas-vindas e inicia escutando suas demandas:

PCMS: Secretária, nós viemos aqui primeiramente para falar com a Senhora para combinarmos a realização da conferência municipal de saúde, pois o Conselho Estadual quer saber a data. Também queremos reclamar que em algumas UBS faltam profissionais e outros não cumprem o horário. Achamos que o Conselho Local deve assumir o controle do registro do ponto dos trabalhadores.

O: Estou sempre à disposição presidente, dialogar com vocês é muito importante para nossa gestão. Então vamos conversar primeiro sobre a organização da etapa municipal da conferência nacional? Faço questão de nomear assim para que possamos de início explicar a diferença entre a Conferência Municipal de Saúde, que fizemos em nosso primeiro ano de gestão, da etapa Municipal da Conferência Nacional, que realizaremos este ano. Por se tratarem de momentos diferentes da administração municipal, parte de seus objetivos também diferem.

O quadro a seguir demonstra, de forma esquemática, os esclarecimentos feitos por Olga a respeito dessas diferenças:

QUADRO 1: DIFERENÇAS ENTRE CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ETAPA MUNICIPAL DA CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE



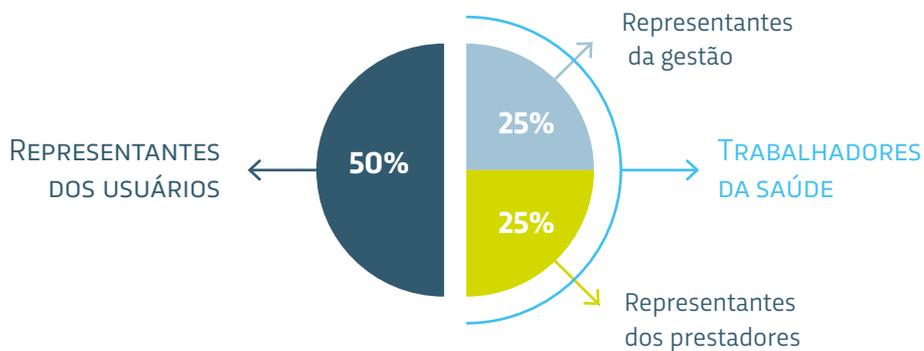
Fonte: CONASEMS - A participação da comunidade na saúde, volume I

O: Foi ótimo você tocar nesse assunto, pois também poderemos aproveitar a etapa municipal da conferência nacional para revisar nosso Plano Municipal de Saúde, pois pode ser um bom momento de monitoramento de nossas ações.

Vale lembrar que a revisão do Plano Municipal de Saúde deve ser anual, e, mesmo que a Etapa Municipal da Conferência Nacional de Saúde seja organizada respeitando os eixos propostos pelo Conselho Nacional de Saúde, a gestão pode e deve aproveitar a oportunidade para realizar esta revisão contando com a ampla participação promovida pela realização da Etapa Municipal.

Outra diferença que Olga destaca é que quem define o tema das Etapas Municipais da Conferência Nacional é o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Já as Conferências Municipais têm seu tema definido pelo Conselho Municipal de Saúde com base nas prioridades locais.

Olga aponta que também há semelhanças entre Conferência Municipal de Saúde e Etapa Municipal da Conferência Nacional. Em ambas, a participação pode ser aberta para envolver amplamente a população, tendo o cuidado de respeitar a paridade de seus delegados. Relembrando o que é paridade: metade dos delegados deve ser composta por representantes dos usuários, e a outra metade deve ser composta por 50% de representantes dos trabalhadores da saúde, 25% representantes da gestão e 25% representantes dos prestadores.



OBSERVAÇÃO IMPORTANTE:

Existem localidades que realizam etapas regionais. Estas etapas devem ser pactuadas em CIR e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde.

PCMS: Muito bem Secretária, entendemos as diferenças, mas como faremos e quando faremos nossa Etapa Municipal da Conferência Nacional?

O: Vamos ver um passo a passo de organização da Etapa Municipal da Conferência Nacional de Vila SUS?

O primeiro passo caberá ao Conselho de Saúde. Ele deve eleger a comissão organizadora que definirá os seguintes aspectos:

Data e local do evento: *respeitar o período de realização das etapas municipais definido pelo CNS.*

Número de Delegados: *Deve ser o mais representativo possível e considerar o número de instituições e associações dos usuários para propor o número de delegados. Lembre-se da paridade.*

Palestrantes: *O momento expositivo de peritos é bom, pois pode ser esclarecedor e informativo, mas não pode ser o foco da Conferência.*

Despesas com a Conferência: *É preciso definir qual a fonte destes recursos e sua quantidade.*

Participantes: *Definir participantes além dos delegados. Lembre-se de convidar autoridades locais e considere como demais participantes: trabalhadores da saúde e de outras secretarias, suplentes de delegados e demais pessoas de outras instituições que podem participar na qualidade de observadores, portanto sem direito a voz ou voto.*

Documentos a serem elaborados: *Decreto de Convocação – assinado pelo Prefeito; Portarias – têm por finalidade publicar as decisões do conselho e as normas de organização e funcionamento da Conferência; Regimento – este deve ser elaborado antes da conferência e aprovado pelo Conselho, ele tem a função de apresentar o processo organizativo da Conferência, o papel dos delegados e regulamentar a realização da Plenária Final; e Convites e Ofícios.*

Programação: *Definir horários de credenciamento, da abertura, duração das mesas e da plenária final.*

Divulgação: *Envolver todos os atores nesta tarefa, para que divulguem em seus respectivos segmentos e em todos os espaços da cidade.*

Crachás: *Lembre-se que os crachás dos delegados devem ser diferentes dos demais participantes para facilitar a identificação na hora da contagem dos votos.*

Plenária Final: *Tem por finalidade aprovar as propostas apresentadas e moções quando existirem. Uma de suas finalidades também é a eleição de delegados para a etapa Estadual. O número de delegados de cada Município é estabelecido pelo Conselho Nacional ou Conselho Estadual.*

Relatório Final: *Documento que deve apresentar as principais discussões da Conferência e detalhar as propostas apresentadas pelos diversos grupos. Deve ser amplamente divulgado no Município e encaminhado cópia para o Conselho Estadual de Saúde.*

PCMS: Estou bem assustada secretária! Vejo que temos muito trabalho pela frente.

Olga: Sem dúvida presidente, mas a secretaria também compõe a comissão organizadora e apoiará cada etapa. Espero que nossos delegados eleitos levem para a etapa estadual toda riqueza de discussões que faremos, é uma tarefa de grande responsabilidade, principalmente quando entendemos como funciona o planejamento ascendente do SUS. Nossas discussões devem ser consideradas na construção das diretrizes do plano estadual de saúde e, em sequência, do plano nacional de saúde.

Vocês se lembram de que durante a Conferência Municipal de Saúde que realizamos no nosso primeiro ano de gestão avaliamos a situação de saúde em Vila SUS e propomos diretrizes para a formulação da política de saúde? Pois então, caberá ao Estado e à União esta mesma tarefa, e considerando o planejamento ascendente do SUS, eles devem levar em conta as propostas da nossa etapa municipal.

PCMS: Mas secretária, nós aqui de Vila SUS vamos construir os planos estadual e nacional de saúde? Como assim?

O: Não, presidente. Posso esclarecer algumas destas dúvidas sobre o papel dos conselheiros, citando a Lei Orgânica da Saúde.

Vejamos o que diz a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, em seu Art. 1º:
“O Sistema Único de Saúde (SUS) de que trata a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

- I - a Conferência de Saúde, e
- II - o Conselho de Saúde.

§ 1º - A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde”.

Vejam que as Conferências de Saúde são espaços democráticos de construção da política de Saúde, portanto, é o local onde o povo manifesta, orienta e decide os rumos da saúde em cada esfera. Nós decidimos aqui em Vila SUS, mas também contribuimos com o Estado e a União propondo diretrizes para a formulação de políticas de saúde construídas por eles, e que deverão atender nossa população.

Veja em seguida o que a mesma lei diz sobre Conselhos e seu papel:

“ § 2º - O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância corres-

pondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo”.

O Conselho Municipal de Saúde propõe e acompanha as ações relativas à Saúde local, além de controlar e fiscalizar o bom uso dos recursos, uma vez que os recursos financeiros do SUS são depositados em conta especial, e toda sua movimentação está sob fiscalização do Conselho, seu papel também é de democratizar as decisões. Lembre-se que sua composição deve respeitar igualmente o princípio da paridade.

PCMS: Estou compreendendo melhor secretária, mas acho que seria muito importante que todos os conselheiros tivessem os esclarecimentos que tivemos nesta conversa.

O: Presidente, precisamos discutir ações de Educação Permanente (EP) voltadas não só aos conselheiros municipais de saúde de Vila SUS, como, também, aos conselheiros locais e, principalmente, à população de nossa cidade. Vejo que precisamos estimular a participação da comunidade na saúde e garantir a equidade e diversidade de representação. Temos alguns representantes que são historicamente excluídos, em contrapartida há segmentos mais organizados que estão no conselho há muitos anos. Renovar nossa representação será muito saudável para a ampliação e diversificação de olhares bem como para fortalecer a democracia.

É importante que todos compreendam o que é, como funciona, e como participar do conselho de saúde de nossa cidade. A participação no Conselho é vista como de relevância pública, seus membros devem defender o coletivo e se trata de um importante exercício de cidadania. Sempre que desenvolvemos ações voltadas à promoção ou proteção da saúde de nossa coletividade, a Secretaria Municipal de Saúde conta com o apoio do Conselho para fortalecer a mobilização social para o enfrentamento destas situações (ver Capítulo 12).

Olga destaca também que cabe ao Conselho Municipal de Saúde uma série de tarefas e responsabilidades de extrema importância para o SUS como: aprovação dos instrumentos de planejamento em saúde, plano municipal de saúde, programação anual de saúde, relatório anual de gestão e relatório detalhado do quadrimestre anterior. Estes instrumentos devem ser encaminhados ao Conselho para análise, emissão de parecer e aprovação, respeitando-se os prazos (ver Capítulo 1).

O: Fico muito satisfeita em perceber a responsabilidade de nossos conselheiros com o trabalho desenvolvido, e percebo que nossa relação, marcada pelo diálogo franco e transparente, reduz em muito as dúvidas e desconfiças que outrora dificultaram a relação entre secretário, conselho e prefeito. Lembro que em outros tempos vivemos muitos embates diante do conselho que se negava a apreciar nossas contas, e em contrapartida o

prefeito se negava a homologar resoluções do Conselho. Percebia na época uma paralisação das ações, resultado dos conflitos não trabalhados. Hoje, com essa experiência, vejo que os espaços do controle social são marcados por conflitos, mas saber negociá-los cumprindo as pactuações e mostrando boa vontade nas relações de escuta e com transparência, facilita em muito nossos trabalhos.

Olga chama sua secretária e agenda uma nova reunião com membros dos conselhos locais e do conselho municipal para discutir temas e propostas de ações de EP, entre eles prestação de contas, aprovação de relatórios e de programações anuais de saúde. Pede a presença da secretária executiva do Conselho e Valéria, sua coordenadora de atenção básica, para que assumam a tarefa dentro da secretaria. Olga julga importante uma consulta à apoiadora Vitória para conhecer algumas experiências de EP nos municípios da região de Vale Feliz para troca de conhecimento.

O: É importante que você saiba que é de responsabilidade da gestão as ações de educação permanente para o conselho. Veja o que está determinado na Lei Complementar nº 141/12:

Art. 44. No âmbito de cada ente da Federação, o gestor do SUS disponibilizará ao Conselho de Saúde, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde, em conformidade com o § 2º do art. 1º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

O: Temos nosso Programa Permanente de educação construído e aprovado pelo Conselho, e considero importantíssimo que essas ações previstas sejam pautadas pela lógica da Educação Permanente (ver Capítulo 4). Tenho certeza que nossos conselheiros, quando compreenderem melhor seu papel, poderão atuar com confiança, segurança e de forma mais qualificada. Acredito que isso poderá minimizar o problema frequente que temos de falta de quórum, que muitas vezes nos dificultou a apreciação das contas, ou mesmo nossas audiências públicas.

PCMS: Secretária, e sobre o não cumprimento do horário de trabalho nas UBS, quando a senhora vai determinar aos conselheiros locais que cortem o ponto deles?

O: Vejamos presidente, esse problema não é generalizado, temos ciência do fato e acompanhamos de perto caso a caso, inclusive com algumas reclamações que nossa Ouvidoria nos relata. No entanto, cabe à gestão tomar atitudes administrativas, principalmente como estas de caráter

punitivo. Vocês devem continuar a cumprir o papel de fiscalização e denúncia, o que nos ajuda a acompanhar os efeitos produzidos pelas medidas que tomamos com alguns trabalhadores.

PCMS: Pelo jeito ainda temos muito que aprender para fortalecer o SUS e garantir o direito à saúde para todos em Vila SUS. Mas saber que podemos contar com uma gestora experiente e que sabe dialogar conosco já é um grande avanço. Obrigada por nos receber.

Olga se despede da presidente e deixa agendada uma próxima conversa sobre Educação Permanente para o controle social que dará sequência à formação, de caráter crítico e problematizador, de seus conselheiros e futuros candidatos ao conselho.

PARA SABER MAIS:

- » Participação da Comunidade na Saúde: O CONASEMS e a defesa do SUS nas Conferências Municipais de saúde. Disponível em: file:///C:/Users/denise/Downloads/livreto_conasemscomunidade_AFO1.pdf
- » BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8142 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.
- » _____. 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.
- » _____. Presidência da República. Casa Civil. Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 30 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.
- » CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de. Participação da Comunidade na Saúde. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014.
- » CONASEMS. “A participação da Comunidade na Saúde” volume 1. Disponível em: http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/01/livreto_conasemscomunidade_AFO1.pdf

CAPÍTULO

03

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E FINANCIAMENTO DO SUS

Desde 2016, Olga tem constatado o quão importante é, para uma boa gestão de saúde pública, se apropriar sobre os meandros do financiamento do SUS, bem como sobre os processos de planejamento e orçamento do município^{1,2}. Como se não bastasse conhecer o complexo histórico normativo, há uma grande necessidade de constante atualização frente às suas frequentes mudanças. Olga, sempre co-

1 BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria do Orçamento Federal. Manual Técnico de Orçamento MTO. Edição 2019. Brasília, 2018. 151 p.

2 BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. Orçamento Cidadão: Projeto de Lei Orçamentária Anual - PLOA 2019. Brasília, 2018. 48p.



nectada, procura por informações e novidades nas páginas eletrônicas do Conasems, do Cosems e do Fundo Nacional de Saúde, bem como junto aos apoiadores do Cosems, continuamente bem informados.

Ela também percebeu que outra boa forma de se inteirar sobre o que está acontecendo é a sua participação nas reuniões da Comissão Intergestores Regional – CIR, importante fórum de pactuação da gestão de saúde na sua região. Foi exatamente em uma destas reuniões que conheceu Íris, a nova Secretária Municipal de Saúde do município de Céu Azul, que tal como Olga no início de sua gestão, procura entender mais sobre o assunto. Olga, lembrando-se das suas conversas com Vitória, apoiadora regional do Cosems, passa a explicar à sua nova colega um pouco mais sobre a história do financiamento do SUS.

O: Historicamente, o SUS conta com recursos insuficientes para a execução do amplo leque de ações voltadas 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 recuperação³, o que estabeleceu uma crise do financiamento da saúde desde os anos de 1990^{4,5}.

3 BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, atualizada. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 25 abr. 2019.

4 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.

5 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.

TABELA 1: PEQUENO HISTÓRICO DAS VINCULAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS PARA EXECUÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE – (ASPS)

MUNICÍPIOS	ESTADOS	UNIÃO					
		DE 2000 A 2015	A PARTIR DE 2016		2017	A PARTIR DE 2018	
EC 29/2000	EC 29/2000	EC 29/2000	EC 86/2015		EC 95/2016		EC 95/2016
15% Transferências legais e constitucionais e impostos diretamente arrecadados	12% Transferências legais e constitucionais e impostos diretamente arrecadados	Valor empenhado no ano anterior + variação do PIB	Ano	Base RCL	Ano	Base RCL	Base: gasto ano anterior
			2016	13,2%	2016	15,0%	Valor gasto no ano anterior + IPCA
			2017	13,7%	2017	15,0%	
			2018	14,1%	-	-	
			2019	14,5%	-	-	
			2020	15,0%	-	-	

Fonte: CONASEMS

Frente a este cenário, Íris percebe que precisa conhecer detalhadamente a composição das suas fontes de recursos: valores provenientes dos repasses dos Fundos de Saúde da União e do Estado, e de onde vêm os recursos do seu município. Neste momento, Íris pergunta: de onde vem os recursos municipais para aplicação em serviços municipais de saúde? Vitória, prontamente apresenta um quadro que explicita essas origens:

QUADRO 1: FONTES DE FINANCIAMENTO PARA BASE DE CÁLCULO PARA APLICAÇÃO DE RECURSOS EM SAÚDE (ASPS)

	ESTADOS/DISTRITO FEDERAL	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 CÁLCULO MUNICIPAL

Fonte: Constituição Federal de 1988

Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS)

Depois de conhecer um pouco mais sobre a história de financiamento do SUS, ainda paira uma dúvida para Íris.

I: Afinal, o que são consideradas ASPS para efeito do cômputo do mínimo constitucional?

O: A LC 141/2012⁶ disciplinou o que são saúde ASPS: ações e serviços voltados para a promoção, proteção e recuperação da saúde, financiados com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde, que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da

6 BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 25 abr. 2019.

Lei 8.080/1990, e às seguintes diretrizes:

- *Sejam destinadas às ASPS de acesso universal, igualitário e gratuito;*
- *Estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação;*
- *Sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando às 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 as ações e serviços sejam definidos como ASPS 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, sendo os recursos financeiros movimentados até sua destinação final por meio dos fundos de saúde. Na verdade, muitas ações e serviços são considerados como ASPS e seria impossível fazer uma lista fechada frente a toda a complexidade de se fazer saúde nos diversos municípios brasileiros. Assim, a LC 141/2012 especifica em seu artigo 4º, para fins de cumprimento do mínimo constitucional, os gastos que não são considerados como ASPS. As vedações apresentadas demonstram a preocupação do legislador em excluir aquelas despesas que, embora possam contribuir para a melhoria da saúde da população, não entram no âmbito de aplicação do mínimo constitucional, tais como meio ambiente, merenda escolar e bolsa família:



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



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



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



IV - merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º;



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



VI - limpeza urbana e remoção de resíduos;



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



VIII - ações de assistência social;



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



X - ASPS custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definido nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

Outro aspecto importante é que a demonstração legal da aplicação de recursos mínimos constitucionalmente estabelecidos se dá pela entrada dos dados contábeis no SIOPS (Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde). Neste sistema as despesas consideradas para oômputo da aplicação mínima do município são agrupadas 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 financeiro do município, consolidadas no fundo municipal de saúde.*

E vale lembrar que 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 ASPS até o término do exercício seguinte ao do cancelamento ou prescrição. Importante também lembrar que as despesas provenientes de receitas de operações de crédito não são consideradas para aplicação em ASPS. Íris muito interessada quer saber mais sobre o SIOPS e Olga passa a dar mais informações sobre o sistema.

**ASPS ESTARÃO DESTACADAS NOS BALANÇOS ORÇAMENTÁRIOS,
POR MEIO DO DEMONSTRATIVO DA FUNÇÃO SAÚDE DO RELATÓRIO
RESUMIDO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA – RREO**

Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS

O SIOPS é o sistema informatizado de acesso público, gerido pelo Ministério da Saúde que possibilita o registro eletrônico das receitas totais e as despesas em ASPS para todas as esferas de governo. Os dados têm natureza declaratória e buscam manter a compatibilidade com as informações contábeis. A transmissão dos dados, conforme estabelecido pela LC 141/212 é obrigatória e tem fé pública. O envio é realizado bimestralmente, obedecendo ao calendário de apresentação do Relatório Resumido de Execuções Orçamentárias (RREO), conforme previsão constitucional.

Certificado Digital



Desde março de 2013, para que se possa realizar a alimentação do SIOPS é necessário o certificado digital, como instrumento de segurança na identificação dos usuários do sistema. Os certificados possuem período de vigência e por isso devem ser renovados. O período de validade possui variação de um a três anos. Os gestores devem ficar atentos quanto aos prazos de renovação, pois somente certificados válidos podem ser utilizados para homologação dos dados.

V: Você recebeu esse certificado digital do gestor anterior?

I: Não. Devo buscar isso onde?

V: Fale com o administrativo do seu município, se não, o Cosems pode te ajudar.

RREO – Relatório Resumido da Execução Orçamentária



O art. 34 da LC 141/2012 prevê que cada município deverá proceder sua prestação de contas das despesas com ASPS por meio do demonstrativo do RREO, gerado a partir do preenchimento do SIOPS. A CF/1988 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, competindo ao gestor de saúde a responsabilidade pelo registro dos dados contábeis no SIOPS nos prazos definidos, aos quais é conferida fé pública por meio do certificado digital.

Vitória, atenta ao assunto, prontamente cita os prazos para entrega e comenta sobre as penalidades que a lei estipula para o não cumprimento das responsabilidades dos gestores.

Dos prazos

PERÍODOS E DATAS LIMITES PARA TRANSMISSÕES DOS DADOS

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

Das penalidades

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

Como a comprovação de cumprimento da aplicação dos mínimos constitucionais se dá por meio do SIOPS, caso não haja a transmissão e homologação dos dados, não haverá o cumprimento da LC 141/2012, podendo o ente sofrer as penalidades previstas. É oportuno salientar que a citada Lei específica legislações de responsabilização do gestor em virtude de infrações cometidas. O gestor poderá responder penal, administrativa ou civilmente por crime de responsabilidade e/ou por ato de improbidade administrativa.

Também participa com assiduidade das reuniões da CIR de Vale Feliz, Joana, Secretária de Saúde de Girassol, que neste momento se junta à Vitória e as demais Secretárias. Joana atua na gestão municipal há 25 anos e já foi secretária de saúde por outras duas vezes. Tem larga experiência na gestão municipal de saúde. Foi presidente do COSEMS e participou da diretoria do CONASEMS. Sempre muito atuante e interessada na consolidação do SUS traz uma importante contribuição à conversa. Para Joana não há como se falar em financiamento da saúde sem que o tema critérios de rateio seja abordado.

Critérios de Rateio

Foi a EC 29/2000 que estabeleceu a necessidade de utilização de critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde, destinados aos Estados/Distrito Federal e aos Municípios, e também dos recursos estaduais destinados aos respectivos Municípios objetivando a progressiva redução das disparidades regionais. Por sua vez, a LC 141/2012 estabeleceu que o Ministério da Saúde definirá e publicará, anualmente, utilizando metodologia pactuada na comissão intergestores tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ASPS.

Para Joana este tema é de suma importância, uma vez que a metodologia que irá estabelecer um critério de rateio deverá considerar as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológicas, demográficas, socioeconômicas, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, o desempenho técnico, econômico e financeiro, níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e

municipais, previsão do plano de investimentos da rede e ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

Empolgada com a conversa sobre as transferências dos recursos, Íris procura saber mais a respeito de como se dá atualmente os repasse dos recursos financeiros do Ministério para os municípios.

Blocos de Financiamento

Joana começa explicando que os recursos financeiros federais administrados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) destinam-se a financiar as ASPS das entidades integrantes do SUS e que parte deste recurso é transferida para os Estados/Distrito Federal e os Municípios.

Até o ano de 2017 a Portaria 204/2007 regulamentou o financiamento e a transferência destes recursos com o respectivo monitoramento e controle por meio dos seguintes Blocos de Financiamento⁷: Atenção Básica, 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. A forma de transferência por meio destes blocos foi importante no processo de organização do sistema, mas ao mesmo tempo engessou a execução financeira dos demais entes federados. Foi então que, em 28 de dezembro 2017, a Portaria MS/GM nº 3992/2017⁸ alterou a Portaria de Consolidação nº 6/2017 (Títulos I, X e XI)⁹, a qual contemplava o conteúdo da Portaria nº 204/2007.

A nova regra estabeleceu que o repasse dos recursos financeiros federais, transferidos por meio do FNS aos demais entes federados, destinados ao custeio das ASPS, passa a ser realizado em apenas uma conta financeira, e não mais em cinco diferentes blocos com suas inúmeras contas correntes. Além disso, os recursos destinados a investimentos passaram a ser transferidos também em uma só conta. Ou seja, a partir de 10 de janeiro de 2018 os recursos federais transferidos aos demais entes passaram a ser organizados e transferidos na modalidade fundo a fundo, de forma regular e automática, em conta corrente específica e única na forma dos seguintes blocos de financiamento:

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

8 BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html>. Acesso em: 25 abr. 2019.

9 BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html>. Acesso em: 25 abr. 2019.

- » Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde.
- » Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.
- » Como condição para transferência dos recursos federais, os municípios devem seguir as seguintes regras:
 - » Alimentação e atualização regular dos sistemas de informações que compõem a base nacional de informações do SUS.
 - » Conselho de Saúde instituído e em funcionamento.
 - » Fundo de Saúde instituído por lei, categorizado como fundo público em funcionamento.
 - » Plano de Saúde, programação anual de saúde e relatório de gestão submetidos ao respectivo Conselho de Saúde.

A memória de cálculo utilizada para os repasses de recursos permaneceu a mesma, não havendo nenhuma alteração no método de cálculo ou na distribuição dos referidos recursos federais. As contas correntes dos Blocos de Custeio e Investimento foram abertas pelo Ministério da Saúde por meio do FNS nas seguintes instituições financeiras: Banco do Brasil e Caixa Econômica Federal. As contas correntes são vinculadas ao Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) do respectivo fundo de saúde, nos termos do regulamento editado pela Secretaria da Receita Federal do Brasil. Os recursos financeiros relativos às ações vinculadas a cada bloco de financiamento são transferidos aos Estados/Distrito Federal e Municípios conforme cronograma de desembolso do FNS, obedecida a programação financeira da Secretaria do Tesouro Nacional e o que foi apresentado a Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Para além das regras para recepção destes recursos, municípios deverão observar as regras para utilização desses recursos:

- *Os recursos que compõem cada Bloco de Financiamento devem ser aplicados em ações relacionadas ao próprio Bloco;*
- *Que as ações devem constar no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde do Município submetidos ao respectivo Conselho de Saúde (ver Capítulo 1);*
- *Cumprimento do objeto e dos compromissos pactuados e/ou estabelecidos em atos normativos específicos, tais como as portarias, resoluções da CIT e das CIBs, expedidos pela direção do SUS;*
- *Vinculação com os programas de trabalho previstos no Orçamento geral da União, ao final do exercício financeiro.*

Desde a publicação da Portaria MS/GM nº 3.992/2017, que alterou o Título I, X e XI da Portaria de Consolidação nº 6/2017, o FNS divulga em sua página eletrônica as informações sobre as transferências dos recursos, organizando-as e identificando-as por Grupos relacionados ao nível de atenção ou à área de atuação, tais como:

I - Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde

- A - Atenção Básica
- B - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar
- C - Assistência Farmacêutica
- D - Vigilância em Saúde
- E - Gestão do SUS

II - Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde

- A - Atenção Básica
- B - Atenção Especializada
- C - Vigilância em Saúde
- D - Gestão e desenvolvimento de tecnologias em Saúde no SUS
- E - Gestão do SUS

Importante destacar que essa memória de cálculo, seja qual for o nível de detalhamento, cumpre a obrigatoriedade da transparência e registro de série histórica do próprio FNS, mas não vincula o uso dos recursos e de maneira alguma se configura como “caixinhas”. A norma é explícita quanto a isso, quando esclarece que essas referências (memórias) “não ensejarão, em hipótese alguma, necessidade de identificação, nos orçamentos dos Municípios, Estados e Distrito Federal”.

A partir de janeiro de 2018 os municípios contam com maior flexibilidade financeira no dia a dia da gestão, porém ao final do exercício devem demonstrar o cumprimento das metas estabelecidas junto ao Ministério da Saúde, em conformidade com o Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União, que originou o repasse dos recursos. Tal procedimento é necessário, pois o Programa de Trabalho do Orçamento Federal, que originou o repasse, gera a vinculação dos recursos repassados.

PARA SABER MAIS:

- » Videoconferência - Esclarecimentos sobre a portaria 3992: <https://www.youtube.com/watch?v=iJSpe3piYys>
- » Web aula unificação dos blocos de financiamento - Módulo 2: <https://www.youtube.com/watch?v=YLQEDHORgzk>
- » Bate-papo com a CNM | Recursos da saúde: <https://www.youtube.com/watch?v=w14Ri4UFQJA>
- » Orientações sobre as mudanças no financiamento da Saúde: https://www.youtube.com/embed/vH_1ILT3vjo
- » Mudanças no Financiamento da Saúde: <https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/Mudan%C3%A7as%20no%20Financiamento%20da%20Sa%C3%BAde.pdf>

Importante esclarecer que a vinculação entre a finalidade das programações orçamentárias que financiam os repasses federais e a aplicação dos recursos por Estados/Distrito Federal e Municípios têm origem no disposto no inciso VI do art. 167 da Constituição Federal, o qual veda “a transposição, o remanejamento ou a transferência de recursos de uma categoria da programação para outra ou de um órgão para outro, sem prévia autorização legislativa”. Assim, tendo em vista o texto constitucional, entende-se que não pode o Poder Executivo aprovar aplicação por outro ente federativo em finalidade diversa daquela especificada na LOA que autorizou a despesa.

Observa-se, ainda, que na hipótese de existir saldos de um ano para o outro, a vinculação é válida até a aplicação integral dos recursos relacionados a cada Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União, que deu origem ao repasse, ainda que em exercício diverso daquele em que ocorreu o ingresso no respectivo fundo de saúde. Ressalta-se que, enquanto os recursos financeiros repassados não forem utilizados, deverão ser automaticamente aplicados em fundos de aplicação financeira de curto prazo, lastreados em títulos da dívida pública federal, com resgates automáticos ou transferidos para caderneta de poupança.

Conforme previsto no art. 3º, §§ 4º e 5º da Portaria de Consolidação nº 6/2017, alterada pela Portaria MS/GM nº 3.992/2017, rendimentos auferidos com a aplicação automática dos recursos repassados fundo a fundo devem ser aplicados, obrigatoriamente, na execução de ASPS relacionados ao respectivo Bloco de Financiamento, estando sujeitos às mesmas finalidades e condições de prestação exigidas para os recursos transferidos. Nesses casos, os recursos devem ser normalmente previstos nas leis orçamentárias de Estados/Distrito Federal e Municípios. Mas é necessário ficar claro que, de maneira alguma, há vinculação com programa de trabalho específico da União, sendo necessário apenas observar o escopo das despesas custeadas pelo bloco de financiamento cujos depósitos deram origem aos rendimentos que serão aplicados.

BLOCO DE CUSTEIO

Os recursos financeiros referentes ao Bloco de Custeio são destinados à manutenção da prestação das ASPS e ao funcionamento dos órgãos e estabelecimentos responsáveis pela implementação destas. Todos os respectivos repasses para manutenção da prestação das ações e serviços referentes à atenção básica, média e alta complexidade, vigilâncias, bem como assistência farmacêutica são transferidos para uma única conta financeira do Bloco de Custeio. Existem algumas vedações para utilização destes recursos, são elas:

- *Para pagamento de Servidores inativos; Servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços previstos no respectivo Plano de Saúde;*
- *Gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços previstos no respectivo Plano de Saúde;*
- *Pagamento de assessorias/consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio município ou do estado;*
- *Obras de construções novas, bem como de ampliações e adequações de imóveis já existentes, ainda que utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.*

BLOCO DE INVESTIMENTO

Os recursos financeiros referentes ao Bloco de Investimentos também são transferidos em conta corrente única, aplicados conforme definido no ato normativo pactuado e publicado em portaria específica, e serão destinados, exclusivamente, à aquisição de equipamentos; obras de construções novas utilizadas para a realização de ASPS; e, obras de reforma e/ou adequações de imóveis já exis-

tentes utilizados para a realização de ASPs. Assim como no Bloco de Custeio, existe vedação para utilização destes recursos.

Joana diz que as novidades trazidas pela Portaria MS/GM nº 3.992/2017 originaram modificações importantes que possibilitou maior grau de autonomia de gestão aos Estados/Distrito Federal e Municípios, ao tempo que abriu caminho para discussões mais aprofundadas sobre a adoção dos Critérios de Rateio. Além disso, estabeleceu como agenda estratégica do gestor monitoramento e controle por parte dos municípios, bem como, fortaleceu o planejamento, principalmente orçamentário. Neste sentido o ponto fundamental de entendimento da Portaria é o fato de que a partir de janeiro de 2018 as despesas realizadas pela SMS estejam em consonância com os instrumentos de planejamento (ver Capítulo 1). A mudança trazida tem por objetivo fortalecer os instrumentos de planejamento e de orçamento, flexibilizando o fluxo financeiro, permitindo ao gestor gerenciar e aplicar adequadamente os recursos nas ações pactuadas e programadas. Vale ressaltar que para as despesas serem concretizadas com a liberdade mencionada é necessário que estejam devidamente previstas no orçamento municipal obedecido o regramento disciplinado nas normativas de elaboração orçamentária.

PARA SABER MAIS:

» Portaria 3.992/2017 e demais atos normativos acesse: <http://portaria3992.saude.gov.br/>

Saldos Parados em Conta Corrente

Joana continua dizendo ao grupo que a Portaria MS/GM nº 3.992/2017 trouxe outra novidade que fortalece o processo de monitoramento, gestão e utilização dos recursos públicos. Trata-se da possibilidade de se (re) conhecer os saldos dos recursos financeiros transferidos pelo Ministério da Saúde para os municípios e que estão parados nas contas bancárias abertas pelo Fundo Nacional de Saúde.

Ela conta que há algum tempo o Conasems tem solicitado ao Ministério da Saúde a disponibilização destes dados, de forma a que os gestores tenham a informação atualizada e consolidada a fim de promover a adequada utilização de tais recursos. Assim, o FNS disponibilizou em sua página eletrônica na internet os valores dos saldos em cada uma das contas, com dados de banco, agência, conta, dados históricos desde 2010, inclusive com indicação da portaria que deu origem aos recursos. A novidade está no fato de que agora é possível se conhecer os saldos não só em um dia, mas um período histórico agregados em dois períodos: anterior e posterior ao ano de 2018.

É de grande importância que os gestores tenham cuidado na manutenção dos valores anteriores a 2018, pois estes podem ser considerados residuais, vez que a movimentação a partir de 2018 pode ser entendida

como um livro caixa, registrando recentes entradas e saídas de recursos. Importante registrar que a execução destes valores deve ser realizada segundo os objetivos da portaria que deu origem aos recursos. Da mesma forma, apesar da possibilidade da livre utilização dos recursos financeiros possibilitada pela Portaria MS/GM nº 3.992/2107, a vinculação orçamentária será obrigatoriamente respeitada.

Vitória concorda plenamente com Joana e confirma que o fortalecimento do monitoramento e controle por parte dos municípios é de fundamental importância para o planejamento da saúde, e neste sentido passa a falar um pouco mais sobre o tema.

Controle e Monitoramento dos Recursos Financeiros Transferidos Fundo a Fundo

O Conasems desenvolveu um Painel de Apoio à Gestão que é uma excelente ferramenta para planejamento, controle, monitoramento dos recursos transferidos pela União para Estados/Distrito Federal e municípios. Pelo Painel é possível conhecer, de forma consolidada (país, estados, macro regiões e regiões de saúde, além dos municípios), dados relacionados a indicadores de saúde, gestão, capacidade instalada e valores repassados pela União, inclusive emendas parlamentares e saldos.

PARA SABER MAIS:

» Acesse a plataforma por meio do link: <http://www.conasems.org.br/painel-de-apoio-a-gestao-ferramenta-reune-informacoes-para-auxiliar-planejamento-do-gestor/>

Vitória informa que a comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde aos demais entes federados deverá ser feita por meio de Relatório de Gestão que deverá ser elaborado e submetido ao conselho de saúde e apresentado ao Ministério da Saúde. Esta apresentação deverá ser realizada em sistema próprio do Ministério da Saúde (ver Capítulo 1).

A regulamentação do Relatório de Gestão encontra-se na Portaria de consolidação nº 2/017 a qual trata da consolidação das Normas sobre Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde, da Organização e do Funcionamento do SUS, especificamente em seu Título IV, Capítulo I, artigos 94 a 101.

As despesas realizadas com recursos provenientes da esfera federal, transferido fundo a fundo, devem ser efetuadas segundo as exigências legais requeridas a quaisquer outras despesas da Administração Pública (processamento, empenho, liquidação e efetivação do pagamento), mantendo a respectiva documentação administrativa e fiscal pelo período mínimo legal exigido (ver Capítulo 6).

O Ministério da Saúde divulgará anualmente, por meio de portaria da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, o detalhamento dos Programas de Trabalho das dotações orçamentárias consignadas aos órgãos que serão onerados pelas transferências de recursos federais referentes a cada Bloco de Financiamento, ou seja, os Programas de Trabalho do Orçamento Geral da União que geram repasses aos municípios.

Os saldos existentes nas contas correntes, vinculadas aos antigos Blocos de Financiamento e transferidos até dezembro de 2017 poderão ser utilizados desde que haja:

- *Vinculação dos recursos com a finalidade definida em cada Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União por meio do qual foram originalmente realizados os repasses, com a devida prestação de contas ao final do exercício financeiro.*
- *Cumprimento do objeto e dos compromissos pactuados e/ou estabelecidos em atos normativos específicos que regulamentaram o repasse à época do ingresso dos recursos no fundo de saúde do Estado/ Distrito Federal ou do Município.*

A realização de transferência dos saldos das antigas contas para a nova conta única de custeio dependerá da vigência do TAC/MPF/2016¹⁰, que impede a realização dessa ação.

No tocante aos saldos do antigo Bloco de Investimento regidos pela revogada Portaria MS/GM 204/2007, os recursos financeiros repassados eram destinados exclusivamente às despesas de capital e, para a transferência destes recursos eram abertas contas específicas para cada objeto ou proposta aprovada. Dessa forma, estes recursos devem ser movimentados em suas contas originais até a sua aplicação integral, após o que deverão ser desativadas.

10 BRASIL. Ministério Público Federal. Termo de Ajustamento de Conduta. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/pgr/documentos/tac_banco_brasil.pdf>. Acesso: 25 abr. 2019.

Importante registrar que, conforme previsto no art. 3º da Portaria MS/GM nº 3.992/2017, os recursos pendentes de repasse (parcelas futuras) referentes a propostas e projetos de investimentos em execução financeira – aqueles que já receberam parte recursos em datas anteriores à vigência da publicação – serão transferidos pelo FNS nas contas de origem, as quais receberam as parcelas anteriores.

O Município deve organizar seu orçamento de acordo com o seu respectivo Plano de Saúde e a sua Programação Anual de Saúde. Deve recepcionar em seu orçamento os recursos repassados pelo Ministério da Saúde, classificando suas despesas alinhadas às ações já pactuadas para recepção dos respectivos recursos, segundo os atos normativos expedidos pela direção do SUS. Ao final do exercício financeiro deve comprovar a vinculação dos recursos com a finalidade definida em cada Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União o qual deu origem aos repasses realizados. As vinculações orçamentárias, como não poderiam deixar de ser, continuam exatamente como sempre foram e devem refletir as ações pactuadas.

Neste momento, as Secretárias são chamadas para o início da reunião, mas antes Vitória orienta Íris a verificar se o município de Céu Azul está devidamente regularizado em relação aos projetos, programas e ações do Ministério de Saúde e do Estado. Comenta da importância da constante verificação do recebimento dos recursos. Informa que é preciso averiguar se houve a formalização de adesão aos programas, se ocorreu conforme os instrumentos e regras das portarias de habilitações, se ocorreu a publicação das portarias de credenciamento, de qualificação e das demais especificidades de cada proposta.

Como a listagem de projetos, programas e ações é extensa, Íris já havia percebido a impossibilidade da adesão de Céu Azul em todos, pois alguns são destinados a locais com maior referência e especialização. Mas dentre eles ela se interessou por alguns que exigem cofinanciamento por parte do município e para adesão ele deverá verificar a possibilidade de mais recursos com seu prefeito.

Íris então já pensa em se preparar para a reunião. Seria importante entender mais sobre o funcionamento do Fundo Municipal de Saúde. É preciso conhecer a legislação, a natureza jurídica e as características dos fundos de saúde a fim de solucionar algumas dúvidas:



Íris foi para reunião certa de que quando voltasse a Céu Azul iria se inteirar do tema. E como tal, depois de alguns dias entrou em contato com o Cosems que lhe repassou mais informações, entre elas:

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 nos instrumentos de planejamento (ver Capítulo 1).

O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT)¹¹, com redação dada pela EC 29/2000, dispõe sobre a obrigatoriedade de que todos¹² 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.

Tratando do assunto a LC 141/2012, no parágrafo único do art. 2º, dispõe que as despesas com ASPS, 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 141/2012, 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.

11 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.

12 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.

A Lei 10.406/2002, 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 juridicamente¹³, 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.

Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) do Fundo Municipal de Saúde

Apesar de não dispor de personalidade jurídica, o fundo municipal de saúde deve ser inscrito no CNPJ, na condição de matriz, conforme determinação contida na Instrução Normativa da Receita Federal do Brasil nº 1.143/2011¹⁴. 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 matriz¹⁵, de acordo com a natureza jurídica estabelecida pela CONCLA (Comissão Nacional de Classificação¹⁶), mediante utilização do código 120-1 - “Fundo Público”. Atualmente a matéria é regulada pela IN/RFB nº 1634/2016.

13 Decisão proferida nos autos do Processo nº 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 PIRAIÁ, por ser unidade orçamentária gestora dos recursos destinados às ações de saúde, desprovido de personalidade jurídica”.

14 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).

15 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.

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

Portanto, a norma não confere aos fundos de saúde personalidade jurídica, restando 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 LC 101/2000¹⁷, que tratam, respectivamente, da obrigatoriedade dos recursos legalmente vinculados à 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.

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 8.142/1990, em seu art. 4º, estabelece determinadas condicionantes para que os municípios possam receber recursos do FNS, dentre elas, destaca-se a existência do Fundo de Saúde. No mesmo sentido, o art. 22, da LC 141/2012, 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:

1. Receitas e despesas especificadas¹⁸;
2. Vinculação à realização de determinados objetivos ou serviços;
3. Normas peculiares de aplicação;
4. Vinculação a órgão determinado da Administração;
5. Descentralização interna do processo decisório;
6. Plano de aplicação, contabilidade e prestação de contas específicas;
7. Designação do gestor;
8. Destinação do saldo apurado em balanço de exercício;
9. Integra orçamento geral do ente federado; e
10. Unidade orçamentária gestora de recursos.

O Fundo Municipal de Saúde tem como características, dentre outras, a

17 BRASIL. Lei complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LCP/Lcp101.htm>. Acesso em: 25 abr. 2019.

18 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.

descentralização do poder decisório e vinculação a determinado órgão da Administração, que, neste caso é a própria Secretaria Municipal de Saúde, **donde se conclui 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/1988 e no art. 9º, da Lei 8.080/1990 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. Assim, os fundos de saúde constituem-se importante instrumento de:

- **Gestão** dos recursos destinados ao financiamento das ASPS, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;
- **Planejamento**, dado que possibilita aos gestores visualizar os recursos que dispõem para as ações e serviços de saúde;
- **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 de repasses municipais e estaduais.

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 permitem acompanhar, controlar e avaliar a sua execução.

Para tanto, os Fundos de Saúde devem ser contemplados como unida-

des 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 pela PPA; LDO e LOA (ver Capítulo 1).

I: Uma outra questão que queria abordar com vocês é como construir o orçamento da saúde? Tive uma primeira reunião com a secretaria de planejamento que foi bem difícil.

O: Para essa questão, além de conhecer a normativa, é fundamental ter na sua equipe um especialista em finanças públicas.

V: Este é o material que o Conasems preparou sobre isso que vale a pena mostrar para o contato do Fundo Municipal de Saúde.

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 governo¹⁹, 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 às classificações específicas, de modo a evidenciar a natureza de cada uma.

A receita orçamentária²⁰ pode ser classificada por natureza e por fonte, conforme disposto no Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público (MCASP)²¹, 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 discrimi-

19 Art. 2º. A Lei do Orçamento conterà 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.

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

21 6ª edição, aprovada pela Portaria Conjunta STN/SOF nº 01/2014 e Portaria STN nº 700/2014, aplicável a todos os entes da federação.

nação 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”.

» **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 1º Nível de detalhamento da receita por natureza se refere à Categoria Econômica, que a Lei nº 4.320/1964, em seu art. 11, classifica em duas categorias: Receitas Correntes e Receitas de Capital, assim especificado pelo MCASP:

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 20)

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 4.320/1964. 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 público²². 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, com por exemplos:

- 04 – ADMINISTRAÇÃO**
- 08 – ASSISTÊNCIA SOCIAL**
- 10 – SAÚDE**
- 12 – 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.

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

A CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL NA ÁREA DA SAÚDE, FUNÇÃO 10, TEM AS SEGUINTE SUBFUNÇÕES:

FUNÇÃO	SUBFUNÇÃO
10	301 - Atenção Básica
10	302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial
10	303 - Suporte Profilático e Terapêutico
10	304 - Vigilância Sanitária
10	305 - Vigilância Epidemiológica

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:

CATEGORIAS ECONÔMICAS

3 - DESPESAS CORRENTES	<i>Todas as despesas que não contribuem, diretamente, para a formação ou aquisição de um bem de capital.</i>
4 - DESPESAS DE CAPITAL	<i>Todas as despesas que contribuem, diretamente, para a formação ou aquisição de um bem de capital.</i>

Fonte: Lei 4.320/64 e MCASP (Vide nota de rodapé 20)

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:

GRUPO DE NATUREZA DA DESPESA

1	<i>Pessoal e Encargos Sociais</i>
2	<i>Juros e Encargos da Dívida</i>
3	<i>Outras Despesas Correntes</i>
4	<i>Investimentos</i>
5	<i>Inversões Financeiras</i>
6	<i>Amortização da Dívida</i>

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 abaixo demonstra alguns exemplos de modalidade de aplicação, ficando clara a existência de outras²³.

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

23 Veja Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público, conforme nota 21.

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 a seguir demonstra alguns elementos de despesa, de forma exemplificativa²⁴.

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

24 Vide nota 21

Por fim, temos o Desdobramento do Elemento de Despesa, de uso facultativo, constituído de dois, 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:

CLASSIFICAÇÃO INSTITUCIONAL	<i>Poder 01 – Executivo</i>
	<i>Órgão 08 - Secretaria Municipal de Saúde</i>
	<i>Unidade Orçamentária 101 – Fundo Municipal de Saúde</i>
CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL	<i>Função 10 – Saúde</i>
	<i>Subfunção 303 – Suporte Profilático e Terapêutico</i>
CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO A ESTRUTURA PROGRAMÁTICA	<i>Programa 28 – Medicamento em Casa</i>
	<i>Tipo de ação 5 – Atividade</i>
CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO A NATUREZA DA DESPESA	<i>Categoria Econômica 3 – Despesa Corrente</i>
	<i>Grupo de Natureza da Despesa 3 – Outras Despesas Correntes</i>
	<i>Modalidade de Aplicação 90 – Aplicação Direta</i>
	<i>Elemento de Despesa 30 - Material de Consumo</i>
	<i>Desdobramento do Elemento de Despesa (facultativo) 01 – Medicamentos</i>
CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO A FONTE DE RECURSOS	<i>Fonte 01 – Recursos do Tesouro Municipal</i>

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 DENASUS/MS, do Órgão de Controle Interno e do Conselho de Saúde, fiscalizar o cumprimento das normas estabelecidas na LC 141/2012.

PRAZOS E PROVIDÊNCIAS ESTABELECIDOS PELA LC 141

PRAZOS	PROVIDÊNCIAS
RELATÓRIO QUADRIMESTRAL	
30 de MAIO	<i>Apresentação no Conselho Municipal de Saúde e na Câmara dos Vereadores, do Relatório Detalhado do Primeiro Quadrimestre do Exercício.</i>
30 de SETEMBRO	<i>Apresentação no Conselho Municipal de Saúde e na Câmara dos Vereadores, do Relatório Detalhado do Segundo Quadrimestre do Exercício.</i>
28 de FEVEREIRO	<i>Apresentação no Conselho Municipal de Saúde e na Câmara dos Vereadores, do Relatório Detalhado do Terceiro Quadrimestre do Exercício Anterior.</i>
RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO	
30 de MARÇO	<i>Elaboração e envio do RAG ao Conselho de Saúde.</i>
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	<i>Entrega do Projeto de Lei à Câmara de Vereadores</i>
DEZEMBRO <i>Encerramento da sessão legislativa</i>	<i>Sanção do Chefe do Poder Executivo</i>
LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS	
15 de ABRIL	<i>Entrega do Projeto de Lei à Câmara de Vereadores</i>
JUNHO <i>Encerramento do Primeiro Período da Sessão Legislativa</i>	<i>Sanção do Chefe do Poder Executivo</i>
LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL	
30 de AGOSTO	<i>Entrega do Projeto de Lei à Câmara de Vereadores</i>
DEZEMBRO <i>Encerramento da sessão legislativa</i>	<i>Sanção do Chefe do Poder Executivo</i>

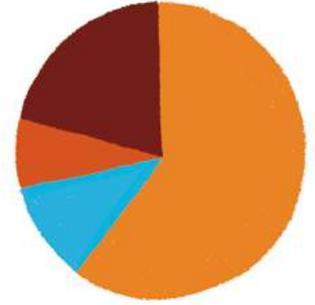
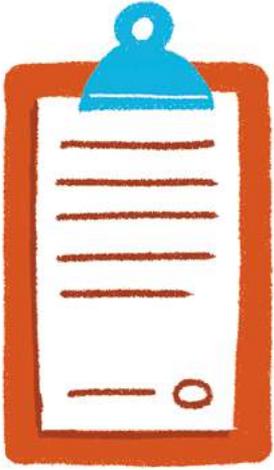
CAPÍTULO

04

GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Olga, gestora da Vila SUS há dois anos, se sente atualmente mais preparada para lidar com as questões relativas à gestão do trabalho e da educação na saúde. Recordava de sua participação e de sua equipe em todos os eventos do COSEMS e do CONASEMS, que identificavam a importância de se organizar o processo de trabalho juntamente com sua equipe técnica, debatiam tais questões nos diferentes fóruns de sua região de saúde e do Estado. Olga decide marcar um encontro com Vitória no COSEMS.

Chegando ao COSEMS, Olga é recebida por Vitória, que já lhe oferece um café e pergunta:



V: Olga, pega esse cafezinho aqui! Conte-me, como você tem lidado com as reivindicações das entidades profissionais e a qualificação das equipes?

O: Hoje eu consigo compreender melhor os processos, pois tenho buscado estabelecer um canal de diálogo com os sindicatos que, no final das contas, são questões relacionadas à gestão, sejam oriundas do modo de organização dos processos de trabalho, sejam da necessidade de qualificação das equipes por meio da educação permanente. De qualquer modo, tenho encontrado muitas dificuldades para desenvolver uma estratégia capaz de ampliar o debate que possibilite a participação dos trabalhadores, gerentes e usuários, no sentido de buscar resoluções efetivas e compartilhadas.

Vitória e Olga concordam que as reuniões com o sindicato dos trabalhadores da saúde, juntamente com o sindicato dos agentes comunitários de saúde, têm apresentado cada vez mais diferentes pautas de reivindicações, quando comparado com outros sindicatos de profissionais de saúde, como, por exemplo, o sindicato dos médicos.

Intrigada Vitória pergunta:

V: Olga, vc tem se reunido com outros segmentos de representação ou regulação profissional da saúde?

O: Sim, e não tem sido fácil. Os conselhos de fiscalização do exercício profissional, como o de farmácia (CRF) e de enfermagem (COREN), têm sido os mais insistentes por soluções junto à secretaria de saúde. Tinha semana que me reunia duas vezes numa mesma semana com o mesmo conselho.

V: E qual é sua avaliação sobre os resultados dessas visitas?

O: Considero positiva, do ponto de vista de pactuar uma pauta comum de reivindicações, na qual elencamos os seguintes pontos: aumento de salário, ampliação do número de trabalhadores, política de educação permanente, implantação de plano de cargos e carreiras, política de saúde do trabalhador, criação de espaços formais de negociação e melhoria das condições de trabalho.

Outra reivindicação apresentada pelo sindicato dos trabalhadores da saúde foi a realização de concurso público. Tal reivindicação foi insistentemente apontada pelo sindicato como uma das mais importantes da categoria, tendo em vista a existência de trabalhadores com contrato temporário¹. Vitória destacou que além desta reivindicação, os ACS estavam cobrando das secretarias municipais de saúde o pagamento de insalubridade e de um 14º salário, sob a argumentação de que o Ministério da Saúde já repassava recursos para atender esta finalidade.

1 Ver Capítulo 6

V: Olga existe alguma explicação para essas exigências dos ACS?

O: Temos sido questionados sobre a possibilidade de reconduzir os agentes de saúde, que tenham maior tempo de serviço, a ocuparem outras funções. Até porque, os ACS já vinham justificando essa medida pela impossibilidade de continuarem trabalhando na rua².

Ao longo da conversa, Vitória foi constatando que, na medida em que Olga participava dessas reuniões, a lista de reivindicações dos trabalhadores aumentava cada vez mais. Olga manifesta sua preocupação com alguns pontos críticos, que dizem respeito aos desafios de conjugar as ações de organização dos processos de trabalho e com os processos de educação permanente.

V: Olga o que vc pensa sobre a inclusão desses pontos críticos na pauta da mesa de negociação³? Com isso promoveríamos uma discussão coletiva com todos os envolvidos na região.

O: Penso que é uma possibilidade concreta de participação dos atores implicados no planejamento das ações, nas tomadas de decisões...

V: Dos atores e das “atrizes” não é mesmo? – interrompe Vitória em tom de brincadeira. Afinal não se pode negar que as mulheres têm uma expressiva participação na força de trabalho em saúde e nos processos formativos.

O: Sem dúvidas! Temos que visibilizar cada vez mais essa participação! E para nortear essa discussão, utilizaríamos os pontos críticos como eixos temáticos de articulação dessas ações. São eles: cumprimento de carga horária; compromisso do trabalhador com o cuidado em saúde no território sempre com a centralidade no usuário⁴; trabalho em equipe multiprofissional, integrando saberes e práticas; valorização dos espaços de Educação Permanente, quando propostos pela gestão; e adesão às propostas de inovação construídas pelas equipes e gestão.

De outro lado, Vitória reforça a necessidade da criação de um Grupo de Trabalho com o objetivo de priorizar o estudo sobre duas propostas, já

2 Ver Capítulo 6

3 Ver Carine Magno et al. Implantação das mesas nacionais de negociação permanente do Sistema Único de Saúde em secretarias estaduais e municipais de saúde Saúde Soc. São Paulo, v.26, n.2, p.336-347, 2017 - Resultados da pesquisa Avaliação de Políticas e Programas Nacionais da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no SUS, realizada em parceria com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES/MS); financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) sob o número de processo 552745/2011-1.

4 Ver Pinheiro, R & Martins, P.H.N, organizadores. Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica /. – Rio de Janeiro: CEPESC / IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. 376 p.

apontadas pelo Sindicato dos Trabalhadores da Saúde, que são: a criação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários para os trabalhadore(a)s do SUS de Vila SUS e o concurso público.

Embora Olga reconhecesse que se tratavam de propostas mais complexas de serem implementadas, não se esquivou de reiterar a importância de se discutí-las, ainda mais com a sua experiência de participação nos eventos do COSEMS e CONASEMS. Nessa experiência, Olga se lembrou de duas cartilhas que foram distribuídas no último Congresso do CONASEMS, as quais tematizavam dois aspectos: a) os Protocolos da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, MNNP-SUS que trata do Protocolo n 6/2006, que apresenta e orienta como construir um PCCS e a outra b) sobre as diretrizes para a definição da Agenda Nacional do Trabalho Decente para os Trabalhadores e Trabalhadoras do SUS (Protocolo n 9/2015)⁵.

Vitória aproveita para ressaltar a contribuição do conceito formulado e propagado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT)⁶ - que aborda o Trabalho Decente para os Trabalhadores e Trabalhadoras do SUS, por meio do qual se reconhece que a aplicação de normas ou leis, por si só, não são suficientes para a promoção da justiça social e da igualdade de oportunidades no mundo do trabalho. E conclui, recomendando à Olga, utilizar essas duas cartilhas, que certamente serviriam de subsídios, para discussão junto à Secretaria Municipal de Administração de Vila SUS a fim de propor soluções para atender essas demandas.

5 Ver BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo nº 009/2015 – Institui as diretrizes da Agenda Nacional do Trabalho Decente para Trabalhadores e Trabalhadoras do Sistema Único de Saúde (ANTD-SUS).

6 A OIT é uma organização criada em 1919, que estabelece normas internacionais do trabalho e seus efeitos, cuja forma se configura por meio de convenções e de recomendações. A Conferência Internacional do Trabalho adota as normas internacionais do trabalho por meio de tratados internacionais vinculantes para os países que os ratificam livremente. As convenções internacionais do trabalho são submetidas aos estados membros para sua ratificação. Ao ratificarem as convenções, os Estados Membros se comprometem formalmente a tornar efetivas as proposições das mesmas, de fato e de direito. O significado dessas normas internacionais decorre de seu efeito prático. Por um lado, refletem o que é realizável agora e, por outro, indicam o caminho do progresso econômico e social, sendo, por esse motivo, denominadas de instrumentos promocionais. Com efeito, na Conferência são debatidas e adotadas pelos representantes dos governos, em igualdade de condições com aqueles das organizações de empregadores e de trabalhadores dos Estados Membros da OIT. Estas normas facilitam a participação das organizações de empregadores e de trabalhadores nos esforços de desenvolvimento, criação de empregos, formação profissional, distribuição equitativa de ingressos, melhoramento das condições de vida e de trabalho em todos os setores da economia, além da promoção e proteção dos grupos socialmente vulneráveis. O texto de uma norma exige a cooperação direta (consulta) e inclusive o acordo das organizações de trabalhadores e de empregadores para que sejam adotadas medidas com vistas à sua aplicação. <https://www.ilo.org/brasil/temas/normas/lang--pt/index.htm>. Acesso em: 25 abr. 2019.

Mas é na reunião com o sindicato dos ACS, que Olga encontra os principais pontos nevrálgicos das negociações com essa categoria: o pleito de insalubridade⁷ e o 14º salário.

V: Como você tratou dessas questões Olga?

O: Com relação ao pleito, me coloquei à disposição para encaminhar essa discussão, tanto para Secretaria Municipal de Administração de Vila SUS como para a Procuradoria Geral do Município. E sobre o 14º salário, esclareci pela enésima vez – já meio irritada - que não é assim que funciona. O repasse de uma 13ª parcela de incentivo financeiro pelo MS não significa que este incentivo é para pagamento de um 14º salário ao ACS.

Essa polêmica se repete todos os anos, apesar de Olga já ter disponibilizado ao Sindicato e aos ACS de Vila SUS a Nota Técnica do CONASEMS⁸, que respalda o Gestor(a), da inexistência desse direito dos ACS. Contudo, Olga acredita que, com relação à essa questão, na prática da gestão do SUS nos municípios, tal reivindicação tem sido recorrente utilizada como uma forma de pressão da categoria, pois muitos gestores aceitam pagar o 14º salário, ainda que orientados a não fazê-los.

Vitória questiona que o provimento do referido pagamento privilegia um único grupo de trabalhadores, dentre todos os demais trabalhadores do município, pois não é uma medida justa e nem promotora de harmonia das equipes.

V: É necessário estabelecer diálogo com os trabalhadores, o que não tem sido fácil na maioria das vezes, mas devo reconhecer Olga, que vens aprendendo muito e hoje tem se mostrado uma hábil negociadora.

O: Agradeço o reconhecimento, mas também temos que reconhecer que nem sempre chegamos ao acordo desejado pelas partes, mas, sempre se chega ao acordo possível – responde com parcimônia.

7 Ver Lei Federal 13.595/2018: o novo regime jurídico dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias.

8 Ver Capítulo 6.

Além das questões discutidas nas reuniões com os sindicatos, Olga marcou um encontro com sua equipe e convidou Vitória para uma atividade em sua secretaria, pois já estava muito preocupada com a fixação de médicos nas equipes da Saúde da Família⁹. Isto porque, nesse momento, duas de suas equipes estavam sem médico, pois os profissionais que eram participantes do Programa Mais Médicos tinham acabado de sair, porque todos faziam parte da Cooperação Técnica da Organização Panamericana de Saúde/MS¹⁰.

Diante das dificuldades apresentadas por Olga na efetivação da política voltada para as questões da gestão do trabalho, e também da educação na saúde, principalmente no âmbito da atenção básica, Vitória sugere à Olga a organização de uma oficina, que possibilitasse a participação dos demais membros da CIR.

DA OFICINA:

Três perguntas orientadoras foram apresentadas:

- *O que você compreende por Trabalho em Saúde?*
- *O que você compreende por Gestão do Trabalho em Saúde?*
- *O que você compreende por Gestão da Educação em Saúde?*

A partir dessas perguntas foi possível formular enunciados que ordenaram a discussão em suas especificidades no campo da gestão municipal, quais sejam:

Trabalho em saúde – É o cuidar das pessoas conforme as suas necessidades de saúde, esse é o principal objetivo dos profissionais nos serviços e ações de saúde.

A discussão dessa temática foi rica e acabou por mobilizar a todos. Sistematizá-la não foi tarefa simples, mas Olga e Vitória estavam atentas e elencaram os pontos principais:

- *Se trabalhar em saúde significa cuidar de pessoas com necessidades de saúde, isso pode significar cuidar de pessoas num momento de*

9 O motivo da preocupação é porque ela soube que o Ministério da Saúde não lança edital de reposição do programa há mais de um ano, não há previsão para um novo edital e logo completará 60 dias que essas duas equipes de Vila SUS estão sem médicos. Isso é um problema pois conforme regramento estabelecido, haverá corte nos recursos da atenção básica referentes à essas equipes. A quem recorrer para ter notícias sobre os prazos para a reposição? É justo que o município seja penalizado com o corte dos recursos? Afinal o Ministério da Saúde é o responsável pela reposição dos profissionais do programa para os municípios que dele necessitam!

10 Ver Silva HP, Tavares RB, Comes Y, Pereira LL, Shimizu HE, Merchan-Hamann E, et al. O Projeto Mais Médicos para o Brasil: desafios e contribuições à Atenção Básica na visão dos médicos cooperados – Interface COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO 2017; 21(Supl.1):1257-68.

vulnerabilidade física, psíquica ou de qualquer outra ordem, e nesse sentido o enorme desafio para quem faz a gestão consiste em responder as perguntas “por que fazer?” e “como fazer?”

- *É preciso elaborar um conjunto de atividades e movimentos necessários e capazes de transformar as práticas dos profissionais no cotidiano das ações de saúde em respostas competentes para as necessidades de saúde ali presentes.*
- *O trabalho de cuidar diretamente das pessoas está relacionado ao trabalho de gerir o sistema e gerenciar os serviços, ao trabalho de participar das instâncias de negociação e controle social e ao trabalho de mobilizar as aprendizagens no trabalho e transformar as práticas no cotidiano.*

Diante dessas conclusões, ainda que iniciais, parecia cada vez mais claro para o grupo a necessidade de se aprofundar na análise dos elementos que estruturam e organizam os processos de trabalhos nos diferentes espaços de produção de saúde em nosso município¹¹. Com esse entendimento se tornou possível construir respostas capazes de atender às duas perguntas acima.

Outros questionamentos foram surgindo com os desdobramentos dos debates, por exemplo, compreender como as equipes processavam o seu trabalho no cotidiano dos serviços¹²? É possível realizá-lo de forma mais comprometida com os princípios do SUS, como a integralidade¹³? Os trabalhadores se sentem responsáveis pessoalmente ou coletivamente¹⁴ com o resultado final? A equipe fica satisfeita e realizada com o resultado do trabalho do grupo?

11 Ver Pinheiro, R.; Silva Junior A.G.; Mattos, R A.(orgs). Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008. 360p. Disponível em: <<https://lappis.org.br/site/atencao-basica-e-integralidade-contribuicoes-para-estudos-de-praticas-avaliativas-em-saude/4650>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

12 Ver GOMES, R. S, GUIZARDI, F. L. PINHEIRO, R. A orquestração do trabalho em 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. Disponível em: <<https://lappis.org.br/site/construcao-social-da-demanda-direito-saude-trabalho-em-equipe-participacao-e-espacos-publicos/4631>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

13 Ver PEDUZZI, M. Trabalho em Equipe da Saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado, da democratização das relações de trabalho. PINHEIRO, R.; BARROS, M. E.BARROS E MATTOS, R.A. (Orgs.). Trabalho em Equipe sob o eixo da Integralidade: valores, saberes e praticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesc, Abrasco, 2007. p. 161-178. Disponível em: <<https://lappis.org.br/site/trabalho-em-equipe-sob-o-eixo-da-integralidade-valores-saberes-e-praticas/4513>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

14 Ver Lopes, T. C., Henriques, R. L M e Pinheiro, R. Trabalho em equipe e responsabilidade coletiva: a potência do espaço público. In: Pinheiro, R & Mattos. R.A. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor / e Ruben Araújo de, organizadores. – Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007 p 29-40. Disponível em: <<https://lappis.org.br/site/razoes-publicas-para-integralidade-em-saude-o-cuidado-como-valor/4530>> Acesso em: 25 abr. 2019.



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 autor de seu trabalho, não apenas um recurso humano passivo 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; educação permanente dos profissionais; garantia de espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde (mesas de negociação); humanização das relações de trabalho, garantia das condições de trabalho; entre outras.

Seguindo as transformações gerais do trabalho no Brasil e no mundo, 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 profissionais 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.

Olga já experimentou e sabe que organizar processos de trabalho dentro do sistema não é tarefa simples nem fácil, vai além da organização de vínculos trabalhistas.

Vínculos precários e frágeis comprometem não só a capacidade de trabalho do trabalhador, mas toda a gestão, uma vez que, a rotatividade de trabalhadores é uma das consequências da precariedade de vínculos e por fim, o resultado dessa rotatividade é o não desenvolvimento de inteligência no serviço e para o serviço. Investir na organização dos processos de trabalho, na educação permanente da equipe e em vínculos estáveis e seguros é a aposta para a inversão dessa lógica desestabilizante do sistema.

O debate estava acalorado e os gestores demonstravam interesse em compreender melhor os conceitos, ferramentas e estratégias para apoiar suas respectivas equipes para as mudanças necessárias no modo de realiza-

rem o trabalho nas unidades de saúde. Íris estava eufórica, era muita coisa nova pra aprender, muita coisa bacana a propor aos trabalhadores do município e já estava “de olho” em Vitória para que a apoiasse nesses primeiros passos. Ela estava ansiosa pra voltar para o município e compartilhar com a equipe o que ouviu e aprendeu nessa oficina pré CIR.



Gestão da Educação em Saúde

Analisar e buscar respostas para questões sobre o processo de trabalho da equipe¹⁵ é uma forma de mapear problemas e identificar as relações que se estabelece entre os colegas, fazer essa reflexão é o exercício de agir na educação permanente.

- A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa, que consiste na possibilidade real de transformar as práticas profissionais, a partir da reflexão dos trabalhadores sobre o trabalho que realizam.
- A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, que acontece no cotidiano das pessoas e das organizações a partir da ação de colocar em análise o trabalho realizado.
- A educação permanente como um dispositivo da integralidade do cuidado, que se concretiza a partir da ação refletida sobre o enfrentamento de problemas reais, dos conhecimentos e práticas adquiridos nas experiências e vivências de cada pessoa, e em interação umas com as outras.

O tema educação na saúde e formação de profissionais de saúde é vasto e complexo, e a gestão da educação na saúde trata das políticas inerentes a esse campo propondo a rediscussão da formação no ensino técnico, na graduação e pós-graduação. Notadamente, a partir de 2003, especialmente no âmbito da gestão federal do SUS, foi feito um movimento forte no sentido de fazer cumprir o papel constitucional do SUS de ordenamento de recursos humanos com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde, com o claro objetivo de desenvolvimento de políticas e estratégias para o enfrentamento dos problemas relacionados com a educação e o trabalho

15 Ver Bonaldi, C, Gomes, R.S, Louzada, A P F e Pinheiro R. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E.BARROS E MATTOS, R.A. (Orgs.). Trabalho em Equipe sob o eixo da Integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesc, Abrasco, 2007. p. 53-74. Disponível em: <<https://lappis.org.br/site/trabalho-em-equipe-sob-o-eixo-da-integralidade-valores-saberes-e-praticas/4513>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

na saúde. A grande novidade foi a ampla discussão com a sociedade, por meio dos conselhos, com a Academia e todos os atores envolvidos para a proposição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde¹⁶.

De 2003 pra cá, muitas ideias/iniciativas foram discutidas, propostas e encaminhadas no campo da educação na saúde e a PNEPS, nascida para ser “A” política de formação para o SUS, conviveu nesses 15 anos com diferentes atores, distintas compreensões do conceito, variadas formas de financiamento. Em 2011, o Ministério da Saúde cessou o repasse específico para a política baseado em relatórios financeiros que apontavam enormes saldos de recursos não utilizados em conta bancária, em razão de toda ordem de dificuldades narradas pelos responsáveis pela execução da política, especialmente nas secretarias estaduais de saúde, para onde majoritariamente os recursos eram direcionados.

Tantas mudanças, é claro, produziram muita confusão acerca do conceito, que era novo, e isso dificultou e tem retardado a compreensão de sua importância e potência, o “por que fazer?” e “como fazer?” educação permanente nos espaços da gestão municipal. Em 28 novembro 2017, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 3.194, lançou o Programa de Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (PRO EPS-SUS) - com “o objetivo de estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho”.

Para tal houve o repasse de um pequeno incentivo financeiro, mediante adesão, que podemos considerar como um estímulo para a retomada das discussões da educação permanente nos espaços municipais. O seu município aderiu ao PRO EPS SUS? Que ações de educação permanente vocês planejaram para o município? As ações constam do plano municipal de saúde?

Hoje a gestão municipal do SUS está mais próxima destas discussões, e já se reconhece coparticipe na oferta de cenários para a formação dos profissionais de saúde e compreende que a rede de serviços de saúde pode e deve ser pensada em parceria com a academia e operacionalizada como espaço de ensino-aprendizagem, isso é fundamental para a aproximação à realidade das necessidades de saúde da população e portanto para a qualificação do

16 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi lançada em 2004 com a finalidade de produzir mudanças na gestão, atenção, formação e participação social em saúde, modificando os processos de trabalho no SUS. É regulamentada pelo Anexo XL, Capítulo II e III e Anexo 1 do Anexo XL da Portaria de Consolidação nº 2/2017 (Anteriormente Portaria MS/GM nº 198, de 13 de fevereiro de 2004) e pelo Anexo III, Capítulo III e Anexo XL, Capítulo I da Portaria de Consolidação nº 2/2017 e pelo Título VI, Capítulo I e Anexo LXXXIV da Portaria de Consolidação nº 6/2017 (Anteriormente Portaria MS/GM nº 1.996, de 20 de agosto de 2007), e coloca como prioridade a articulação ensino e serviços e define a regionalização como base para o desenvolvimento das ações. Propõe o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho através da interseção entre o aprender e o ensinar na realidade dos serviços.

cuidado em saúde. Isto porque para formar os profissionais para o SUS é importante que a gestão do sistema assuma e cumpra seu papel de ordenadora da formação de recursos humanos, e, portanto, de profissionais de saúde, conforme escrito na Lei Orgânica da Saúde.

O sistema de saúde, seja no âmbito nacional, estadual ou municipal, também tem como atribuição a participação no ordenamento da formação profissional, como está registrado na Constituição. A política de gestão do trabalho e da educação na saúde propõe que a formação dos profissionais esteja articulada com as necessidades e características do trabalho. E a forma como isso é feito, nos últimos anos, é por meio de diversas aproximações entre o sistema de saúde e as instituições de formação, por meio de iniciativas como os Estágios e Vivências na Realidade do SUS (VER-SUS), as Residências em Saúde, a oferta articulada de estágios curriculares e extracurriculares e cursos (aperfeiçoamento, especialização, mestrados acadêmicos e profissionais e doutorados).

A educação permanente se realiza com ações pensadas a partir da compreensão dos problemas enfrentados na realidade, que leva em consideração os conhecimentos, as experiências que as pessoas já têm e aquelas que vão adquirir no cotidiano da relação entre demanda e a oferta de cuidados na saúde.

Para investir em mudanças na formação dos profissionais de saúde, tendo a oferta de perfis mais adequados ao desenvolvimento do trabalho nos serviços e sistemas de saúde, é oportuno que os gestores façam aproximações com as instituições de ensino. Olga e Vitória já estão preparando um levantamento de cursos de graduação na região e, numa das próximas reuniões, pretendem conversar com outros gestores sobre o que está sendo feito em cada município e como podem articular ações mais consistentes para fortalecer a aliança entre a formação e o trabalho, inclusive no que diz respeito a pesquisas e estudos necessários para qualificar o SUS na região.

O Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), que surgiu com a Lei 12.871/2013 – Lei do Programa Mais Médicos, é um instrumento de apoio à organização dessas relações 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 2015¹⁷. 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.

Para fortalecer ainda mais esse debate, identificaram algumas experiências

17 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.

da Mostra Brasil Aqui Tem SUS, do último Congresso do Conasems, que estavam sendo apresentadas com um título bem inspirador para essa temática: “O SUS é uma escola”. As duas tiveram uma reação bem parecida quando leram os títulos: de fato, se aprende sempre e todo dia com o SUS e, por isso, é preciso que seja também reconhecido como parte da formação dos profissionais. Estavam ansiosas para ver a reação dos colegas secretários a todas essas ideias.

As obrigações e atribuições do (a) gestor (a) municipal

Durante a oficina na CIR, os gestores perguntaram quais seriam suas atribuições e onde estariam escritas. Vitória aconselhou-os a conversar com o secretário de administração de seus municípios 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 eles as responsabilidades descritas no Pacto pela Saúde 2006 (PT GM 399/2006), na gestão do trabalho e na educação na saúde, transcritas no quadro a seguir.

QUADRO 1: RESPONSABILIDADES DOS MUNICÍPIOS NA GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Responsabilidades na Gestão do Trabalho

Todo município deve:

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

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

- *Estabelecer sempre que possível espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores;*
- *Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de política referente aos recursos humanos descentralizados;*
- *Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS – PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão local;*
- *Implementar e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito municipal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.*

Responsabilidades na Educação na Saúde Todo município deve:

- *Formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde¹⁸, 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 saúde¹⁹;*
- *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 SUS²⁰;*
- *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.*

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

18 Ver Pinheiro, R & LUZ, M.T - Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade – In: Pinheiro, R e Mattos, R. A – Org: Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2007. Pag. 9-36. Disponível em: <<https://lappis.org.br/site/construcao-da-integralidade-cotidiano-saberes-e-pratica-em-saude/4612>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

19 Ver 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.

20 Ver Pinheiro, R, Ceccim, R. B e Mattos, R. A. (org) Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde / . 2. ed. – Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2006. 336 p. Disponível em: <<https://lappis.org.br/site/ensinar-saude-integralidade-e-o-sus-nos-cursos-de-graduacao-na-area-da-saude/464>>. Acesso em: 25 abr. 2019

Encerrando a oficina...

A sugestão ao final da oficina sobre este tema foi que os gestores, em seus territórios, realizem 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 terá condições de iniciar o seu planejamento de atividades de gestão do trabalho e também da educação na saúde. Isto dará conta de uma parte, mas não de todas as questões vividas pelos gestores na região.

Vitória propôs que os gestores da região de Vale Feliz convidassem João Pedro, gestor do município de Freire, na região vizinha de Serra dos Sonhos, para um relato de experiência na próxima reunião. Freire, município modelo do estado, contava, segundo os relatos, com uma excelente atuação da gestão municipal do SUS nas questões relativas à gestão do trabalho e educação na saúde e sua experiência certamente poderia colaborar com os gestores de Vale Feliz.

Olga estava exausta. A iniciativa da oficina foi muito bem avaliada por todos os presentes, mas é claro, não foram apenas flores, também foram lembrados pontos importantes que sempre estão presentes quando se tem um grupamento de pessoas/trabalhadores, e configuram-se como importantes limites e obstáculos para que ocorra, de fato, a transformação nos processos de trabalho: 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. Questões complexas que precisam ser colocadas na mesa e não mais ignoradas se realmente quisermos transformar as práticas na produção de saúde e não de produção de doença.

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 o profissional e o usuário dos serviços de saúde e entre os próprios trabalhadores. Se a visão do que é/deve ser o trabalho em saúde foi modificada no decorrer dos séculos, também se tornou evidente a necessidade

de mudanças profundas na educação e no trabalho para a produção de saúde.

A proposta de um ciclo de debates foi abraçada pelo grupo que percebeu que há muito que conhecer, discutir e construir no campo da educação e do trabalho em saúde a nível da gestão municipal e também se deu conta que algumas questões serão melhor encaminhadas e potencializadas se discutidas e implementadas de forma regional.

Voltando a 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 trabalhadores e discutir com eles formas de enfrentamento dos desafios apresentados, tendo como fundamento a educação permanente em saúde. Resolveu estudar mais sobre os conselhos profissionais, para dimensionar melhor as questões corporativas. Sentia-se desafiada, pronta para avançar em seu município nas questões do mundo do trabalho.

PARA SABER MAIS:

- » BRASIL. 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. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, set. 1990.
- » 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.
- » 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.
- » BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo nº 006/2006 – Aprova as “Diretrizes Nacionais para a instituição de Planos de Carreira, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde (PCCS-SUS)”.
- » 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.

CAPÍTULO

05



GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO

A manchete abaixo é uma das matérias do jornal local de Céu Azul destacando a crise de medicamentos pela qual passava a gestão municipal (ver 1ª edição do Manual do Gestor – Capítulo 5). Na época, alguns secretários do município foram exonerados e entre eles o secretário de saúde. Já numa nova gestão, a nova secretária Íris se envolve na superação da crise, tendo como uma das preocupações resolver o colapso no abastecimento de medicamentos apontado pelo Conselho Municipal de Saúde e pela imprensa.

Íris é a entrevistada na edição atual do mesmo jornal para falar dos desafios da nova gestão municipal de saúde. A chamada de capa trazia depoimentos constrangedores de usuários no tocante à crise de desabastecimento de medicamentos básicos.

Céu Azul | 05 de janeiro de 2019

CRIO DA M

Crise na Saúde de Céu Azul! Falta de medicamentos preocupa usuários

Falta crônica de medicamentos básicos nas unidades de saúde de Céu Azul é um dos principais desafios de Íris, nova secretária municipal de saúde.

A pauta da reportagem desdobrou-se nos seguintes questionamentos:



Onde buscar os recursos necessários para a execução desta compra?



Quais os medicamentos devem ser comprados?



Como estimular ações que promovam o uso racional de medicamentos junto à sua equipe de saúde e aos usuários?



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



Como deve ser produzido o cuidado multiprofissional no campo da Assistência Farmacêutica?

As duas perguntas iniciais Íris 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. Íris já havia se reunido com Olga, secretária do município vizinho, Vila SUS, que teve uma gestão muito positiva nestes 2 últimos anos. Ambas, reunidas com Fernanda, coordenadora da Assistência Farmacêutica de Vila SUS, já havia desencadeado algumas ações para regularizar o abastecimento. Consultou também 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 (ver Capítulo 6 – licitação dispensável).

Ciente da complexidade que envolve o setor de medicamentos em sua secretaria e se espelhando na experiência de Olga e de Fernanda, Íris pretende qualificar a gestão da Assistência Farmacêutica e, para isto, 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. Além disso, solicitou à Roberta, sua farmacêutica nomeada para assumir a Coordenação da AF, a se aproximar efetivamente da Coordenação de Atenção Básica e se integrar com este setor no município. Principalmente agora, que há necessidade de se adaptar às novas regulamentações das ações que os municípios devem exercer na AF em função das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹.

1 Brasil. Ministério da Saúde. Anexo XXII e Anexo 1 do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2, de

Em seu relato ao Jornal, Íris defende a qualificação da Atenção Básica como meta de sua gestão e já estabeleceu, no Plano Municipal de Saúde, o modelo de saúde adotado, assumirá o papel de coordenadora do cuidado integral em saúde e ordenadora do sistema de saúde em seu território e destacou ainda a importância de incluir a assistência farmacêutica nas ações de planejamento. E mais, na última reunião da Comissão Intergestores Regional (CIR) da Região de “Vale Feliz”, realizou, junto com Olga, da SMS de Vila SUS, um debate sobre o modelo da atenção básica na região.²

No planejamento regional e municipal foram produzidos um importante diagnóstico do setor:

- Não implementação da Política Municipal de AF e a Programação de AF;
- Elevado gasto financeiro;
- Ausência das informações sobre licitações em andamento, compras efetivadas, entrega pelos laboratórios/distribuidoras, demandas judiciais, prescrições atendidas, resolubilidade, reações adversas, adesão a tratamentos, perda de medicamentos por validade, ou desvio, recursos humanos envolvidos, 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 mobiliários;
- Fragilidade do cuidado multiprofissional na AF, com insuficiente acolhimento e humanização;
- Desarticulação dos serviços farmacêuticos com os demais serviços de saúde;
- Inadequação de procedimentos técnico-gerenciais e técnico-assistenciais;
- Ações focadas no medicamento e insumo e não no usuário;
- Recursos humanos pouco qualificados com marcante omissão de Programa de Educação Continuada para a equipe;
- Ausência de Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT);
- Falta de Relação Municipal de Medicamentos (REMUME).

Íris destacou que o planejamento deve focar na melhoria dos serviços e no trabalho integrado entre os profissionais de saúde a fim de se garantir o uso racional de medicamentos e o acesso da população aos medicamentos essenciais.

Diante do diagnóstico apresentado acima, o grande desafio para a equipe de Íris é o de como superar a fragmentação das ações e serviços no campo

28 de setembro de 2017 (Anteriormente Portaria MS/GM nº 2.436, de 21 de setembro de 2017).

2 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. (Anexo XXII). Brasil, Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html>. Acesso em: 25 abr. 2019.

da AF, avançando conjuntamente na perspectiva da organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), buscando, desta maneira, responder de forma organizada e integrada, às demandas de saúde de seus municípios e garantindo a integralidade do cuidado (ver Capítulo 9).

Íris entende também, a importância da aproximação com a SES, renovada recentemente, esperando que os compromissos assumidos sejam respeitados. Estes compromissos não só financeiros, mas de aproximação com os municípios no que diz respeito a ações de qualificação de RH, de disponibilização de equipamentos e responsabilidade perante o rol de medicamentos do componente especializado.

Íris relata ainda em sua reportagem, a experiência de como o município vizinho de Vila SUS desenvolveu estratégias ao implementar a gestão técnica pertinente aos vários processos do domínio logístico para a disponibilidade do medicamento.

No Brasil, o ciclo da assistência farmacêutica é tradicionalmente discutido com base na publicação de Marin³, intitulada “Assistência Farmacêutica para gerentes municipais”. Para os autores desta 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 Farmacêutica⁴ 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 AF precisa integrar, de forma articulada, os produtos, os serviços e o fazer coletivo; a disponibilização e o uso dos medicamentos, os resultados logísticos, os clínicos e sociais, considerando os seguintes fatores que influenciam sua execução:



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

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

4 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.

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, uso racional de medicamentos, 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;

Íris declara ainda ao jornal que o acesso da população ao medicamento deve ser qualificado a partir de uma escolha terapêutica correta e que conte com argumentos racionais que justifiquem o seu uso. O conhecimento que Íris adquiriu no seu cotidiano como profissional de saúde, confirma que o 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. Outro problema que a gestão da AF terá que resolver, será o de como descartar os medicamentos vencidos ou sem utilização em função da perda de qualidade destes e, ainda, de como os usuários devem ser orientados quanto a esta questão.

Para lidar com o desafio, Íris elabora uma proposta considerando os seguintes aspectos:

Relacionados à gestão da assistência farmacêutica:

- *Constituir uma equipe multiprofissional para o setor visando o desenvolvimento das ações da AF, por meio de parâmetros que permitam definir competências e habilidades do profissional para direcioná-lo ao desenvolvimento de atividades ligadas ao seu perfil e garantir quantidade suficiente de farmacêuticos e demais profissionais para suprir os serviços existentes e os que serão implantados e/ou qualificados;*
- *Incluir nas ações de Educação Permanente do PMS (ver Capítulo 4),*

capacitações adequadas ao perfil de todos profissionais de saúde envolvidos com as atividades relacionadas à política da AF e a demanda dos serviços;

- Executar de forma efetiva os recursos financeiros destinados à Assistência Farmacêutica Básica em sua totalidade. Para essa execução, são indispensáveis à seleção e a programação de medicamentos e insumos, assim como a compra destes com valores adequados (princípios de escala e economia), somado a um acompanhamento de instrumentos e mecanismos de monitoramento durante todo o processo (ver Capítulo 6);
- Envolver a equipe multiprofissional nos processos de tomadas de decisão e elaboração dos instrumentos de gestão (ver Capítulo 1);
- Desenvolver estratégias para a diminuição das demandas judiciais, com objetivo de prover uma maior aproximação entre os operadores da Justiça e a gestão da saúde, diminuindo os conflitos e estabelecendo a cooperação e articulação entre ambos, assim como, ações conjuntas entre os entes federados para possibilitar maior efetividade do direito ao acesso do medicamento padronizado no SUS aos indivíduos (ver Capítulo 8);
- Atualizar o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) no tocante à tipologia dos estabelecimentos denominados “farmácia” seja em edificações exclusivas ou aquelas que existem como um ambiente interno em outros estabelecimentos de saúde, especialmente nas unidades básicas de saúde e centros de atenção psicossocial. Há necessidade ainda, de dar conhecimento dos códigos dos “serviços especializados”, fundamentais para caracterizar os serviços prestados pelos estabelecimentos, seus profissionais envolvidos, dentre ele o farmacêutico, e a respectiva produção destes nos sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares;
- Implantar Hórus para controle das atividades da AF no sentido de melhor avaliar a efetividade das ações de AF, por meio do monitoramento de indicadores.

Relacionados ao componente logístico da assistência farmacêutica:

- Assegurar os recursos necessários (físicos, tecnológicos, humanos) para o envio obrigatório das informações à BNFAR - Base Nacional de Dados e Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, conforme legislação vigente;
- Propiciar área adequada e humanizada para a assistência farmacêutica nos diferentes pontos da rede;
- Garantir a estrutura adequada para o armazenamento de medicamentos nos estabelecimentos de saúde, conforme legislação vigente, atendendo às Boas Práticas de Armazenagem de Medicamentos;
- Garantir local específico para o armazenamento dos medicamentos de controle especial em todos os serviços em que esses são disponibilizados sob controle e supervisão do profissional farmacêutico responsável. Para os medicamentos termolábeis devem ser observadas as condições exigidas para o armazenamento com disponibilidade de refrigerador e/ou câmara

fria de uso exclusivo, que garantam sua estabilidade;

- O descarte adequado de resíduos deve ser assegurado em todos os serviços, com local específico para o seu acondicionamento e recolhimento, evitando contaminações e acidentes;
- Elaborar, revisar e atualizar a REMUME em consonância com as atualizações da RENAME, bem como garantir ampla divulgação e disponibilização das listas de medicamentos e locais de acesso à população e aos profissionais. Recomenda-se instituir uma Comissão de Farmácia e terapêutica (CFT) em nível local e/ou regional.
- Para uma adequada programação e abastecimento da rede, recomenda-se que sejam considerados minimamente perfil epidemiológico, oferta de serviços, recurso disponível e consumo histórico, constantes do PMS;
- A inserção do profissional farmacêutico seja na elaboração do termo de referência, como na emissão de parecer técnico para aquisição de medicamentos;
- Adoção de estratégias que proporcionem maior poder de compra e economia de escala na aquisição, visando otimizar a utilização dos recursos financeiros, a exemplo dos consórcios regionais, atas de registro de preços regionais ou estaduais, etc; ver Capítulo 06: Administração Pública e Capítulo 08: Judicialização da saúde no município;
- Rever e ampliar alguns procedimentos para otimizar os processos referentes aos componentes especializado e estratégico na região, tais como: formalização de cronograma de abastecimento, estabelecendo os fluxos, os prazos para execução e a periodicidade dos pedidos e entregas de medicamentos; elaboração de normas e procedimentos padrões das rotinas dos serviços.

Relacionados ao cuidado farmacêutico

- Incentivar processos de capacitação da equipe de saúde, incluindo o profissional farmacêutico na perspectiva da integração das práticas de cuidado;
- Recomenda-se a inserção do farmacêutico nas equipes dos NASF - AB, com objetivo de ampliar e qualificar o cuidado farmacêutico;
- Fortalecer as atividades técnico-pedagógicas e clínico-assistenciais do trabalho do farmacêutico, voltados aos indivíduo, família, comunidade e equipe de saúde.

Neste sentido, a contribuição da AF é de fundamental importância na organização dos serviços de saúde e também no exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas às 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 serão acolhidos.

A equidade no acesso aos medicamentos no SUS é uma preocupação de

Íris e tem que ser garantida a partir da premissa de que o direito à assistência integral implica a partilha entre os entes federativos das responsabilidades legais do Estado, de propiciar o acesso igualitário e universal também na assistência farmacêutica. A Política Nacional de Medicamentos (PNM), publicada pela Portaria MS/GM nº 3916, em 1998 (Atualmente Anexo XXVII e Anexo 1 do Anexo XXVII da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017)⁵ e a Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, que estabelece a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), contém as diretrizes e prioridades que resultaram em importantes avanços na regulamentação sanitária, no gerenciamento de medicamentos e na organização e gestão da Assistência Farmacêutica no SUS⁶.

COMPONENTES DA AF, FINANCIAMENTO COMPARTILHADO E ATRIBUIÇÕES TRIPARTITE

O Título V, Capítulo I da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, (Anteriormente Portaria MS/GM nº 1.555, de 30 de julho de 2013)⁷, define as responsabilidades e o financiamento da gestão do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, constantes dos Anexos I 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\$ 5,58 por habitante/ano;

Estados e Municípios: no mínimo R\$ 2,36 por habitante/ano cada ente, incluído neste valor a aquisição de insumos para os usuários insulino-dependentes estabelecidos no Título III, Capítulo X da Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, (Anteriormente Portaria MS/GM nº 2.583, de 10 de outubro de 2017)⁸ constantes no anexo IV da RENAME vigente;

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

5 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. (Anexo 1 do Anexo XXVII). Brasil, Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

<http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html>. Acesso em: 25 abr. 2019.

6 A PNAF também foi publicada pela Portaria MS/GM nº 1.653/2004 que hoje compõe o Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017.

7 Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017: Consolidação das Normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), (Anteriormente Portaria nº 1.555 de 30 de julho de 2013).

8 Título III, Capítulo X da Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017 (Anteriormente Portaria MS/GM nº 2.583, de 10 de outubro de 2017). 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.

O repasse dos recursos financeiros para os municípios, oriundos do orçamento do MS para a aquisição dos medicamentos do componente básico, é viabilizado 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 no box.

Ainda na entrevista, Íris passa mais informações ao repórter sobre como buscar recursos para adequar as estruturas do serviço farmacêutico em Céu Azul.

Além de programas específicos de qualificação da AF (como por exemplo o QUALIFARSUS) e dos programas voltados para requalificação das UBS, as Secretarias Municipais de Saúde poderão, 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 voltada à qualificação dos recursos humanos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde.

Íris, sabendo que a Lei veda o uso dos recursos do componente básico para aquisição de medicamentos dos componentes especializado e estratégico, buscou informações sobre o abastecimento de outros medicamentos, como por exemplo, as insulinas, os medicamentos para doenças transmissíveis, os medicamentos do componente especializado, os medicamentos fitoterápicos e ainda os homeopáticos.

Vitória informa a Íris 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 2 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 o Estado, e os demais municípios, pois são nesses níveis de gestão do SUS, que se localizam 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:

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



- II.** *Matrizes homeopáticas e tinturas-mães conforme Farmacopeia Homeopática Brasileira 3ª ed., para as preparações homeopáticas em farmácias de manipulação do SUS.*
- III.** *a aquisição dos medicamentos sulfato ferroso e ácido fólico do Programa Nacional de Suplementação de Ferro.*

Íris relata também na reportagem, como o município de Vila SUS conseguiu reduzir custos e aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso, implementando os medicamentos fitoterápicos e homeopáticos, experiência que planeja disponibilizar na atenção básica para os municípios de Céu Azul.

Diante da pergunta do repórter sobre a qualidade destes medicamentos, Íris respondeu que os medicamentos fitoterápicos, assim como todos os medicamentos, são caracterizados pelo conhecimento da eficácia e dos riscos de seu uso, assim como pela reprodutibilidade e constância de sua qualidade. A eficácia e a segurança são validadas através de levantamentos etnofarmacológicos, de utilização, documentações tecnocientíficas em bibliografia e/ou publicações indexadas e/ou estudos farmacológicos e toxicológicos pré-clínicos e clínicos. A qualidade deve ser alcançada mediante o controle das matérias-primas, do produto acabado, materiais de embalagem e estudos de estabilidade.

O Ministério da Saúde disciplinou o uso destes medicamentos por meio da Política e do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, que têm como objetivos propor a ampliação das opções terapêuticas e me-

lhoria da atenção à saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional.

Além destas questões, os fitoterápicos e os medicamentos homeopáticos fazem parte do componente básico da assistência farmacêutica que compõe a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), e os recursos para o financiamento de medicamentos e insumos, inclusive fitoterápicos, são de responsabilidade tripartite – União, Estados e Municípios, devendo ser aplicados conforme o art. 537 da Portaria de Consolidação MS/GM nº 6/2017.

Outra forma de financiamento, especificamente para assistência farmacêutica em plantas medicinais e fitoterápicos, é por meio de edital publicado pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS).

Íris ainda recorreu à orientação de Vitória para se fundamentar na disponibilização dos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos por meio das experiências municipais da “Mostra: Brasil Aqui Tem SUS”, trabalhos selecionados com a colaboração da REDE CONASEMS/COSEMS, apresentadas durante os Congressos anuais do CONASEMS e disponibilizadas em sua página: <http://www.conasems.org.br/institucional/brasil-aqui-tem-sus/>.

A apoiadora Vitória, do COSEMS, instrui Íris a alimentar a BNAFAR, justificando que é a consolidação dos dados nacionais de posição de estoque, entradas, saídas, avaliações e dispensações realizadas pelos estabelecimentos de saúde dos Municípios, Estados e Distrito Federal para os medicamentos padronizados na RENAME, e do Programa Farmácia Popular do Brasil. Instituída em 24/10/2017, ela contém os dados dos Componentes Básico, Especializado e Estratégico da Assistência Farmacêutica⁹. A BNAFAR é constituída por dados do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus), serviço de envio de dados (web service) e Sistema Autorizador do Programa Farmácia Popular.

Sintetizando as informações, Íris justifica a necessidade de definir uma Política Municipal de Assistência Farmacêutica para Céu Azul e 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.

Antes de responder às questões colocadas logo acima, tornou-se importante para a equipe de Céu Azul tomar conhecimento dos outros componentes da AF, que apesar de suas compras não serem de sua responsabilidade, os usuários deverão ter acesso a eles quando houver necessidade (VER 1ª edição do Manual do Gestor – Capítulo 5).

9 A BNAFAR foi instituída pela Portaria MS/GM nº 271/2013, posteriormente pela Portaria MS/GM nº 957/2016 e complementada pela Portaria MS/GM nº 938/2017, sendo hoje regulamentada pela Portaria de Consolidação nº 1, de 28/09/2017.

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

Íris e Roberta foram instruídas por Vitória, por ocasião das reuniões de planejamento da SMS, a adotarem as recomendações apresentadas na REVISTA CONASEMS, nº 72 (jul-nov 2018), que trata especialmente da Assistência Farmacêutica e que se encontra disponível por meio eletrônico na página do CONASEMS. Esta publicação temática aborda importantes temas relacionados aos desafios de organização da AF municipal. Esta revista traz, ainda, os dados preliminares do Projeto Diagnósticos da Assistência Farmacêutica, lançado em 2018, em conjunto com todos os COSEMS, com o objetivo de compreender a realidade da oferta de medicamentos na Atenção Básica.

A leitura coletiva desta edição fez com que toda a equipe de planejamento de Céu Azul entendesse os passos do ciclo logístico da AF.¹⁰

SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS

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

PROGRAMAÇÃO, AQUISIÇÃO, ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS



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 eficiente¹¹.



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

¹⁰ REVISTA CONASEMS, nº 72 (jul-nov 2018).

¹¹ Brasil. Ministério da Saúde. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 100 p.

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 (ver Capítulo 6).



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 distribuição¹².

DISPENSÇÃO DE MEDICAMENTOS

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 5.991/1973), a dispensação no SUS traz consigo uma série de equívocos e polêmicas e se configurou, nas gestões anteriores da SMS de Céu Azul, em um ponto nevrálgico em relação à qualidade da assistência prestada, ora cobrada pelo CMS, ora pela própria gestão e pela Câmara de Vereadores.

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 no sentido de se ver resolvido estas contradições corporativas, sanitárias e sistêmicas.

Do ponto de vista técnico de Íris, 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 excessiva estas demandas jurídicas.

12 Brasil. Ministério da Saúde. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 100 p.

Durante o ato da dispensação de medicamentos pelo serviço farmacêutico de Céu Azul, Roberta, como responsável pela AF, e em conjunto com a equipe multiprofissional, devem primar pelas 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 Céu Azul, que é a falta de rastreabilidade de Reações Adversas aos Medicamentos (RAM), tornando ineficiente a prática da farmacovigilância no município.

DESCARTE CORRETO DE MEDICAMENTOS VENCIDOS OU SEM USO

Devido aos grandes riscos à saúde humana e ao meio ambiente, o descarte de medicamentos deve ser feito em pontos de coleta específicos, para serem posteriormente encaminhados à destinação final ambientalmente correta. O município de Vila SUS resolveu esta exigência atendendo à obrigatoriedade legal dos gestores em incluir no Plano Municipal de Saúde uma política de gerenciamento de descarte de resíduos sólidos em saúde.

Olga, em Vila SUS, executou seu Plano de Gerenciamento baseada na Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS), Lei nº 12.305/2010, que prevê a chamada “logística reversa”, cabendo às farmácias e drogarias como postos de coletas, aceitando medicamentos vencidos para encaminhá-los ao seu destino final sem risco de contaminação à água, ao solo, aos animais e também à saúde pública. Contou com uma importante comunicação visual junto à população com distribuição de cartazes e folhetos que estampavam a mensagem ilustrativa de orientação à população. A conscientização da população foi feita ainda por meio de programas educativos e campanhas de arrecadação de medicamentos em desuso:



SE SEU MEDICAMENTO VENCEU
E VOCÊ SÓ PERCEBEU AGORA,

NÃO JOGUE

NO VASO SANITÁRIO OU NO LIXO !

Agora que você sabe dos riscos que isso pode causar, leve o medicamento até um ponto de coleta para o descarte ambientalmente correto. Ache o ponto de entrega mais perto de você na nossa seção de POSTOS DE RECICLAGEM e veja como é fácil fazer o descarte de medicamentos vencidos em drogarias e farmácias.

Os gestores devem estabelecer seu plano de gerenciamento e destinação final de medicamentos vencidos ou em desuso baseados na RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) e pela Resolução nº 358, do M.A. 2005 dispondo sobre o tratamento e à disposição final dos resíduos dos serviços de saúde.

Os medicamentos são classificados como resíduos do grupo B, que engloba substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade. Vários Estados e Municípios possuem legislação própria específica sobre o gerenciamento dos RSS, estabelecendo normas para a classificação, segregação, armazenamento, coleta, transporte e disposição final desses resíduos.

A legislação em vigor não é clara e muitas vezes é conflitante, provocando dúvidas e impossibilitando a adoção de normas práticas e eficazes. Há a necessidade de a legislação municipal tornar-se eficiente, e mencionar a destinação final adequada para os resíduos líquidos e sólidos. Deve ser direcionada para estabelecimentos de saúde, incluir as responsabilidades da população em geral e praticar uma coleta adequada desses resíduos. A legislação de nada adiantará, se não for aplicada, e já que a contaminação do meio ambiente por resíduos é considerada crime ambiental, há necessidade do município estabelecer uma fiscalização adequada e aplicação de penalidades a todos os poluidores.

A implantação do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica de Céu Azul

Na direção dessa organização, Íris e Roberta tomaram conhecimento de experiências que valorizaram a integração das práticas de cuidado na equipe de saúde, incluindo o profissional farmacêutico, considerando o indivíduo, a família e a comunidade.

Muitos profissionais de Saúde de Vila SUS e outros municípios estão participando do projeto do CONASEMS de qualificação da assistência farmacêutica na atenção básica de forma articulada e a partir das diretrizes da AB de coordenação do cuidado e ordenação da rede¹³.

Roberta e Fernanda, no caminho da inovação de suas atuações à frente dos serviços farmacêuticos de seus municípios, explicam que o cuidado farmacêutico na AB, especialmente no NASE, diz respeito a ações que envolvem as duas dimensões do apoio

13 Trata-se do Projeto PROADI-SUS, intitulado "Projeto Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de assistência farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde", foi publicado no Diário Oficial da União de 12 de setembro de 2018 e apresenta-se como uma estratégia nacional que tem como objetivo principal fortalecer a Atenção Básica por meio da capacitação, qualificação dos serviços de assistência farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de Saúde.

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 ambas coordenadoras da AF e de Íris e Olga, é que o cuidado farmacêutico possa qualificar a atenção integral aos usuários a partir da prática clínica desenvolvida pelo profissional farmacêutico, potencializando as ações realizadas por todos os profissionais da SMS de Vila SUS e de Céu Azul, principalmente no que se refere ao uso racional de medicamentos, seja no âmbito da promoção, da prevenção ou da reabilitação em saúde¹⁴.

Como já apresentado anteriormente a AF é descrita como um dos elementos constituintes das RAS, enquanto sistema de apoio na estrutura operacional onde presta os serviços farmacêuticos por meio das atividades técnico-gereciais (seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos e insumos). A AF deve ser descrita, ainda, nos diferentes pontos de atenção da rede, já que o cuidado farmacêutico será desenvolvido sob a dimensão clínico assistencial e técnico-pedagógica do trabalho em saúde, voltados ao indivíduo, família, comunidade e equipe de saúde¹⁵.

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 (ver 1 edição do Manual do Gestor, Capítulo 5).

Diante da necessidade de potencializar este objetivo, cujos saberes e práticas influenciam decisivamente nos demais eixos, Olga, e agora Íris, intensificam 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. (Portaria MS/GM nº 3.749, de 23 de novembro de 2018).

14 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 108p. (Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 1).

15 Adaptado BRASIL, 2010b, cad. 1, pag. 32; Projeto PROADI-SUS: Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de assistência farmacêutica.

A incorporação de tecnologias no SUS

No processo de elaboração do PMS de Céu Azul, Íris e sua equipe identificaram um conjunto de situações problemas relacionados ao acesso e utilização de medicamentos e produtos de interesse para a saúde.

Roberta buscou novamente o apoio de Fernanda, e em conversa, ambas perceberam que muitos usuários apresentavam prescrições originadas por estabelecimentos de saúde de outros municípios da região de Serra dos Sonhos, com medicamentos que não são ofertados no seu município de origem, mas eram padronizados em Céu Azul e Vila SUS.

Da mesma forma, identificaram que alguns dos seus municípios estavam requerendo medicamentos ofertados nos municípios vizinhos e que não constavam nas suas REMUME. Íris e Olga ao saberem desta situação perceberam que parte dessas requisições recebidas por ambas SMS eram consequência dessa desarticulação entre os municípios, e resultaram em ações judiciais.

Diante desse cenário, surgiram alguns questionamentos importantes:

- *Como definir o elenco de medicamentos que atenda à necessidade dos municípios e da região de Serra dos Sonhos?*
- *Quais os instrumentos que orientam a padronização dos medicamentos?*

Com base nas recomendações e normativas, Roberta e Fernanda conversaram com as secretárias Íris e Olga, para a adoção pela região de Serra dos Sonhos, e assim o conjunto dos municípios das duas regiões, poderiam inovar na elaboração de uma Relação Regional de Medicamentos Essenciais.

Íris e Olga, propuseram a discussão na CIR, entendendo que o diálogo, os pactos e a cooperação entre os municípios da Região de Saúde, é o caminho para discutir, identificar as necessidades, situações e problemas de saúde enfrentados por cada município e também na região, sendo que este cenário pode ser compartilhado pela sua semelhança e complexidade, e necessitam de uma ação coletiva.

No decorrer da discussão e com todas as orientações repassadas pelo COSEMS, os gestores alertaram que a definição do elenco de medicamentos, não deve se restringir apenas às necessidades prioritárias, mas também ser um instrumento de gestão com a clara definição de responsabilidade e financiamento, entre os três entes federados (União, Estados e Municípios) dos medicamentos ofertados, sendo fundamental integrar este processo no Planejamento Regional Integrado (PRI). (Ver Capítulo 16 - Regionalização).

Vendo a necessidade de apoiar os gestores da região, Vitória organizou uma reunião para tratar sobre a elaboração do elenco de medicamentos e sobre a incorporação de novas tecnologias em saúde.

A apoiadora apresentou como utilizar a RENAME como instrumento norteador da racionalidade terapêutica. Explicou que a edição atual está dividida 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 (adaptado de RENAME 2018, disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/assistencia-farmacutica/medicamentos-rewrite>).

Cabe destacar que a RENAME é elaborada atendendo aos princípios fundamentais do SUS, isto é, a universalidade, a equidade e a integralidade, configurando-se como a relação dos medicamentos disponibilizados por meio de políticas públicas e indicados para os tratamentos das doenças e agravos que acometem a população brasileira. Seus fundamentos estão estabelecidos em atos normativos pactuados entre as três esferas de gestão do SUS (adaptado de RENAME 2018, disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica/medicamentos-rename>).

A partir da criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), esta passa a ser responsável por propor a atualização da RENAME, conforme estabelecido no Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011.

Após as explicações de Vitória, os gestores municipais de saúde das duas regiões, demandaram outras informações:

- *Como funciona a CONITEC?*
- *Os municípios possuem representação na CONITEC?*
- *Como os municípios podem solicitar uma demanda de incorporação de tecnologias em saúde?*

Diante destes questionamentos, Vitória explicou que a CONITEC é um órgão colegiado de caráter permanente, que tem como objetivo assessorar o Ministério da Saúde nas atribuições relativas à análise e à elaboração de estudos de avaliação dos pedidos de incorporação, ampliação de uso, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde; e na constituição ou na alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

Por meio de instrumento legal, a Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) foi institucionalizada no Brasil como critério indispensável para a tomada de decisão sobre a incorporação tecnológica no SUS.

A atualização do elenco da RENAME proposta pela CONITEC compreende:

- *Um processo reativo em que os demandantes são órgãos e instituições, públicas ou privadas, ou pessoas físicas; e*
- *Um processo ativo conduzido por uma subcomissão da CONITEC – a Subcomissão Técnica de Atualização da RENAME e do Formulário Terapêutico Nacional.*

Em ambos os processos, os medicamentos e insumos são incorporados, excluídos ou alterados no SUS, após avaliação da CONITEC e decisão do Ministério da Saúde. As responsabilidades financeiras destas incorporações são pactuadas na CIT, tendo o prazo de 180 dias para a disponibilização nos serviços de saúde.

A apoiadora reforçou que 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.

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 opções terapêuticas e otimizar os recursos disponíveis.

A premissa básica que tem de ser compreendida é: nem tudo o que é novo é bom e/ou melhor do 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. Vitória enfatiza que “toda inovação traz consigo incertezas, e não se conhecem todo o leque de eventos adversos e/ou efeitos colaterais, além dos potenciais benefícios que prometem”.

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.

Ao fim da reunião Vitória reforça que os municípios das duas regiões utilizem a RENAME e evitem incluir novos medicamentos em suas listas sem avaliação e recomendação prévia da CONITEC, encerrando com as orientações de como os municípios devem proceder para submeter uma demanda de incorporação de tecnologias em saúde.

Vitória relembra, que 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. Ao definir suas listas complementares, os entes (estado ou município) deverão dispor de recursos próprios para provimento e deverão se basear nas melhores evidências, pela segurança eficácia e custo.

Outra preocupação a ser observada é quando um município incluir uma tecnologia (medicamento, produto, etc.) 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, seja algo que estão pensando em incorporar, ou que já tenha sido incorporado no passado, e assim avaliar, saber se vale a pena incluir ou retirar dos seus elencos complementares, possibilitando inclusive, minimizar as ações judiciais.

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 via sua representação no plenário pelo CONASEMS. Além disso, os municípios que são acionados judicialmente para disponibilizar tecnologias não ofertadas pelo SUS podem solicitar a avaliação dessa tecnologia pela Comissão

PARA SABER MAIS:

- » Brasil. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2018 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 218 p.
- » Organização Panamericana de Saúde: https://www.whocc.no/atc_ddd_index/.
- » Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde no SUS: www.conitec.gov.br.
- » 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.
- » Decreto nº 7.508/2011 - 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.
- » 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.
- » 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.
- » Souza, C. Políticas Públicas de Saúde: uma revisão de literatura. Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45.
- » Ferraz D, Kraiczky 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.
- » Para saber mais: <http://assistenciafarmaceuticarmr.galoa.com.br/>

PARA SABER MAIS E DE COMO A ANVISA RECONHECE O USO DOS MEDICAMENTOS:

- » * http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=352238&_101_type=content&_101_groupId=33836&_101_urlTitle=medicamentos-fitoterapicos&inheritorRedirect=true
- » **<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-plantas-medicinais-e-fitoterapicos-ppnpmf/politica-e-programa-nacional-de-plantas-medicinais-e-fitoterapicos>
- »

PARA SABER MAIS:

O DAF/SCTIE/MS disponibiliza em sua página vários itens, com o objetivo de orientar os médicos (idealizado por ocasião do início do Programa Mais Médicos), contendo esclarecimentos relacionados às políticas de plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos homeopáticos aplicáveis ao Sistema Único de Saúde (SUS), sob a perspectiva da assistência farmacêutica.

» <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-plantas-medicinais-e-fitoterapicos-ppnpmf/orientacao-ao-prescritor-mais-medicos>

PARA SABER MAIS:

» ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Servicios Farmacéuticos basados en la Atención Primaria de Salud: documento de posición de la OPS/OMS. Washington DC: OPS, 2013. 106 p.

» Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 108 p.

» Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual/ Conselho Federal de Farmácia. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016.

CAPÍTULO

06

ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E O SUS

O Secretário Municipal de Saúde de Aurora, José Carlos, 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 listas 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. O gestor questiona também se poderá fazer adesão à Ata de Registro de Preços da Secretaria Municipal de Saúde de outro município, integrante da mesma região de saúde, somente para os produtos que necessita, e neste caso, como proceder para aderir à ata.



Para responder os questionamentos formulados pelo gestor de Aurora precisamos saber um pouco sobre os princípios constitucionais da administração pública e sua aplicação na gestão do Sistema Único de Saúde.

Administração Pública no SUS

Inicialmente, cabe destacar que, na administração pública não há liberdade nem vontade pessoal. Enquanto na iniciativa privada é lícito fazer tudo que a lei não proíbe, na **Administração Pública só é permitido fazer o que a lei autoriza**. No dizer do ilustre e saudoso professor Hely Lopes Meirelles, “a lei para o particular significa: poder fazer assim; para o administrador público significa: dever fazer assim¹”.

Portanto, no setor privado tudo é permitido, se não houver proibição legal; já na administração pública, em tese, tudo é vedado, exceto, se a lei permitir. Para o particular, basta não haver proibição na lei; para o gestor público é preciso autorização legal. A isso, chamamos princípio da legalidade que deve sempre basilar as ações do gestor público.

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.

1 MEIRELLES, Hely Lopes. Direito Administrativo Brasileiro. 23 ed. Atual. São Paulo. Malheiros Editores, 1998. p. 85.



Eficiência é o dever de fazer uma boa gestão, a fim de atender aos anseios na sociedade, conseguindo resultados positivos e satisfatórios ao menor custo.

Entretanto, 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, probidade administrativa e outros específicos, quando se tratar de procedimento licitatório, tais como: igualdade, vinculação ao instrumento convocatório, julgamento objetivo.

O dever de licitar e suas exceções

A Constituição da República, no inciso XXI, do Art. 37, dispõe que: “reservados 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, salvo as hipóteses que constituem exceções a esse princípio, que precisam ser previstas em lei e que podem tornar a licitação inexigível, dispensada ou dispensável, observadas as características peculiares de cada caso, segundo motivação do interesse público. Ou seja, é o interesse público que vai ordenar a conduta do gestor.

Nesse sentido, pode-se conceituar Licitação, como sendo um procedimento administrativo formal, 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 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, a modalidade de licitação denominada prego, para aquisição de bens e serviços comuns.

Vale ainda referenciar o Regime Diferenciado de Contratações Públicas (RDC), instituído pela Lei nº 12.462/11, inicialmente para aplicação exclusiva às licitações e contratos necessários à realização dos Jogos Olímpicos e Paralímpicos de 2016, da Copa das Confederações de 2013 e da Copa do Mundo Fifa 2014. Mais tarde, por intermédio da Lei 12.745/12, foi acrescentado 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.

É importante que o gestor público tenha sempre em mente **o caráter formal da administração pública, de sorte que seus atos devem ser motivados e formalizados em processos, a fim de demonstrar a finalidade e o interesse público da medida.**

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 a respectiva autuação, protocolo e numeração, autorização da autoridade competente, 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, a Lei nº 8.666/93 estabelece cinco modalidades de licitação e a Lei 10.520/02, uma modalidade, a saber:



Concorrência 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\$3.300.000,00; para compras e outros serviços, acima de R\$1.430.000,00.



Tomada de preços é a modalidade entre interessados devidamente cadastrados ou que atenderem à todas as condições exigidas para cadastramento até o terceiro dia anterior a data do recebimento das propostas, observada a necessária qualificação. Para obras e serviços de engenharia, até R\$3.300.000,00; para compras e outros serviços, até R\$1.430.000,00.



Convite é a modalidade entre interessados do ramo pertinente ao seu objeto, cadastrados ou não, escolhidos e convidados em número mínimo de 03 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 horas da apresentação das propostas. Para obras e serviços de engenharia, até R\$330.000,00; para compras e outros serviços, até R\$176.000,00.



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 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.

A fase preparatória do pregão coincide com a fase interna dos demais procedimentos licitatórios, sendo a fase externa igual para todos. Diferentemente das outras modalidades de licitação, no pregão há inversão das fases de habilitação e classificação. Primeiro se realiza a análise das propostas, para verificação da vencedora. Dessa forma, somente a documentação do licitante que tenha apresentado a melhor proposta é analisada.

É importante observar que as obras, serviços e compras efetuadas pela administração pública podem ser divididos 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 da despesa. Ou seja, mesmo dividindo-se o objeto em parcelas, deverá ser observada a modalidade prevista para o todo em cada parcela licitada.

Exemplificando: O gestor de Aurora tem um planejamento de aquisição dos medicamentos do elenco municipal para atender a demanda anual, com valor estimado em R\$300.000,00. Mas, de acordo com a programação financeira da Prefeitura, os recursos serão repassados em 06 parcelas de R\$50.000,00, a cada dois meses, a partir de janeiro. Nesta situação, as modalidades indicadas para o objeto como um todo são: concorrência, tomada de preços ou pregão, mesmo que sejam realizados 06 procedimentos licitatórios, não poderá o gestor utilizar-se do convite para as parcelas do mesmo objeto, sob pena de fracionamento da licitação.

Prazos de divulgação

Além de instituir as modalidades de licitação, que constitui um rol taxativo, ou seja, não pode o gestor criar novas modalidades, em atendimento ao princípio da publicidade, o legislador também fixou prazos mínimos que devem ser observados entre a data da publicação dos avisos e a data

da realização do certame, para cada modalidade, que variam de acordo com as seguintes faixas:

- 45 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 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 dias para a tomada de preços, nos casos não especificados na alínea anterior, ou leilão;
- 05 dias úteis para convite;
- 08 dias úteis para pregão.

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, prevalecendo a data que ocorrer mais tarde, sendo que, qualquer modificação no edital exige divulgação pela mesma forma que se deu o texto original, reabrindo-se o prazo inicialmente estabelecido, exceto quando, inquestionavelmente, a alteração não afetar a formulação das propostas.

Sistema de Registro de Preços e a figura do “carona”

O Registro de Preços, 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 futura contratação. Além de manter os preços registrados por um período de até 01 ano, a administração só comprometerá seu orçamento quando, efetivamente, for se realizar a aquisição do bem ou serviço registrado.

Para Jorge Ulisses Jacoby Fernandes², o Sistema de Registro de Preços “é um procedimento especial de licitação que se efetiva por meio de uma concorrência ou pregão sui generis, selecionando a proposta mais vantajosa, com observância do princípio da isonomia, para eventual e futura contratação pela Administração”.

O Sistema de Registro de Preços está previsto no Art. 15, inciso II da Lei 8.666/93 e permite à Administração contratar serviços e adquirir bens de forma célere e eficiente, valendo-se de um cadastro de preços previamente elaborado por meio de licitação, utilizando-se a modalidade de concorrência ou pregão.

O Decreto 7.892/13 regulamenta o Registro de Preços no âmbito da administração pública federal e, conceitua alguns institutos, como o próprio Sistema de Registro de Preços, como sendo “o conjunto de procedimentos

2 JACOBY FERNANDES, Jorge Ulisses. Sistema de Registro de Preços e Pregão Presencial e Eletrônico.

3. ed., rev., atual. e ampl. Belo Horizonte: Fórum, 2009.

para registro formal de preços relativos à prestação de serviços e aquisição de bens, para contratações futuras”.

O instituto da adesão à ata de registro de preços, comumente denominado “carona”, permite que órgãos e entidades da Administração que não participaram da licitação, após consultar o órgão gerenciador e o fornecedor registrado, demonstrando a vantagem da adesão, celebrar contratos valendo-se da ata de registro de preços do outro ente.

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”.

Essencial para ser “carona” em outro processo licitatório é o dever do órgão interessado em demonstrar a vantagem da adesão em detrimento da realização de outro processo licitatório. De acordo com o Art. 22 do Decreto 7.892/2013, além de demonstrar a vantagem, fazem-se necessário a anuência do órgão gerenciador e a aceitação do fornecedor beneficiário da ata de registro de preços.

Cabe destacar que a adesão à ata de registro de preços por órgão ou entidades não participantes, somente será possível se a quantidade não exceder, na totalidade, ao quádruplo do quantitativo de cada item registrado na ata de registro de preços para o órgão gerenciador e órgãos participantes, conforme disposto no §4º, do Art. 22, do Decreto 7.892/2013, não podendo ultrapassar a 100% dos quantitativos dos itens do instrumento convocatório e registrados na ata de registro de preços para o órgão gerenciador e órgãos participantes.



Este também é o entendimento manifesto do Tribunal de Contas da União³, quando da fixação de limites para utilização da ata de registro de preços por órgãos ou entidades não participantes (carona), mesmo antes da edição do Decreto 7.892/2013, nestes termos:

“9.3.2.1.5. Em atenção ao princípio da vinculação ao instrumento convocatório (Lei 8.666/1993, Art. 3º, caput), devem gerenciar a ata de forma que a soma dos quantitativos contratados em todos os contratos derivados da ata não supere o quantitativo máximo previsto no edital”.

A utilização do Sistema de Registro de Preços importa uma série de vantagens para a administração pública, mas é necessário que cada ente possua regulamento próprio, inclusive quanto à faculdade de adesão a outras atas e vedação expressa quanto a acréscimos nos quantitativos fixados pela ata de registro de preços, inclusive o acréscimo de que trata o § 1º do Art. 65 da Lei nº 8.666/93, comumente chamado de aditivo de até 25% do valor inicial atualizado do contrato.

Portanto, 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% dos itens registrados;**
- » **Não exceder ao quádruplo do quantitativo de cada item registrado.**

Exemplificando: Resgatando o mesmo exemplo utilizado para o município de Vila SUS, para evitar a realização de 06 procedimentos licitatórios, 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.

3 Acórdão nº 1233/2012 – TCU – Plenário. Processo nº TC 011.772/2010-7. 2. Grupo I. Relator: Ministro Aroldo Cedraz.

De acordo com a Lei, a licitação deverá ser dispensada nas hipóteses previstas no Art. 17, que trata da alienação de bens da administração pública e será dispensável nos casos do Art. 24, definidas em razão do valor e de situações excepcionais, do objeto ou da pessoa. A diferença é que, no primeiro caso a dispensa é expressamente determinada por lei, e no segundo, apesar de existir a possibilidade de realizar o certame, o legislador facultou ao Administrador o poder discricionário de decidir pela não realização do ato licitatório, em razão do valor ou de situações excepcionais, tanto do objeto da licitação, como da pessoa a ser contratada.

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, respectivamente, que correspondem até o valor de 10% dos limites previstos nas alíneas “a”, dos incisos I e II, do Art. 23, equivalentes atualmente, a R\$33.000,00 e R\$17.600,00, respectivamente⁴.

Os percentuais referidos nos incisos I e II passam a ser de 20%, ou seja, de R\$66.000,00 e R\$35.200,00, respectivamente, em valores atuais, nas mesmas hipóteses, para compras, obras e serviços contratados por consórcios públicos, sociedade de economia mista, 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 incisos que tratam de hipóteses de licitação dispensável, em função de situações excepcionais, do objeto ou da pessoa. **Importante 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.**

É ainda imperioso ressaltar que 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, caso fosse realizada a licitação.

No presente estudo vamos destacar somente a hipótese prevista no inciso IV, em que a licitação pode ser dispensável, em razão de sua corriquei-

4 Valores atualizados de acordo com o Decreto nº 9.412, de 18 de junho de 2018, publicado no Diário Oficial da União de 19 de junho de 2018.

ra aplicabilidade nas aquisições de bens e serviços no âmbito do SUS, em especial medicamentos.

O tipo 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.

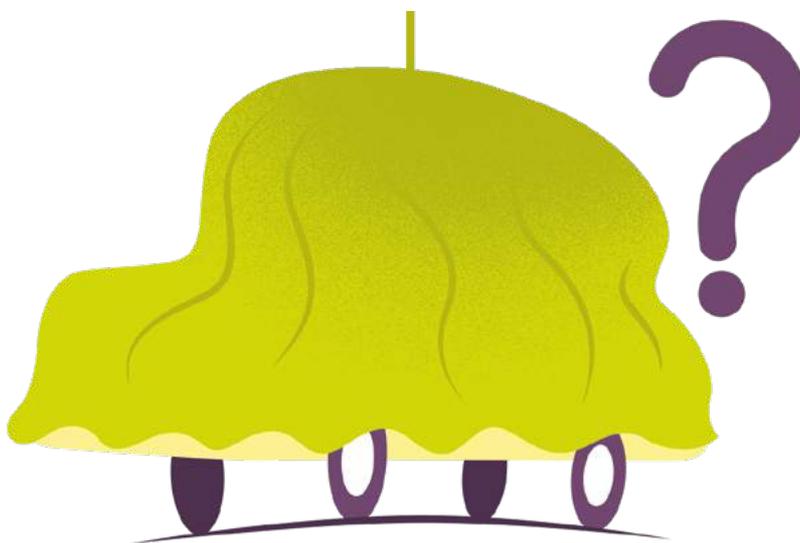
Neste caso a lei permite tornar a licitação dispensável para atender situação emergencial, mas, estabelece o prazo máximo de 180 dias consecutivos e ininterruptos, contados da ocorrência da emergência ou calamidade, para realização do evento, vedando expressamente a prorrogação dos respectivos contratos celebrados em razão dessa situação.

A fixação desse prazo atende ao princípio da razoabilidade, pois, entende-se que, até 180 dias, após a ocorrência da situação emergencial ou calamitosa, é tempo suficiente para permitir ao gestor público, planejar e programar a realização de um procedimento licitatório, saindo da situação de excepcionalidade.

Dois são as exigências que justificam a dispensa de licitação em face do Art. 24, inciso IV – a emergência e a situação imprevisível. Conforme leciona o Professor Jessé Torres Pereira Júnior⁵: “(...) dois requisitos são importantes e até indispensáveis para que possa o administrador, sem praticar qualquer ilegalidade, utilizar-se do permissivo legal. O primeiro é o da obrigatoriedade da emergência ser reconhecida e declarada em cada caso. O segundo diz respeito à imprevisibilidade da situação dentro de um quadro de mediana percepção pelo administrador”.

Portanto, é preciso formalizar o pleito, com a documentação necessária

5 PEREIRA JÚNIOR, Jessé Torres. Comentários à Lei das Licitações e Contratações da Administração Pública. 6 ed. Rio de Janeiro. Renovar, 2003. p. 154.



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.

Para Diógenes Gasparini⁶, “o atendimento de certas situações pelo poder público há de ser imediato, sob pena de, a procrastinação causar prejuízos ou comprometer a segurança dos administrados (...). A emergência, como hipótese de dispensa de licitações, consignada no inciso IV do Art. 24 do Estatuto, é caracterizada pela obrigação imediata ou urgente que tem a administração pública de evitar situações que possam causar prejuízos ou o comprometimento da segurança de pessoas (...). Nessas hipóteses, diz-se que a emergência é real”.

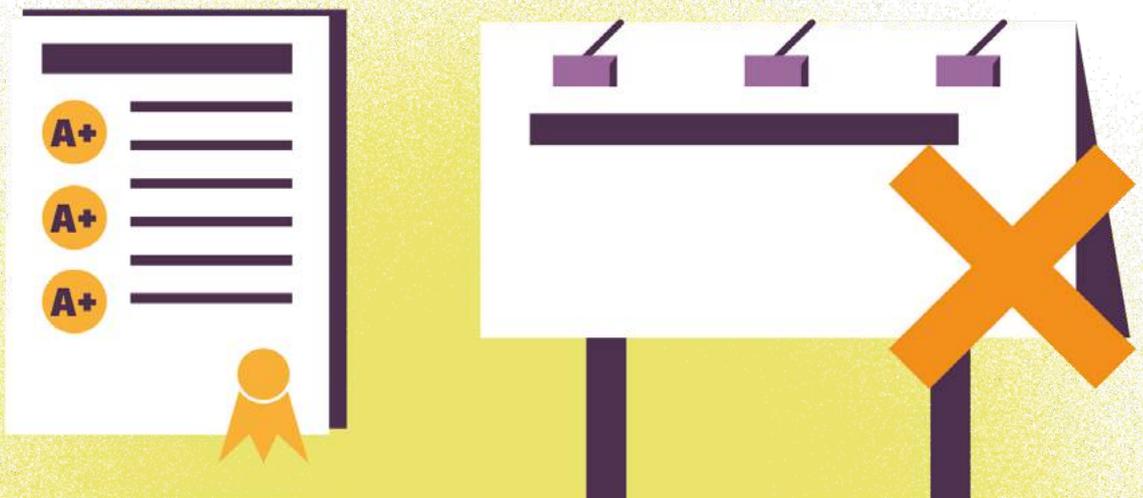
Veja que, caracterizada a hipótese de situação emergencial, a medida cabível não pode ser retardada, sob pena de causar prejuízo ao erário, em eventual ação de ressarcimento, ou mesmo comprometer a saúde e a segurança de pessoas, respondendo o gestor, neste caso, por omissão.

O dispositivo do Art. 24, IV, constitui uma aplicação do princípio da razoabilidade, tendo em vista que exige uma relação entre os meios, que é a dispensa de licitação, e os fins, que é o atendimento de situação emergencial ou calamitosa.

Para o saudoso Professor Hely Lopes Meirelles⁷, a “emergência caracteriza-se pela urgência de atendimento de situação que possa ocasionar

6 GASPARINI, Diógenes. Direito Administrativo. 17 ed. Rio de Janeiro. Saraiva, 2012. p. 214.

7 MEIRELLES, Hely Lopes. Direito Administrativo Brasileiro. 23 ed. Atual. São Paulo. Malheiros Editores, 1998. p. 254.



prejuízos ou comprometer a incolumidade ou a segurança de pessoas (...), exigindo rápidas providências da Administração para debelar ou minorar suas consequências lesivas à coletividade”.

Portanto, nesta hipótese, pode-se dizer que, as razões que levam o gestor público a decidir pelo enquadramento da situação emergencial, decorrem da interpretação da lógica do razoável, segundo os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade da medida, ou seja, conduta razoável na proporção da necessidade, demonstrando que a conveniência e a oportunidade que levam a administração a declarar a dispensa de licitação, em função da situação de emergência, tem estreita ligação com a finalidade.

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 se acha 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.

Reforçando este posicionamento, o Ministro Marco Aurélio Mello 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 humana⁸, (...)”.

Entretanto, há que se observar que, nos casos de licitação dispensável para atender ordens judiciais, não é possível dispensar a licitação a cada demanda que chega para o gestor. A partir da primeira intimação, tratando-se de medicamento de uso contínuo, os atendimentos seguintes ao primeiro, deverão entrar no planejamento das licitações, não podendo mais utilizar o recurso da licitação dispensável em caráter emergencial.

Assim, tornar a licitação dispensável em caráter emergencial, com fundamento no inciso IV, do Art. 24, da Lei 8.666/93, é perfeitamente possível, desde que sejam reconhecidos, formal e fundamentadamente, o caráter emergencial e a imprevisibilidade da situação.

8 Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário 273042/RS. 2ª Turma. Relator Ministro Marco Aurélio Mello. DJ de 06/09/2000. P.070.

Inexigibilidade de Licitação

Veja que, 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 de competição. 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.

Nesse sentido, são as lições de Jorge Ulisses Jacoby⁹:

“O caput do Art. 25 da Lei 8.666/93, estabelece que é inexigível a licitação quando houver inviabilidade de competição, em especial, quando ocorrer uma das três hipóteses retratadas nos incisos que anuncia. A expressão utilizada é salientada pela doutrina pátria para assegurar que se trata de elenco exemplificativo, firmando a assertiva de que os casos registrados não são únicos. Há, porém, outra consequência decorrente do uso de tal expressão, nem sempre alcançada pelos estudiosos do tema: ao impor taxativamente a inviabilidade, associando-a ao termo inexigibilidade, a lei estabeleceu característica essencial e inafastável do instituto da inexigibilidade. Assim, mesmo quando se caracterizar um dos casos tratados nos incisos, se for viável a competição, a licitação é exigível, porque não foi preenchido o requisito fundamental descrito no caput do Art. 25.”

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, quaisquer das entidades descritas podem atestar a exclusividade do fornecedor.

Assim, 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.

9 JACOBY, Jorge Ulisses. Contratação Direta Sem Licitação. 7 ed. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2008. p. 593.

Exemplificando: se a administração padronizou uma determinada marca de veículo, ao fazer a aquisição dessa marca, haverá de adquirir do fabricante, na condição de fornecedor exclusivo. Caso 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.

O § 1º, do Art. 25, da Lei 8.666/93, assim conceitua 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.

No caso de contratação de profissional de qualquer setor artístico, a única exigência legal é de que haja um reconhecimento do artista pela crítica especializada ou pela opinião pública, um ou outro, sendo permitido que o contrato seja feito diretamente com os artistas ou por meio de empresário exclusivo. A exclusividade neste caso não se refere ao empresário que somente trata dos interesses de determinado artista. Exclusivo é aquele que agencia o artista de forma permanente, podendo gerenciar mais de um ao mesmo tempo. A figura do empresário exclusivo não se confunde com o mero intermediário, assim entendido aquele que detém a exclusividade limitada a apenas para determinados dias ou eventos.

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)¹⁰ e o Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG)¹¹. Estes são os preços máximos que devem ser observa-

10 Preço Fábrica é o teto de preço pelo qual um laboratório ou distribuidor pode comercializar um medicamento no mercado brasileiro.

11 Preço Máximo de Venda ao Governo é o resultado da aplicação do Coeficiente de Adequação de Preços (CAP) sobre o Preço Fábrica.

dos 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 preços¹², não servindo a publicação da ANVISA como referência para estimativa em processo licitatório.

O Coeficiente de Adequação de Preços (CAP)¹³, 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/AIDS¹⁴ 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.

Cabe ainda destacar que, o parágrafo único, do Art. 26, da Lei 8.666/93, exige que os processos de licitação dispensável ou inexigível sejam formalizados e instruídos com os elementos a seguir elencados, no que couber, que constituem requisitos de validade para o reconhecimento da situação desejada, nos seguintes termos:

- » **I - caracterização da situação emergencial ou calamitosa que justifique a dispensa, quando for o caso;**
- » **II - razão da escolha do fornecedor ou executante;**
- » **III - justificativa do preço;**
- » **IV - documento de aprovação dos projetos de pesquisa aos quais os bens serão alocados.**

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 e 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

12 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.

13 Conforme o Comunicado nº 06, de 14/6/2016, da Secretaria Executiva da CMED, o CAP é de 18% (dezoito por cento).

14 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.

dos atos. Ou seja, constitui requisito de validade dos respectivos atos de reconhecimento de dispensa ou inexigibilidade da licitação.

Agora podemos responder os questionamentos do Secretário de Saúde de Aurora.

A primeira pergunta é se precisa fazer um procedimento licitatório para comprar determinado medicamento de uso contínuo, com determinação judicial para cumprimento no prazo de 72 horas.

A princípio, considerando que a realização da licitação é a regra, haveria de dizer para o gestor sobre a necessidade de licitar. Entretanto, a situação apresentada foge completamente da previsibilidade administrativa. A condição emergencial decorre do prazo para atender a ordem judicial. Neste caso o gestor José Carlos deverá abrir um processo, instruído com o mandado judicial, petição inicial, receituário médico e outros documentos e fazer o reconhecimento da situação emergencial, a fim de propiciar a tomada de decisão de considerar a licitação dispensável.

É importante observar que a aquisição do medicamento só poderá ocorrer para atender a essa situação excepcional, no prazo máximo de 180 dias. Não é possível, em razão da ordem judicial, continuar a dispensar a licitação, após decorrido esse tempo, sob pena do gestor está cometendo fracionamento de despesa, burlando a regra da licitação, que constitui ato de improbidade administrativa que causa prejuízo ao erário, nos termos do Art. 10, inciso VIII, da Lei nº 8.429/92, podendo o agente público sofrer as penalidades previstas no inciso II, do Art. 12, desta mesma lei¹⁵.

A segunda questão é se pode fazer adesão à Ata de Registro de Preços da Secretaria Municipal de Saúde de Girassol, integrante da mesma região de saúde, somente para os produtos que necessita e como proceder.

Inicialmente, cabe reafirmar que a licitação é a regra e que, o instituto da adesão à ata de registro de preços, também chamado de “carona”, permite que a Secretaria Municipal de Saúde de Aurora, mesmo não tendo participado da licitação realizada pelo Município de Girassol, após consultar o órgão gerenciador e o fornecedor registrado, demonstrando a vantagem

15 Ressarcimento integral do dano, perda dos bens ou valores acrescidos ilicitamente ao patrimônio, se concorrer esta circunstância, perda da função pública, suspensão dos direitos políticos de cinco a oito anos, pagamento de multa civil de até duas vezes o valor do dano e proibição de contratar com o Poder Público ou receber benefícios ou incentivos fiscais ou creditícios, direta ou indiretamente, ainda que por intermédio de pessoa jurídica da qual seja sócio majoritário, pelo prazo de cinco anos.

da adesão, poderá celebrar contratos valendo-se da ata de registro de preços do outro ente.

Entretanto, essencial para ser “carona” em outro processo licitatório é o dever do órgão interessado em demonstrar a vantagem da adesão em detrimento da realização de outro processo licitatório, além da anuência do órgão gerenciador e a aceitação do fornecedor beneficiário da ata de registro de preços.

Portanto, para que a Secretaria Municipal de Saúde de Aurora possa fazer a adesão à ata de registro de preços de Girassol, é preciso que o gestor José Carlos se certifique dos seguintes procedimentos:

- *Abrir um processo administrativo e formalizar o interesse da Secretaria de Saúde;*
- *Verificar se há regulamentação própria em seu município permitindo a adesão;*
- *Demonstrar que a adesão é a opção mais vantajosa em detrimento da licitação;*
- *Apurar se há previsão no instrumento convocatório permitindo a adesão;*
- *Obter a anuência da Secretária de Saúde de Girassol, como órgão gerenciador;*
- *Buscar a aceitação do fornecedor beneficiário da Ata de Registro de Preços;*
- *Celebrar o contrato de fornecimento, limitado a 100% dos itens registrados.*

Gestão de recursos humanos

O Secretário Municipal de Saúde de Aurora, por meio da apoiadora do COSEMS, Vitória, encaminhou nova consulta para a Assessoria Jurídica contendo as seguintes demandas:

- *A despesa de pessoal está no limite da Lei de responsabilidade fiscal. O prefeito deseja terceirizar as Unidades Básicas de Saúde e o serviço de pronto atendimento. Isso é possível?*
- *A SMS encaminhou processo de contratação de ACS e ACE para a Procuradoria Geral do Município de Aurora, que foi devolvido com a sugestão de realizar processo seletivo para contratação por tempo determinado. Como proceder?*
- *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?*
- *Temos 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?*

Igualmente às licitações, a gestão de pessoal no setor público está intimamente ligada aos princípios que regem a Administração Pública. Como vimos no tópico sobre os princípios constitucionais, o Art. 37, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, dispõe sobre a obrigatoriedade de a Administração Pública obedecer aos princípios de

legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, que são também aplicáveis à gestão de recursos humanos para a administração como um todo, inclusive no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Cabe ressaltar, também neste caso, que 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, proibição 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 à 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, cujo tema será objeto de um tópico específico¹⁶.

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 público¹⁷. A diferença básica entre eles é que, o primeiro é de provimento efetivo e regime jurídico¹⁸ 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 INSS (Instituto Nacional do Seguro Social), e também, com contribuição para o Fundo de Garantia e Tempo de Serviço (FGTS). Ambos estão sujeitos ao estágio probatório de 03

16 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.

17 Com o restabelecimento da redação original do Art. 39, da Constituição da República de 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”.

18 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.

anos, procedimento de avaliação periódica de desempenho, estabilidade¹⁹, 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 semelhantes, é obrigatoriamente vinculado ao regime geral da previdência social do INSS.

Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE)

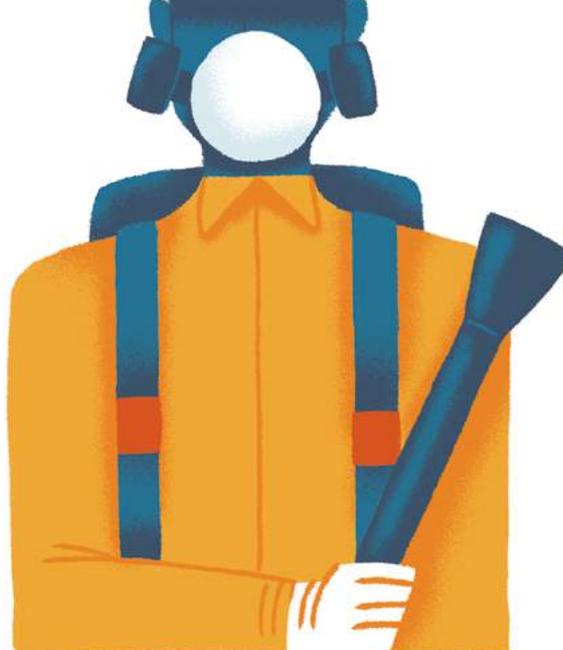
Diferentemente do disposto no Art. 37, inciso II, da Constituição Federal de 1988, que exige concurso público de provas ou de provas e títulos para contratação de pessoal no serviço público, a mesma Carta da República, no § 4º, do Art. 198, incluído pela Emenda Constitucional nº 51 de 14 de fevereiro 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.

Veja 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, dispôr 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,

¹⁹ 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.



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 certificar, em cada caso, a existência de anterior processo de seleção pública, para efeito da dispensa do processo seletivo referida 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 às 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 questão²⁰.

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 às 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;

20 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.

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 epidêmicos²¹.

Assim, a vedação de fazer contratação temporária e/ou terceirizada de ACS ou ACE já vigora desde 06 de outubro de 2006, data da publicação da Lei nº 11.350/2006. Nesse sentido a Lei 12.994/14, que altera a Lei 11.350/06, para instituir o piso salarial nacional e as diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Agentes de Combate às Endemias (ACE), 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 categoria²².

A lei estabelece ainda jornada de trabalho de 40 horas, exigida para garantia do piso salarial, e que deve ser integralmente dedicada à ações e serviços de promoção da saúde, vigilância epidemiológica e combate às endemias, em prol das famílias e comunidades assistidas, dentro dos respectivos territórios de atuação²³.

21 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 (...)."

22 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.

23 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.

PARA SABER MAIS:

» Assunto: Inexistência de direito ao recebimento de incentivo adicional ou parcela extra pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Nota-Conasems-Agentes-Inexist%C3%A2ncia-de-Direito-Incentivo-Adicional-1-1.pdf>

Terceirização

A Administração Pública só pode terceirizar serviços nas condições previstas em lei, sendo que este instituto não se presta para contratação de pessoal. Ao se falar em terceirização na administração pública, estamos falando de contratação de serviços e não de pessoas. 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 8.080/90²⁴.

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;*

24 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 (SUS), 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.

- Não transferência de poderes e competências públicas, sendo o executor simples gestor material da atividade;
- 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.

Respondendo aos questionamentos da Secretaria de Saúde de Vila SUS, temos:

- Como visto nesse estudo, a terceirização no âmbito do SUS é somente em caráter complementar. O Executivo terá que adotar as medidas especificadas pela lei de responsabilidade fiscal para reduzir a despesa de pessoal.
- Conforme informado a Lei 11.350/06 impõe que a contratação de ACS e ACE deve se dar por meio de processo seletivo e não pode ser por prazo determinado nem via terceirização.
- Apesar do ACS ter sido admitido por concurso para cargo específico, o instituto da readaptação é perfeitamente aplicável aos servidores públicos, desde que haja regulamentação para tal. No caso, o Estatuto Funcional deverá dispor sobre a questão, ou então em Lei ordinária específica
- Cabe ressaltar que ACS exercendo atividades administrativas da Secretaria de Saúde é desvio de função, proibido legalmente. Por outro lado, apesar das atividades administrativas da Secretaria de Saúde constituírem despesas com ações e serviços de saúde, para fins de apuração do mínimo, os recursos transferidos pelo Ministério da Saúde não podem ser utilizados na hipótese.

PARA SABER MAIS:

- » <http://www4.planalto.gov.br/legislacao>
- » <http://portal.anvisa.gov.br/listas-de-precos>

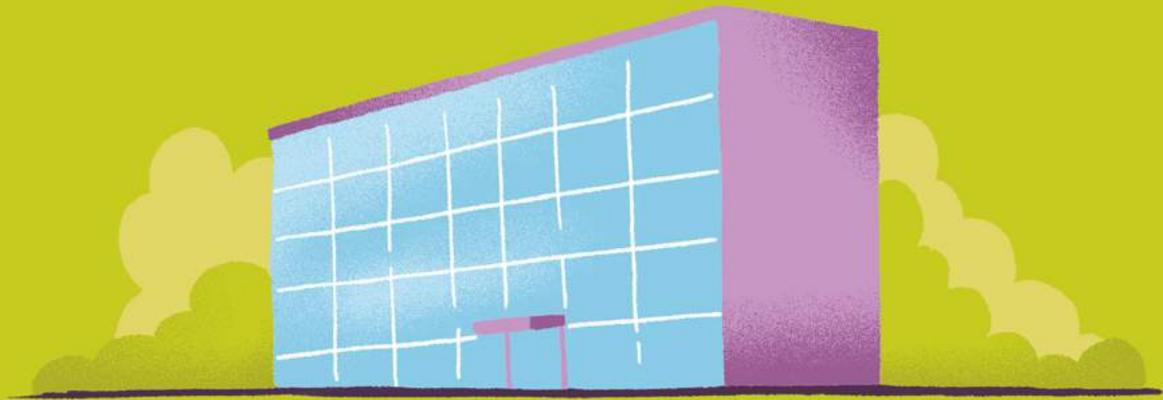
CAPÍTULO

07

GESTÃO DA INFORMAÇÃO NO SUS

Os Secretários Municipais de saúde encontram-se em reunião da Comissão Intergestores Regional (CIR) na qual foi debatida a suspensão da transferência de recursos financeiros, em decorrência de problemas com o envio de dados ao Ministério da Saúde. Os gestores identificaram que tal suspensão agrava as dificuldades financeiras, impacta na eficácia do SUS, podendo comprometer a segurança do paciente. Olga ponderou que a não alimentação das bases de dados nacionais determina a suspensão da transferência de recursos, por parte do Ministério da Saúde, e na sequência, afeta a execução das ações planejadas para o território.

A seguir, Olga relembra a situação vivenciada no início de sua gestão e que levou sua equipe a implementar a Gestão da Informação.



Gestão da Informação é um processo de trabalho com vistas a obter dados¹ e informações² confiáveis, a tempo de cumprir as obrigações estabelecidas e melhorar a tomada de decisão. Esse processo aborda atividades relacionadas ao ciclo de vida da informação³.

À época, Olga, orientada por Valéria, coordenadora de Atenção Básica de Vila SUS, analisou os relatórios disponibilizados buscando respostas para a pergunta que não queria calar: “cadê o dinheiro?”. Verificou a existência de erros nos cadastros das equipes de Estratégia de Saúde da Família no sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES). Mesmo com a atenção à saúde prestada, o município não estava sendo remunerado pelo Ministério da Saúde adequadamente, por erro nas informações. Com isso, os recursos municipais estavam diminuindo. Na mesma reunião da CIR, Olga alertou aos gestores sobre a necessidade de fomentarem, junto às equipes das SMS, o uso correto das regras da tabela unificada de procedimentos e sobre o correto registro das informações no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e no Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Neste momento, José Carlos, Secretário Municipal de Aurora, declara que gostaria de saber mais sobre o contexto atual dos registros das informações dos atendimentos ambulatoriais, em especial a implementação do Conjunto Mínimo de Dados (CMD) que substituirá os sistemas SIA e SIH progressivamente.

Considerando o contexto, todos concordaram que a qualidade de dados que subsidiam o SUS deva ser monitorada pelo Gestor. José Carlos, que também teve suspensão na transferência de recursos pelo Ministério da Saúde, declarou que em breve teria reunião específica com Vitória, Apoiadora do COSEMS presente na reunião, e buscaria maiores esclarecimentos, a fim de ter dados confiáveis e garantir que o seu município gere informações da gestão do SUS.

Vitória, ao se reunir com José Carlos, esclarece que as informações de saúde do município, em grande parte, originam-se no contato assistencial. E, nesse sentido, recomenda uma conversa com Valéria, Eduardo, que responde pela coordenação da Vigilância em Saúde, Fernanda, que responde pela Assistência Farmacêutica, e com Simone, Diretora do Hospital Municipal Mário Magalhães, visando a conhecer o processo de registros de atendimentos nessas áreas.

Vitória aproveita o interesse de José Carlos pelo tema para discorrer sobre a necessidade de organizar os dados visando à qualidade da informação

1 Dado é um conteúdo isolado, com conceito vinculado à finalidade, constituído por um código numérico, símbolo ou termo.

2 Informação é o valor atribuído ao dado em determinado contexto. O valor pode ser atribuído via processamento de dados e o contexto pode contemplar conhecimento gerado anteriormente.

3 Ciclo de vida da informação pode ser representado pelas fases de coleta, tratamento e uso.

que subsidia a gestão do SUS. José Carlos, reconhecendo ser necessário saber mais sobre o assunto, se compromete a orientar os técnicos da Secretaria Municipal de Saúde a pesquisarem sobre o tema com vistas a pautar a próxima reunião da equipe técnica.

Como orientar o profissional de saúde para o correto registro dos dados?

No decorrer da semana José Carlos conseguiu marcar uma conversa com Valéria, conforme recomendação da Vitória, a fim de melhor compreender a situação atual e as perspectivas do registro dos dados do contato assistencial.

Valéria de pronto destacou que o registro dos dados das ações de atenção básica deverá ser realizado no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)⁴. Orienta o uso do sistema e-SUS AB como melhor cenário para implantar o PEC, embora seja possível com sistema próprio ou adquirido no mercado. Valéria destacou, também, que além de qualificar a informação para o cuidado do indivíduo, o registro das ações no PEC subsidia o envio ao Ministério da Saúde das informações ambulatoriais, frisando que com a utilização do PEC, as informações ambulatoriais classificadas como atenção básica são enviadas automaticamente para o CMD.

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO (PEC)

Entende-se como prontuário eletrônico um repositório de informação mantida de forma eletrônica, onde todas as informações de saúde, clínicas e administrativas, ao longo da vida de um indivíduo estão armazenadas, e suas características principais são: acesso rápido aos problemas de saúde e intervenções atuais; recuperação de informações clínicas; sistemas de apoio à decisão e outros recursos (PNIIS)⁵.

4 Brasil. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 7, 24 de novembro de 2016. Define o prontuário eletrônico como modelo de informação para registro das ações de saúde na atenção básica e dá outras providências.

5 Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. A Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) consta do Anexo XLII da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 589, de 20 de maio de 2015).

Valéria, que há muito vem acompanhando o movimento de implantação do PEC no país, apontou para o uso da *Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms (SNOMED-CT)* no sentido de qualificar os dados clínicos do PEC e a perspectiva, em futuro não muito distante, da implantação do Registro Eletrônico de Saúde.

A SNOMED-CT é uma terminologia de representação de informações clínicas. Portanto, mais abrangente que a SIGTAP que trata os procedimentos SUS e a TUSS que define a terminologia da Saúde Suplementar.

Atualmente identificada SNOMED International essa terminologia está em estudo para implantação no Brasil que, em abril de 2018, se tornou membro da *International Health Terminology Standards Development Organization (IHTSDO)*⁶, organização que coordena o aprimoramento da SNOMED-CT.

No decorrer da conversa, José Carlos comenta que leu e escutou inúmeras vezes acerca das informações inerentes ao cuidado do indivíduo atendido no SUS, pela saúde suplementar e na rede privada, estarem disponíveis aos profissionais de saúde no momento da assistência em qualquer ponto de atenção do território nacional. Pontua que não entende como isso seria possível. Valéria esclarece que este processo será possível, primeiramente, com estrutura adequada para conectividade entre os serviços de saúde, como computadores, impressoras e outros dispositivos, adoções de modelos de informações por parte do SUS, bem como da saúde suplementar e privada, que garantam a interoperabilidade⁷. Tudo para viabilizar a implementação do Registro Eletrônico de Saúde (RES) em todo o território nacional.

REGISTRO ELETRÔNICO DE SAÚDE (RES)

Repositório de informações processáveis sobre o cuidado em saúde do indivíduo, armazenadas e transmitidas de forma segura e acessível por múltiplos usuários autorizados.

Na sequência da conversa com Valéria, e considerando o entendimento que o PEC deve ser o ponto central de registros de todas as ações da atenção básica, o secretário José Carlos agendou reunião com Eduardo e Fernanda para tratar dos dados de Vigilância em Saúde e Assistência Farmacêutica, respectivamente. Eduardo contextualizou que a Vigilância em Saúde possui inúmeros sistemas para registro de dados gerados no contexto do atendimento. Ademais, relatou a existência do Sistema de Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Mortalidade (SIM), cujos dados in-

6 Disponível em: <<https://www.snomed.org/our-customers/members/americas>>. Acesso em 15 jan. 2019.

7 Interoperabilidade - habilidade de transferir e utilizar informações de maneira uniforme e eficiente entre várias organizações e sistemas de informação.

dicam a movimentação do perfil etário da população. Eduardo finalizou relatando a José Carlos que o Sistema Nacional de Notificação é fonte para traçar o perfil epidemiológico do território, além de fomentar as ações de vigilância à saúde. (Ver Capítulo 11).

Já Fernanda, por sua vez, destacou a necessidade de qualificar as informações para a Base Nacional de Dados da Assistência Farmacêutica (BNAFAR). Destacou que a BNAFAR está em processo de implementação e que, atualmente, a exigência de envio de dados das dispensações dos medicamentos do Componente Básico, por parte dos municípios, ao Ministério da Saúde é feita aos municípios que fazem parte do programa QUALIFAR e que os mesmos devem enviar as informações de estoques e dispensações utilizando o sistema HÓRUS ou sistema de terceiros utilizando “webservice” disponibilizado pelo Ministério da Saúde.

Fernanda pondera a José Carlos que mesmo com o seu município não fazendo parte do programa QUALIFAR é possível realizar o envio das informações ao Ministério da Saúde utilizando o HÓRUS ou Webservice e desta forma o município irá qualificar sua informação na área da AF possibilitando tomadas de decisões qualificadas, embasadas nas informações registradas e enviadas. (Ver Capítulo 5).

Ambos os profissionais concordaram que parte dos dados, hoje em diversos sistemas, devem migrar para o PEC e já reconhecem esse movimento com parte dos registros do Programa Nacional de Imunização (PNI). Porém, destacaram que há especificidades que não serão tratadas no PEC. Na área de vigilância à saúde identificaram o conjunto de ações coletivas decorrentes da notificação individual e na assistência farmacêutica, assim como na imunização, todos os registros referentes ao controle logístico e compra e distribuição.

O secretário José Carlos, diante da perspectiva futura apontada por Valéria e as questões pontuadas por Eduardo e Fernanda, teve a certeza de que deveriam avaliar o estágio atual, conhecer as tecnologias com capacidade disruptiva⁸ e traçar linhas de atuação para inserir o município de Aurora na Saúde Digital. A princípio, identificava que o engajamento dos profissionais e dos usuários SUS deveria ser levado em consideração no processo de mudança de paradigma já em andamento.

Para José Carlos, o gestor municipal estava à frente de um desafio maior, considerando que, em parte, as demandas e atendimentos no SUS envolvem serviços de saúde de diferentes complexidades e, por vezes, fora do município. Com essas questões em mente, considerou fundamental que os registros dos atendimentos hospitalares integrem o RES.

Já Simone esclareceu que o hospital atende pacientes da região de saúde e, por vezes, com financiamento de planos de saúde. Assim sendo,

8 Inovação disruptiva é a mudança que transforma o processo atual mediante a introdução de um novo e simples processo que substitui totalmente o anterior.

é necessário buscar esclarecimentos com Jorge, coordenador pela SES da Região Vale Feliz que, junto com o município, opera a regulação da assistência hospitalar.

José Carlos, em conversa com Jorge, obteve informações acerca da importância dos sistemas de cadastros do SUS, em especial o CadSUS para registro do Cartão Nacional de Saúde e do SCNES, Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Foi orientado a qualificar os dados destes sistemas já que os mesmos são estruturantes de vários outros sistemas que tratam do repasse de recursos, faturamentos ambulatoriais e hospitalares, recebimento de dados assistenciais da saúde suplementar e outras fontes de financiamento. E ainda, representam identificação unívoca no PEC e no RES.

Com as informações passadas pelo coordenador regional da SES, José Carlos compreendeu a importância da gestão da informação como forma de qualificação de sua ação. Jorge ainda reitera que a Secretaria de Estado da Saúde também deve organizar-se de modo a efetivar a gestão da informação em saúde em seu processo de trabalho.

Em seguida, José Carlos procurou sua equipe na SMS para conversar sobre os esclarecimentos recebidos. O retorno da equipe versou sobre a dificuldade no completo envio dos dados à esfera federal do que é produzido na média e alta complexidade, pelos sistemas SAI e SIH. José Carlos telefonou para a apoiadora Vitória que explicou que está em processo a implementação do CMD, previsto no Decreto Presidencial 14501/2017 e normativo do SUS. Ademais relatou que com a instituição do CMD, inúmeros sistemas existentes serão descontinuados, sendo os sistemas de captação e processamento: Boletim de Produção Ambulatorial (BPA); Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC); Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS); Autorização de Internação Hospitalar (SISAIH01); Coleta da Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA01); SIA; SIH; e Processamento da Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA02).

Vitória relata a José Carlos que o CMD encontra-se na fase 2 de implantação que abrange o envio de informações da saúde mental e das comunicações hospitalares que eram enviadas pelo sistema de Comunicação de Internação Hospitalar (CIH). Relata que a fase 1 está finalizada com o envio das informações da AB sendo enviadas ao CMD via e-SUS AB/SISAB e cargas dos arquivos da saúde suplementar.

Por fim, Vitória explica que a maior expectativa é pela implementação da fase 3, quando o CMD contemplará o envio e processamento das informações ambulatoriais e hospitalares até então processadas via SIA e SIH, respectivamente.

Há expectativa que a implantação do CMD contribuirá para qualificar o registro da informação e a produção de conhecimento dos eventos assistenciais com o financiamento SUS e não SUS.

Como acessar os dados de eventos assistenciais de financiamento não SUS?

A conversa com Vitória sobre o CMD chamou atenção de José Carlos para a necessidade das informações da saúde suplementar estarem disponíveis no âmbito do SUS. O destaque para se obter informações geradas fora das unidades de saúde SUS tem por base a adoção de padrão de informação que garanta a interoperabilidade dos diversos sistemas que aportam o prontuário do paciente e demais fontes de registros de dados individualizados.

Ainda que não implantado no país um padrão de terminologia clínica, a identificação individual pelo Cartão Nacional de Saúde e do serviço de saúde pelo CNES possibilita o acesso aos dados de eventos assistenciais de financiamento não SUS.

Ainda em fase de implantação, o CMD⁹ responde pela coleta dos dados dos contatos assistenciais em todos os estabelecimentos de saúde do país, independente da fonte de financiamento. Portanto, das esferas pública, suplementar e privada. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) responde pelo envio das informações provenientes dos Planos Privados de Assistência à Saúde, registrados no Padrão de Troca de Informações da Saúde Suplementar (Padrão TISS).

Padrão de Troca de Informações da Saúde Suplementar (Padrão TISS)

O Padrão TISS é estabelecido pela ANS¹⁰ para, em caráter obrigatório, registrar as trocas dos dados de atenção à saúde prestada ao beneficiário de plano privado de assistência.

O CMD, utilizando-se de padrões de informação pactuado na CIT, abrange dados administrativos e clínicos do contato assistencial, compõe o RES e integra o Sistema Nacional de Informação de Saúde (SNIS). No cotidiano, o CMD visa instrumentalizar a gestão do SUS.

FINALIDADES DO CONJUNTO MÍNIMO DE DADOS



subsidiar as atividades de gestão, planejamento, programação, monitoramento, avaliação e controle do sistema de saúde, da rede de atenção à saúde e dos serviços de saúde;



subsidiar a formulação, o monitoramento e a avaliação das políticas de saúde;

9 Brasil. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 6, de 25 de agosto de 2016, que institui o Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde (CMD).

10 ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.



compor as estatísticas nacionais de saúde, permitindo conhecer o perfil demográfico, de morbidade e mortalidade da população brasileira atendida nos serviços de saúde;



conhecer as atividades assistenciais desenvolvidas por todos os estabelecimentos de saúde no país;



fomentar a utilização de novas métricas para a análise de desempenho, alocação de recursos e financiamento da saúde;



possibilitar a realização dos processos administrativos necessários às três esferas de gestão do SUS, inclusive o faturamento dos serviços prestados;



disponibilizar informações assistenciais em nível nacional comparáveis com as informações internacionais em saúde.

A essa altura, José Carlos questiona como funciona o ressarcimento ao SUS quando atende pessoas beneficiárias de planos de saúde.

É possível o ressarcimento ao SUS dos eventos assistenciais prestados a beneficiários de planos de saúde?

No aspecto de gestão da informação, em relação ao ressarcimento ao SUS, é essencial a identificação do indivíduo atendido no SUS pelo Cartão Nacional de Saúde (CNS) e do estabelecimento prestador do serviço de saúde pelo CNES. Outros dados relevantes identificam a cobertura do plano de saúde e território em que a cobertura foi contratada.

Há previsão legal para serem ressarcidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do SUS¹¹.

A identificação de atendimento ao beneficiário de plano privado de assistência à saúde realizado no SUS é um procedimento administrativo, de competência da ANS, que verifica a ocorrência da obrigação legal de ressarcir ao SUS por meio da constatação de atendimento no SUS ao beneficiário de plano privado de saúde, do cálculo do montante devido e da determinação da Operadora devedora¹².

11 Brasil. Presidência da República. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

12 Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa RN nº 358, de 27 de novembro de 2014. Dispõe sobre os procedimentos de ressarcimento ao SUS, previsto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

O valor de ressarcimento ao SUS resulta da multiplicação do Índice de Valoração do Ressarcimento (IVR), estipulado em 1,5, pelo valor lançado no documento do SUS de autorização ou de registro do atendimento¹³. Os valores recolhidos pelas OPS, a título de ressarcimento ao SUS, serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) pela ANS.

Não há previsão legal de ressarcimento ao SUS dos atendimentos prestados a pessoa beneficiária de plano público de assistência à Saúde.

Embora o conjunto de dados e informações já identificados nos sistemas do SUS seja amplo, o Secretário José Carlos solicita ajuda para melhor compreender o território pelo qual responde.

Vitória esclarece a existência de bases de dados geridas pelo IBGE e outras instituições que contribuem para estabelecer estratégias para otimizar os recursos SUS, e o mais importante, todas acessíveis pela internet.

Com o conjunto de esclarecimentos recebidos, José Carlos reconhece que o Gestor Municipal do SUS precisa buscar a qualidade dos dados a fim de melhor orientar a continuidade do cuidado, ampliar a segurança do paciente e subsidiar a otimização dos recursos existentes. Ao pesquisar o site do Ministério da Saúde toma conhecimento do documento Estratégia de e-Saúde, estabelecido pela CIT, que orienta a Saúde Digital no país. Assim sendo, convida seus técnicos a implantar a Gestão da Informação no município de Aurora.

O que é e para que serve a gestão da informação?

Atualmente a incorporação de novas tecnologias, em especial no campo da informação, tem se mostrado aliada no desafio de organizar os processos de trabalho. Nesse cenário os gestores encontram os insumos para fazer a gestão da informação, ou seja, planejar, administrar a coleta e o tratamento de dados, além de monitorar, no sentido de cumprir a função de dispor informações de qualidade para a Atenção à Saúde e Gestão do SUS.

A gestão da informação é um processo contínuo que engloba o ciclo de vida do registro, ou seja, ações de criação, uso, arquivamento e exclusão da informação. Dentre suas principais características destacamos a orientação por consenso. Os quesitos de conformidade regulatória, adoção de padrões visando à interoperabilidade dos sistemas de informação, a definição de responsabilidade e de métricas de monitoramento também estão presentes nesse processo. Além da atenção especial que deve ser dispensada à privacidade de dados pessoais.

13 Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa RN nº 367, de 18 de dezembro de 2014. Dispõe sobre o Índice de Valoração do Ressarcimento (IVR).

Com o entendimento de gestão da informação no bojo de atribuições de Gestão do SUS, o secretário pautou o tema em reunião com a equipe técnica, objetivando colher sugestões de como garantir a qualidade da informação no município. Após debate baseado na experiência de alguns técnicos, acordaram que os profissionais que apoiam o gestor precisam estar atentos aos fatores que atuam no fluxo de trabalho. Identificar um profissional responsável pela aderência do dado à finalidade para a qual o dado é coletado, e que o mesmo seja constantemente atualizado sobre as práticas do setor, pode ser o ponto inicial na implantação da gestão da informação em seu local de trabalho.

José Carlos apresenta na CIR a estratégia de sua equipe técnica visando garantir a qualidade da informação. Soube por colegas que a garantia da qualidade dos dados também é busca constante pela adoção de padrões¹⁴, acordados na CIT, e também pelo monitoramento da qualidade do dado.

Em grande parte, as informações do SUS são geridas por áreas vinculadas ao Ministério da Saúde, que, por vezes, contam com grupos de trabalho na formulação e acompanhamento de sistemas específicos.

Para assegurar a execução das melhores práticas de gestão, o Ministério da Saúde conta com uma estrutura pactuada na CIT composta por representantes do CONASEMS, CONASS e de áreas do Ministério da Saúde. Comitês e grupos específicos contam, ainda, com representantes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Destaque para o Subgrupo de Trabalho de Informação e Informática, que em caráter consultivo analisa para a Câmara Técnica da CIT as propostas de implantação e aprimoramento dos Sistemas de Informação do SUS.

Há ainda o Comitê Gestor da Estratégia e-Saúde¹⁵, instituído como a instância responsável por elaborar a Estratégia e-Saúde para o Brasil, também denominada DigiSUS ou Saúde Digital, que coordena as ações de desenvolvimento de aplicações informatizadas a fim de garantir maior resolutividade com um menor número de sistemas; além de propor os padrões com vistas à interoperabilidade dos sistemas e monitorar os projetos da área. Essa instância é deliberativa, tem em sua composição representantes da três esferas de gestão do SUS, da ANVISA e da ANS, mas se reporta à CIT em situações específicas.

Dentre as situações que são deliberadas pela CIT, se tem os aspectos

14 Segundo a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) padrão ou norma técnica é definido como: documento estabelecido por consenso e aprovado por um organismo reconhecido, que fornece, para uso comum e repetitivo, regras, diretrizes ou características para atividades ou seus resultados, visando à obtenção de um grau ótimo de ordenação em um dado contexto. Disponível em: <www.abnt.org.br>. Acesso em 25 abr. 2019.

15 Brasil. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 5, de 25 de agosto de 2016. Institui o Comitê Gestor da Estratégia e-Saúde e define a sua composição, competência, funcionamento e unidades operacionais na estrutura do Ministério da Saúde.

operacionais que viabilizam as informações no SUS¹⁶. Nesse sentido, a CIT estabeleceu que todos os sistemas de informação ou aplicativos a serem implantados no SUS, ou novas versões de sistemas e aplicativos já existentes, terão seus modelos, regras de negócio e cronograma de implantação apreciados no âmbito da Câmara Técnica da CIT e pactuados nesta. A validação e a homologação dos sistemas e aplicativos são realizadas por equipe técnica composta por representantes indicados pelo Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS.

e-Saúde

Também conhecido por seu equivalente em inglês e-Health, segundo a *Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS)*, trata-se de qualquer aplicação de Internet, utilizada em conjunto com outras tecnologias de informação, focada na melhoria do acesso, da eficiência, da efetividade e da qualidade dos processos clínicos e assistenciais necessários a toda a Cadeia de Atendimento à Saúde. O objetivo único é prover melhores condições de tratamento aos pacientes e melhores condições de custeio ao Sistema de Saúde. O conceito de e-Saúde engloba desde a entrega de informações clínicas aos parceiros da cadeia de atendimento, passando pelas facilidades de interação entre todos os seus membros, chegando à disponibilização dessa mesma informação nos mais difíceis e remotos lugares.

A conexão da gestão da informação no município com as ações das esferas estadual e federal se dá com a representação dos gestores municipais, via CONASEMS, nas instâncias de elaboração de normas e sistemas de informação, mas, principalmente, via implantação de ações da gestão municipal, em conformidade ao estabelecido na Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (anexo XLII da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 (anteriormente Portaria MS/GM nº 589, de 20 de maio de 2015))¹⁷.

Responsabilidade institucional pela gestão da PNIIS Gestão Municipal (Secretarias Municipais de Saúde)

- *Implementar as ações de informação e informática em saúde em consonância com a PNIIS, conforme previsto no sistema de planejamento regional;*
- *Apoiar a implementação da PNIIS por meio do processo de planejamento regional em saúde;*
- *Articular e estabelecer parcerias com órgãos governamentais e não*

16 Brasil. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 6, de 6 de novembro de 2013. Dispõe sobre as regras para implantação de aplicativos e sistemas de informação em saúde no SUS.

17 Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2016.

governamentais, nacionais e internacionais, intra e intersetoriais, bem como com a sociedade civil organizada para o fortalecimento das ações de informação e informática em saúde;

- *Implantar soluções de informática, segundo suas necessidades regionais, para atender a demandas informacionais no âmbito de seu território, garantida a interoperabilidade com os sistemas nacionais;*
- *Desenvolver ações de educação permanente, com foco nas especificidades de informação e informática em saúde, destinadas aos trabalhadores de saúde;*
- *Estabelecer metodologias de monitoramento e avaliação das ações de informação e informática desta Política no âmbito local; e*
- *Coordenar ações que promovam o desenvolvimento das instâncias públicas de informação e tecnologia da informação em saúde.*

A reunião em que foi debatido o tema de qualidade dos dados do Município de Aurora foi surpreendente, tanto pelo material levantado pelos técnicos em pesquisa à rede internet, como pelo debate sobre as possibilidades de atuar com os atuais processos de trabalho dos técnicos.

Identificaram a pertinência de iniciar monitorando o cumprimento dos prazos e dados a serem enviados ao Ministério da Saúde, a fim de não incorrerem em suspensão de transferência de recursos ao município. Porém, reconheceram que deveriam continuar nas reuniões seguintes o debate visando o entendimento das dimensões da qualidade dos dados¹⁸, para posteriormente elaborar uma proposta de monitoramento da qualidade dos dados do município de Aurora.

Como os sistemas de informação de saúde são organizados e estruturados no SUS?

Olga comentou em reunião ordinária da CIR a respeito da estruturação dos sistemas de informação existentes no SUS. Referiu-se aos diversos sistemas que, historicamente, possuem um viés relacionado ao financiamento. Entretanto, Olga pontuou recentes estratégias como o e-SUS AB e o CMD, todos baseados no PEC, e com foco na qualidade dos dados caminham no sentido de disporem informações confiáveis para os gestores, profissionais de saúde e também para a população.

Olga explicou que os sistemas de uso da gestão municipal dividem-se basicamente em sistemas de cadastros que são estruturantes para inúmeros outros sistemas, em especial o CadsUS e CNES; sistemas da Vigilância em Saúde utilizados para o registro da situação epidemiológica, sanitária e ambiental, como por exemplo: SINAN, SINASC, SIM, SIVEP, entre outros, (ver Capítulo 11) e, ainda, sistemas de apoio logístico como HÓRUS, SIPNI e SICLON; sistemas de atenção básica em saúde como e-SUS AB, Bolsa Famí-

18 Lima CRA et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(10):2095-2109, out, 2009.

lia, e-SUS Território, entre outros; e sistemas de captação e processamento de informações ambulatoriais e hospitalares voltados para o faturamento, tais como SIA, SIH, APAC, BPA, RAAS, FPO, etc.

Adicionalmente Olga refere que há anos existe discussão acerca dos quantitativos de sistemas existentes e em uso nos municípios. A CIT estabelece diretrizes e ações que necessitam de sistema de informação. Ao longo do tempo, os sistemas foram desenvolvidos com a tecnologia disponível no momento. Já os gestores municipais, atuam em diferentes situações e dispõem de diferentes condições. É fato que temos muitos sistemas e em diferentes plataformas tecnológicas. Em algumas situações atendem a obrigação de envio ao Ministério da Saúde e pouco à gestão local embasando a tomada de decisão. Alguns gestores conseguiram avançar e contam com sistemas próprios, mais atuais e aderentes às necessidades locais.

Em quais situações os dados de saúde são públicos?

A legislação atual estabelece que os gestores devem manter pública a informação sobre os tipos de dados coletados, a forma de sua utilização e os procedimentos para o consentimento específico, no caso de crianças e adolescentes. Portabilidade de dados pessoais sensíveis, referentes à saúde, é permitida quando consentido pelo titular ou pela necessidade de comunicação para a adequada prestação de serviços de saúde suplementar. Quando se tratar de dados pessoais de crianças e de adolescentes, o gestor deverá atuar visando ao melhor interesse dos mesmos, com o consentimento específico e em destaque dado por pelo menos um dos pais ou pelo responsável legal.

A coleta poderá ocorrer sem o consentimento do responsável quando for necessária para contatar os pais ou o responsável legal, utilizados uma única vez e sem armazenamento, ou para sua proteção, e em nenhum caso poderão ser repassados a terceiros sem o consentimento de um dos pais ou responsável legal¹⁹.

Vitória recentemente informou em reunião da CIR acerca da publicação da Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, que dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet). Na ocasião, alertou para que os gestores se mantenham atentos aos futuros desdobramentos da lei, em especial sua relação às informações pessoais registradas nos diversos sistemas de informação em saúde existentes. No contexto de proteção dos dados é importante a rastreabilidade dos acessos, e, por vezes, busca-se a segurança das informações em saúde pessoal com o uso de certificado digital²⁰.

19 Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet).

20 Certificado Digital. Arquivo eletrônico que identifica, com segurança, pessoas (físicas ou jurídicas), fazendo uso de criptografia, tecnologia que assegura o sigilo e a autenticidade de informações.

Informação em saúde pessoal

Informação identificada de uma pessoa relacionada à sua saúde física ou mental, que podem incluir: a) informação sobre o registro de um indivíduo para prestação de serviços; b) informação sobre os pagamentos ou elegibilidade a respeito de um indivíduo; c) um número, símbolo atribuído para identificar univocamente o indivíduo para fins de assistência à saúde; d) informação oriunda de testes ou exames de substância ou parte do corpo; e) qualquer informação sobre a saúde de um indivíduo coletada durante o processo de assistência à saúde; e f) identificação de uma pessoa como profissional prestador da assistência em saúde (ISO27799:2008).

Como o Gestor fomenta a qualidade dos dados que subsidiam suas decisões no município?

Ao final da reunião da CIR, o secretário José Carlos resume a busca pela garantia da qualidade dos dados como um compromisso por assegurar o cumprimento de algo pré acordado ou estabelecido. Destaca que a gestão da informação deve contar com o engajamento dos envolvidos no ciclo da informação. De toda forma, considera ser possível e necessário iniciar um monitoramento da qualidade dos Dados²¹.

A Gestão da Informação no território do município está envolta em questões diversas e por vezes fora da governabilidade da SMS. Destacam-se tanto a crescente incorporação de tecnologias da informação, altamente dependentes de recursos financeiros, as definições elaboradas na esfera federal de gestão do SUS e o engajamento de todos os envolvidos na geração e uso das informações.

Ações em andamento no SUS apontam para a redução da fragmentação dos sistemas, ampliação da interoperabilidade com adoção de serviços que garantem a autonomia de arranjos locais, em conformidade às diretrizes da Estratégia e-Saúde para o Brasil.

21 Monitoramento da Qualidade dos Dados – ver no Programa de Governança da Informação CONASEMS/COSEMS disponível em www.conasems.org.br.

A gestão da informação, objetiva impactos positivos no SUS: nas condições de saúde da população à medida que decisões apoiadas em dados clínicos do próprio paciente tendem ser mais acertadas, mais oportunas. Não podemos deixar de considerar características individuais e condições de atendimento. Também há impacto positivo na gestão à medida que subsidiam decisões no sentido de otimizar os recursos disponíveis, evitam suspensão no fluxo de financiamento e de gastos desnecessários.

Os dados de má qualidade induzem à má gestão de recursos e podem gerar iniquidades. Portanto, deve-se ter especial atenção na qualidade dos dados que subsidiam o planejamento que direciona a gestão SUS.

Neste cenário, parece incontestável o reconhecimento das possibilidades do gestor municipal em atender às responsabilidades estabelecidas na Política Nacional de Informação e Informática.



CAPÍTULO

08

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO

Olga foi surpreendida com a chegada de uma decisão judicial determinando que ela forneça um medicamento de alto custo não previsto nos atos normativos do Sistema Único de Saúde (SUS). Preocupada com a situação, já que havia sido orientada a seguir os protocolos do SUS, e com o elevado custo para comprá-lo, Olga procura Thaís, assessora Jurídica do CO-SEMS, para discutir a situação e tirar outras dúvidas a respeito das constantes demandas judiciais.

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 assessora jurídica relata à Olga que a judicialização da saúde é crescente nas três esferas de governo e tem sido uma realidade na gestão municipal há pelo menos duas décadas¹, sendo expressivo seu crescimento nos municípios, sobretudo, por ser este o ente mais próximo tanto da população, quanto dos órgãos do sistema de justiça.

Thaís 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. Em alguns casos, o usuário demanda leitos de internação, em outros, 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 e expressas em suas 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.

Explica, ainda, que a gestão municipal de saúde deve ao máximo tentar promover o diálogo interinstitucional com o Poder Judiciário, Ministério Público e Defensoria Pública, a fim de demonstrar que todas as entidades almejam assegurar aos usuários do SUS o direito à saúde, e compreender os aspectos normativos e fáticos da gestão de saúde é um modo, também, de enfrentar a judicialização da saúde.

A assessora jurídica apresenta algumas situações à Olga em que a judicialização não é decorrente de falhas do município na prestação de serviços de saúde. São elas:

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 Art. 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”*. É válido ressaltar que o Supremo Tribunal Federal, ao interpretar os

1 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 dos anos 2000 que ela passou a ser um fenômeno de proporções consideráveis no SUS.

Arts. 5º, caput², e o referido Art. 196 da CF/88, consagrou o direito à saúde como consequência indissociável do direito à vida, assegurado a todas as pessoas (STF. 2ª Turma. ARE 685.230 AgR/MS, Rel. Min. Celso de Mello, DJe de 25/03/2013).

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, VII³, da Constituição, prestar, com 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 Art. 197 e 198 da CF, e da Lei 8080/90.

A Lei 12.401/11 é o marco legal da incorporação de tecnologias no SUS, na medida em que definiu como se dará, quais os critérios e prazos, 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 Art. 19-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

2 Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB/88), Art. 5º. Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes.

3 CRFB/88, Art. 30. Compete aos Municípios: VII - prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população;

ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na ANVISA.

Esse tema já foi objeto de debates e decisões no Supremo Tribunal Federal (STF) e no Conselho Nacional de Justiça (CNJ), mas em 2018, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) fixou teses firmando entendimento sobre os requisitos para o fornecimento de medicamentos não previstos nas listas oficiais do SUS. Vamos a eles.

Assim, para a concessão de medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS é necessário a presença cumulativa dos requisitos, aplicáveis para os processos que forem distribuídos a partir da conclusão do julgamento⁴ (04/05/2018):

- i) *Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS;*
- ii) *Incapacidade financeira do paciente de arcar com o custo do medicamento prescrito; e*
- iii) *Existência de registro do medicamento na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). STJ. 1ª Seção. REsp 1.657.156-RJ, Rel. Min. Benedito Gonçalves, julgado em 25/04/2018 (recurso repetitivo).*

O primeiro requisito remete às Jornadas de Direito da Saúde⁵, organizadas pelo CNJ, que aprovou o enunciado 15 tratando como deve ser o laudo médico. O STJ acolhe esse enunciado.

Enunciado 15: As prescrições médicas devem consignar o tratamento necessário ou o medicamento indicado, contendo a sua Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI), o seu princípio ativo, seguido, quando pertinente, do nome de referência da substância, posologia, modo de administração e período de tempo do tratamento e, em caso de prescrição diversa daquela expressamente informada por seu fabricante, a justificativa técnica.

4 SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Consulta Processual no REsp nº 1.657.156-RJ (2017/0025629-7) atuado em 08/02/2017. Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ATC&sequencial=86176508&num_registro=201700256297&data=20180921&tipo=91&formato=PDF>. Acesso em 25 abr. 2019.

5 Ver Jornadas em www.cnj.jus.br.

Cabe registrar a observação feita pelo magistrado Márcio André Lopes que este laudo médico não precisa ser assinado por médico vinculado ao SUS. E nesse ponto, cabe uma reflexão, tendo em vista que o Art. 28 do Decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei 8.080/90, estabelece requisitos cumulativos para o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica, previsão esta que não é observada pelo Poder Judiciário.

Dito isso, conclui-se que o laudo deve ser emitido pelo médico que assiste o paciente, seja ele público ou privado.

Observa-se também que o laudo médico deverá comprovar duas circunstâncias:

1ª) Imprescindibilidade ou necessidade do medicamento pleiteado para o tratamento da doença; e

2ª) Ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS.

Em outras palavras, o remédio pedido judicialmente deve ser imprescindível ou necessário e aqueles que existem no SUS não podem substituí-lo conforme o enunciado 14 da I Jornada de Direito da Saúde do CNJ.

Não comprovada a inefetividade ou impropriedade dos medicamentos e tratamentos fornecidos pela rede pública de saúde, deve ser indeferido o pedido não constante das políticas públicas do Sistema Único de Saúde.

O segundo requisito fixado pelo STJ qual seja a “incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito”, consiste na devida comprovação da hipossuficiência daquele que requer o medicamento, ou seja, que a sua aquisição implique o comprometimento da sua própria subsistência e/ou de seu grupo familiar. Não se exige comprovação de pobreza ou miserabilidade, mas, tão somente, a demonstração da incapacidade de arcar com os custos referentes à aquisição do medicamento prescrito.

Por fim, o terceiro requisito exigido pelo STJ é a “existência de registro na ANVISA do medicamento”. Exige-se que o medicamento pretendido já tenha sido aprovado pela ANVISA, conforme Art. 19-T, II, da Lei nº 8.080/90.

Tal previsão traz consigo a preocupação com a eficácia, a efetividade e a segurança do medicamento para com a vida e saúde do usuário do sistema.

Toda essa discussão aponta o debate sobre a violação do Princípio da Separação dos Poderes. Inexiste violação à Separação dos Poderes, neste caso, já que um dos papéis do Poder Judiciário é atuar para a efetivação dos direitos fundamentais, notadamente, nos direitos assegurados na Constituição, tendo como finalidade a implementação de políticas públicas, neste caso, a tutela do direito à saúde, direito fundamental. Ressalte-se que tanto

o STF quanto o STJ tem posição firmada sobre a questão^{6,7}.

O STJ também entende que o fato de o medicamento não integrar a lista básica do SUS não tem o condão de eximir os entes federados do dever imposto pela ordem constitucional, porquanto não se pode admitir que regras burocráticas, previstas em portarias ou normas de inferior hierarquia, prevaleçam sobre direitos fundamentais⁸.

Thaís e Olga concluem que o cenário da judicialização da saúde hoje provoca a refletir acerca dos diversos meios a serem estudados e implementados para minorar os impactos da judicialização na gestão municipal, como por exemplo, promover o diálogo interinstitucional entre os Poderes da República, para implantação de núcleos de apoio técnico, mas outras estratégias também poderão ser pensadas para enfrentar esse desafio.

Thaís: Hoje, além da imposição de aquisição de medicamentos pelas decisões judiciais, tem-se também, como demanda judicial emergencial, a questão do acesso aos leitos de UTI. Se tal demanda ainda não bateu na sua porta, Gestora, esteja certa que um dia ainda vai bater, afinal, este é um assunto complexo (que envolve vários aspectos dentro da saúde pública) e extremamente preocupante para a gestão.

Geralmente, as decisões judiciais que impõe ao gestor o “cumpra-se em 24h”, desconsideram a capacidade física, instalada e operacional do município e de sua referência, não aborda os gargalos da regulação, financiamento e muito menos a implementação de redes de atenção à saúde e o fortalecimento da regionalização do SUS, a descentralização das ações e serviços para as regiões de saúde.

Olga: Estou pensando aqui em estratégias para orientar como lidar com a judicialização em Vila SUS.

6 STF. 1ª Turma. ARE 947.823 AgR, Rel. Min. Edson Fachin, julgado em 28/6/2016.

7 STJ. 2ª Turma. REsp 1.488.639/SE, Rel. Min. Herman Benjamin, DJe 16/12/2014.

8 STJ. 1ª Turma. AgInt no AREsp 405.126/DF, Rel. Min. Gurgel de Faria, DJe 26/10/2016.

Criação de Grupo de trabalho permanente sobre judicialização da saúde composto por técnico da Assistência Farmacêutica, técnico da área da regulação, do controle interno e da assistência social.

Finalidade do GT:

- » produzir diagnóstico da judicialização e constituir-se em equipe de referência para subsidiar pareceres para recursos frente a decisões judiciais e discussões mais qualificadas com a procuradoria do município;
- » apoiar a construção e qualificação da REMUME (ver Capítulo 5) a partir da real necessidade de saúde da população de Vila SUS;
- » orientar procedimentos para a garantia da regularidade de abastecimento de insumos e medicamentos (ver Capítulo 6);
- » apoiar a qualificação das equipes municipais para uso da REMUME e de protocolos clínicos normatizados pelo SUS, com especial atenção para a prescrição médicas fora das normativas;
- » apoiar a busca ativa de usuários demandantes da judicialização visando identificar sua hipossuficiência financeira;
- » participar do processo de planejamento do município (ver Capítulo 1) visando pautar a adequação do acesso e capacidade do município frente a necessidade da população;
- » criar relatórios para monitoramento e avaliação bem como subsidiar a programação;
- » elaborar proposição de temas afins para debate na CIR visando o estabelecimento de responsabilidades principalmente no acesso as referências de média e alta complexidade regionais e estaduais.

É inquestionável a relevância de espaços de debate, propostas e reflexões (câmaras de conciliação e mediação, núcleos de apoio técnico, por exemplo) para que todas as questões que afligem a gestão possam ser enfrentadas em conjunto com o Judiciário, Ministério Público e Defensoria em prol, não apenas do direito individual de um cidadão, mas do fortalecimento como um todo do Sistema Único de Saúde.

Isso é tão verdade que, em 2018, a Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro (LINDB⁹), sofreu uma grande alteração, inserindo dispositivos que impactarão sobremaneira na gestão pública, na segurança jurídica no âmbito do Direito Público. As decisões nas esferas administrativa, controladora e judicial deverão levar em consideração a realidade fática, as peculiaridades locais em que se insere o SUS. Não se pode decidir com base em um valor jurídico abstrato sem levar em consideração as consequências práticas da decisão¹⁰.

Considerando que neste cenário a gestão municipal lida com diferentes instituições com responsabilidades distintas, convém esclarecer quais são os papéis e qual a correlação dessas demandas judiciais com o Judiciário, Ministério Público e Defensoria Pública.

9 O Decreto-Lei 4.657 de 1942 - Lei de Introdução as Normas do Direito Brasileiro, LINDB, é uma norma de sobredireito, *lex legum*, com um conjunto de regras e princípios que orientam a interpretação, aplicação, vigência, revogação, entre outros temas sobre o ordenamento jurídico brasileiro.

10 LINDB: Art. 20. Nas esferas administrativa, controladora e judicial, não se decidirá com base em valores jurídicos abstratos sem que sejam consideradas as consequências práticas da decisão. (Incluído pela Lei nº 13.655, de 2018).

MINISTÉRIO PÚBLICO

A Constituição estabelece em seu Art. 127¹¹ que cabe ao órgão ministerial, instituição permanente e essencial à função jurisdicional do Estado, a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis. Entre as atribuições estão:

- *receber denúncias e reclamações da população e instaurar ações judiciais no Poder Judiciário;*
- *expedir recomendações para órgãos públicos para que os agentes públicos possam agir conforme o mandamento constitucional e infraconstitucional, celebrando termo de ajustamento de conduta (TAC)¹²;*
- *Zelar pelo patrimônio público e pelo efetivo respeito aos direitos e interesses indisponíveis proclamados pela nossa Constituição.*

DEFENSORIA PÚBLICA

Tem respaldo constitucional na promoção dos direitos humanos e na defesa dos direitos individuais e coletivos, nos termos do Art. 134 da CRFB/88¹³. Tem entre as atribuições:

- *prestar orientação jurídica;*
- *exercer a defesa dos necessitados em todos os graus de jurisdição;*
- *promover, prioritariamente, a solução extrajudicial dos conflitos visando sua adequada solução consensual¹⁴;*
- *propor a celebração de um TAC.*

11 CRFB/88, Art. 127. O Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis.

12 Conselho Nacional do Ministério Público. Portal de Direitos Coletivos – o que é termo de ajustamento de conduta. Disponível em:

<<http://www.cntp.gov.br/direitoscoletivos/index.php/4-o-que-e-o-termo-de-ajustamento-de-conduta>>. Acesso em 31 jan. 2019.

13 Art. 134. A Defensoria Pública é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe, como expressão e instrumento do regime democrático, fundamentalmente, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados, na forma do inciso LXXIV do Art. 5º desta Constituição Federal. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 80, de 2014).

14 Lei Complementar n.º 80 de 1994 - Organiza a Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e dos Territórios, e prescreve normas gerais para sua organização nos Estados, e dá outras providências. Art. 4º, incisos I – prestar orientação jurídica e exercer a defesa dos necessitados, em todos os graus; e inciso II – promover, prioritariamente, a solução extrajudicial dos litígios, visando à composição entre as pessoas em conflito de interesses, por meio de mediação, conciliação, arbitragem e demais técnicas de composição e administração de conflitos;

PODER JUDICIÁRIO

Para falarmos da função do judiciário é importante rememorar um princípio que é o da inafastabilidade da jurisdição. Isto pois, é também um direito de todos ter acesso ao Poder Judiciário quando se sentirem lesados ou com a ameaça de lesão a um direito, de modo que surgirá aí a atuação do estado-juiz para dar uma solução ao caso concreto. É o que diz o Art. 5º, inciso XXXV15 da nossa Constituição Cidadã.

A decisão judicial que chega na mesa do gestor impõe uma medida a ser adotada pela gestão, um comando ao qual o gestor terá que cumprir no prazo consignado na decisão, sob pena de incorrer em crime de desobediência. (ver Capítulo 6 – licitação dispensável).

Thaís aponta para Olga a necessidade de reflexão entre os diversos atores sociais para enfrentar tamanho desafio da judicialização, visando aprimorar o nosso sistema de saúde. Resta claro que, seja qual for o modo utilizado para driblar as altas demandas de judicialização, o conhecimento técnico, de gestão - em todos seus aspectos financeiro-orçamentários, planejamento etc., é o nosso maior aliado.

Para tanto, instrumentalizar os procuradores jurídicos¹⁶ que lidam diariamente com a judicialização com informações técnicas da política pública de saúde, agregará positivamente no diálogo interinstitucional, na defesa administrativa e judicial da gestão da saúde.

Nesse contexto de soluções alternativas à judicialização, o TAC surge como um acordo extrajudicial firmado, em regra, entre o Ministério Público ou Defensoria Pública e o órgão público municipal.

O Termo de Ajustamento de Conduta é um instrumento legal, previsto na Lei n.º 7.347 de 1985¹⁷. O objetivo do TAC é prevenir, reparar ou

15 CRFB/88, Art. 5º, inciso XXXV - a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito;

16 Pelo Código de Processo Civil de 2015, no Art. 75, inciso III, prevê que o ente municipal poderá ser representado em juízo pelo prefeito ou pelo procurador. Diversamente do que ocorre com o ente público estadual e federal os quais são representados por procuradores - advogados públicos, organizados em carreira e admitidos por concurso público. Assim, pela ausência de previsão expressa na Constituição e na lei processual civil da necessidade de concurso público para a contratação de procuradores jurídicos municipais, a defesa judicial e extrajudicial do município, especialmente das secretarias municipais de saúde não são acompanhadas, via de regra, pela qualidade técnico-jurídica imprescindível para o enfrentamento e para o diálogo sobre a judicialização do SUS.

17 Art. 5º, § 6º da lei 7.347/85 - disciplina a ação civil pública e prevê que os órgãos públicos legitimados poderão tomar dos interessados compromisso de ajustamento de sua conduta às exigências legais, mediante cominações, que terá eficácia de título executivo extrajudicial .

fazer cessar os danos em questão, impondo uma obrigação de fazer, de não fazer, dentre outros compromissos. E por ser o TAC um instrumento com eficácia de título executivo, em caso de descumprimento, poderá sujeitar a parte ao pagamento de multa e quem sabe uma execução das obrigações pactuadas.

Então, faz-se necessário ao gestor do SUS o conhecimento das circunstâncias que resultaram na pactuação do TAC, as consequências (prós e contras) do termo, a fim de ponderar, no caso concreto, se é viável firmar ou não o TAC.

O Código de Processo Civil (CPC) de 2015¹⁸, por sua vez, tem dentre suas normas fundamentais a previsão de que cabe ao Estado promover, sempre que possível, a solução consensual dos conflitos¹⁹.

E estabelece, ainda, que os entes públicos criam câmaras de mediação e conciliação para, por exemplo, dirimir conflitos envolvendo órgãos e entidades da administração pública, podendo, quando for o caso, celebrar termo de ajustamento de conduta. Como os NAT (Núcleo de Apoio Técnico) que foram criados em alguns Municípios.

O NAT é constituído por meio de um Termo de Cooperação Técnica firmado entre o executivo e o judiciário. Através do NAT são elaborados pareceres técnicos que municiam os operadores do direito com informações sobre a política de saúde desenvolvida, entre outros assuntos afetos à assistência à saúde.

No Estado onde se localiza Vila SUS, pioneiro na instituição do NAT, foram criadas alternativas à judicialização com o compartilhamento de informações técnicas inerentes à gestão de saúde (função consultiva) fomentando o diálogo entre as instituições a fim de articularem soluções administrativas prevenindo e, em certos casos, até mesmo evitando a judicialização (função resolutive).

Concluindo, Olga aponta que não basta ter argumentos jurídicos embasados na legislação do SUS e resumidos na expressão “saúde como direito de todos e dever do Estado”. É preciso que todos juntos (Executivo, Legislativo, Judiciário, Ministério Público, Defensoria, Advocacia Pública e sociedade)

18 Art. 174 do CPC/15: A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios criarão câmaras de mediação e conciliação, com atribuições relacionadas à solução consensual de conflitos no âmbito administrativo, tais como:

I - dirimir conflitos envolvendo órgãos e entidades da administração pública;

II - avaliar a admissibilidade dos pedidos de resolução de conflitos, por meio de conciliação, no âmbito da administração pública;

III - promover, quando couber, a celebração de termo de ajustamento de conduta.

19 Código de Processo Civil, Lei n.º 13.105 de 2015, Das Normas Fundamentais do Processo Civil:

Art. 3º: Não se excluirá da apreciação jurisdicional ameaça ou lesão a direito. § 1º É permitida a arbitragem, na forma da lei. § 2º O Estado promoverá, sempre que possível, a solução consensual dos conflitos. § 3º A conciliação, a mediação e outros métodos de solução consensual de conflitos deverão ser estimulados por juizes, advogados, defensores públicos e membros do Ministério Público, inclusive no curso do processo judicial.

cuidem de implementar, na medida de suas competências e atribuições, a ordem social estabelecida na Constituição com todo o alcance que se espera das normas jurídicas, deixando de ser uma “carta de intenções”, sob pena de fragilizar e fragmentar o nosso SUS.

PARA SABER MAIS:

» Coletânea Direito à Saúde: Os desafios vinculados aos diálogos institucionais. CONASS, p.19

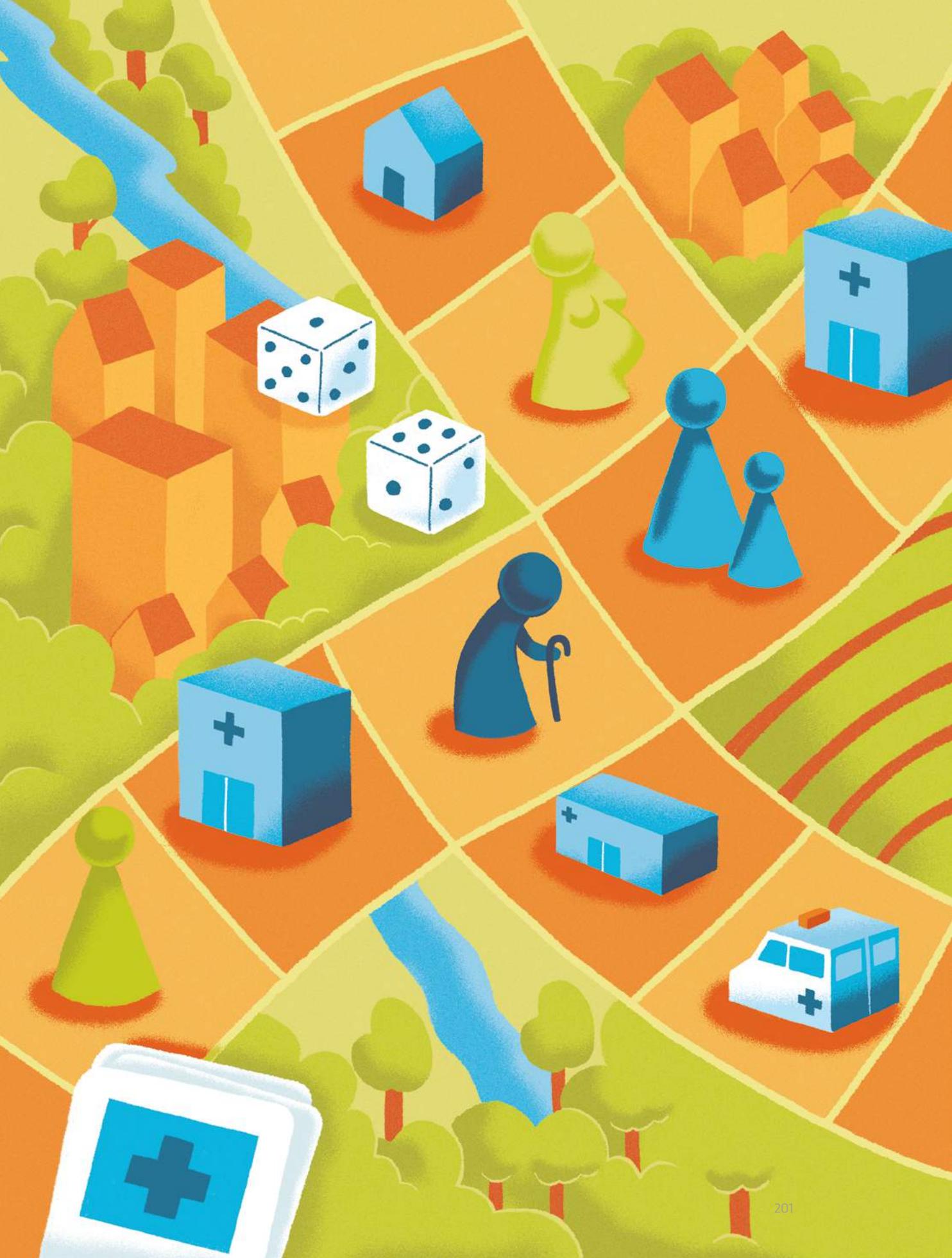
CAPÍTULO

09

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO NO TERRITÓRIO

Cumprindo o calendário de reuniões da CIR, os secretários municipais de saúde da região de Vale Feliz reúnem-se mais uma vez com o coordenador da região pela SES, Jorge e a apoiadora regional do COSEMS, Vitória. Um dos pontos da pauta é a avaliação da rede de atenção à saúde da região. Foi solicitado que cada secretário fizesse sua exposição.

Vitória sugere que Olga comece a relatar a sua experiência de realização de uma oficina de avaliação em seu município da qual participou como convidada.



Olga então inicia ponderando que, apesar de todo avanço da AB de seu município nos últimos dois anos, foram identificadas algumas questões que dificultaram os fluxos de organização do sistema de saúde da região que precisam ser discutidos nesse fórum.

O: O primeiro caso foi de uma gestante de 16 anos que, apesar de ser moradora de área coberta por uma equipe de saúde da família, só acessou a mesma em seu último trimestre. Conseguimos que ela ainda fizesse três consultas.

V: Olga, conta como foi o desdobramento desse caso? Alguém da região o acompanhou?

O: A equipe de AB da Estratégia de Saúde da Família, responsável pela gestante, teve muitas dificuldades em acompanhar o caso pois, além do início tardio do pré-natal, ela apresentava queixas de fortes dores articulares, falta de ar, cansaço e tonteiças, que não melhoravam com nenhum analgésico. Conversando com sua mãe que, infelizmente, só apareceu na última consulta, ela relatou que esses sintomas apareceram antes da gestação. A minha coordenadora de AB, Valéria, junto à equipe que a atendeu, atentaram ao fato que esse conjunto de sinais e sintomas tinham uma relação direta com as especificidades da saúde da mulher negra que apresentam um elevado risco de serem portadoras do traço falcêmico (anemia falciforme), sendo solicitados então um conjunto de exames. Com o resultado veio a confirmação de doença falciforme e fizemos o encaminhamento para o especialista.

I: Olga, vocês conseguiram rapidamente?

O: Infelizmente não! Tentamos até um telefonema para um colega de turma mas não conseguimos.

J.C: Fiquei sabendo do caso porque a paciente quando deu entrada na nossa maternidade apresentou uma crise fortíssima de dores articulares e falta de ar, entrando em trabalho de parto em seguida. Solicitamos à equipe da AB de Vila SUS seu histórico e só então soubemos do diagnóstico de Anemia Falciforme.

J: Como assim??? Olga, não houve a comunicação entre a AB e a maternidade? A gestante não levou a caderneta? Cadê esse Agente Comunitário de Saúde? Ele é crucial nessa relação!

O: Essa é a razão dos meus cabelos brancos!!! – (fala suspirando) - Realmente ainda tem acontecido esse tipo de problema de integração da rede, que tem a ver com a organização do cuidado no território na perspectiva da integralidade. Isso significa que, tanto os profissionais, como os gestores,

devem compreender que a construção RAS e sua operacionalização pode ultrapassar os limites territoriais. Se o hospital em questão estiver situado em outro município, na prática, se trata de um serviço que integra a mesma rede de atenção à saúde da de Vila SUS, juntamente com as unidades de AB. E vou além, essa dificuldade é sentida principalmente pelos municípios de pequeno porte, como o nosso, justamente porque a nossa rede é formada por unidades e serviços especializados, que boa parte são oferecidos e localizados em outros municípios e, dependendo do especialista, só encontraremos na rede estadual ou até em outros estados. Pra vocês entenderem a complexidade do caso, a mãe ainda desenvolveu depressão pós-parto e eu estou sem psicólogo no NASF. Vamos ter que pensar alguma alternativa para qualificar esse cuidado tanto da mãe, quanto do bebê.

Nesse momento todos ficaram reflexivos pensando nos problemas de seus municípios enquanto Jorge levanta em busca de um café e Vitória o acompanha com o olhar para saber se ele vai voltar para a reunião ou vai embora. Constata que ele vai na copa pegar um café e não demora a chamá-lo de volta.

V: Jorge, bebe logo esse cafezinho porque a reunião vai render e a solução para nossa região precisa muito do apoio do Estado.

J: Já estou voltando, Vitória! (resmungando aborrecido) - Eu sabia do caso, mas acredito que há de se melhorar o canal de integração no âmbito da RAS entre a AB e unidades hospitalares e especializadas, afinal, a AB não é a ordenadora do sistema e coordenadora do cuidado? (cutucando a Olga).

O: Um momento! A dificuldade da rede não está só na AB não! Nesses dois anos tenho investido bastante em sua melhoria. Ainda está longe da perfeição! Creio que nosso desafio agora é, para além de fortalecer a AB, coisa que eu já venho fazendo, tomarmos mais decisões com deliberações que garantam o compromisso e papel de cada gestor com a responsabilidade pública com a integralidade do cuidado. Isso que é garantir o direito à saúde! O resto é conversa!

V: Jorge, nesse aspecto que Olga levantou temos o compromisso em apoiar a regionalização da saúde envolvendo todos os gestores dos municípios para que entendam, de uma vez por todas, que não é possível uma RAS sem uma AB forte em cada município e bem articulada com as unidades especializadas e os serviços hospitalares – também urgência e emergência - mesmo que ultrapassem os limites do seu próprio território.

J: A Olga tem razão! De fato, não é somente a AB de Vila SUS que deve estar organizada e sim a AB de todos os municípios que compõem a região. Acredito também num papel mais proativo das unidades hospitalares e especializadas nesse movimento de integração.

Olga percebe que a RAS se apresenta 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 saúde¹ têm contribuído para a reorganização 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 saúde² devem ser organizadas na perspectiva da integralidade do cuidado e pensadas como parte de uma ampla rede de produção de saúde³, o que requer de Olga, assim como os demais gestores municipais, se apropriarem de noções, conceitos, diretrizes e normativas importantes tanto para sua construção, como sua operacionalização.

O primeiro deles é o conceito de Atenção à Saúde, que significa incluir na oferta dos serviços municipais, estaduais e federais, as ações de assistência à saúde, de promoção, de prevenção, reabilitação, de vigilância, da assistência farmacêutica e apoio diagnóstico. Para sua operacionalização será exigido 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 saúde⁴.

É preciso entender que os processos assistenciais são parte integrante e não a totalidade das redes de atenção à saúde⁵. 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

1 KUSCHNIR, R; CHORNY, AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-16, 2010.

2 SILVA, SF et al. In: *Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde*. Campinas. 2008. p. 201-201.

3 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.

4 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;

5 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 Conference on: Rethinking "the Public" in Public Health: Neoliberalism, Structural Violence, and Epidemics of Inequality in Latin América.

(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 atendimentos⁶.

Dessa forma, incorporar ideia de integralidade do cuidado como vetor ético-político-organizativo de orientação das práticas eficazes na construção da RAS e na organização do cuidado no território se torna uma exigência irrefutável para a gestão municipal da saúde. Isto significa assumir a centralidade no usuário cujo planejamento e organização do cuidado seja capaz de não reduzi-lo a objeto.

Partimos do pressuposto que o cuidado em saúde não é apenas um nível de atenção do sistema de saúde ou um procedimento técnico simplificado, mas uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o 'direito de ser'. Pensar o direito de ser na saúde é ter 'cuidado' com as diferenças dos sujeitos – respeitando as relações de etnia, gênero e raça – que são portadores não somente de deficiências ou patologias, mas de necessidades específicas⁷. Saúde é direito de todos e dever do Estado é o que preconiza a Constituição de 1988!

'Cuidado em saúde' é o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento – em grande medida fruto de sua fragilidade social –, mas com qualidade e resolutividade de seus problemas. Como prática é uma ação integral fruto do 'entre-relações' de pessoas, tais como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo.

Para que as redes de atenção à saúde se configurem como produtoras de saúde, devem ser capazes de fomentar, suportar e fortalecer práticas cuidadoras. Entende-se o cuidado em saúde⁸ como uma ação resultante da interação entre usuários, trabalhadores e gestores que, sob a ótica da integralidade, não se limita apenas às competências e tarefas técnicas. Abarcando dessa forma, o acolhimento, o vínculo e uma escuta qualificada dos usuários em suas demandas e necessidades de saúde. Trata-se de uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento como escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e história de vida. Se, por um lado, o 'cuidado em saúde', seja dos profissionais ou de outros relacionamentos, pode diminuir o impacto do adoecimento, por outro, a falta de 'cuidado' – ou

6 MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, v. 549, 2011.

7 Ver Pereira, Isabel Brasil. Dicionário da educação profissional em saúde / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. 2.ed. rev. ampliada. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p.

8 PINHEIRO, R. Cuidado em saúde In: Pereira, Isabel Brasil. Dicionário da educação profissional em saúde / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. 2.ed. rev. ampliada. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p.

seja, o descaso, o abandono, o desamparo – pode agravar o sofrimento dos pacientes e aumentar o isolamento social causado pelo adoecimento⁹.

Tomando como referência o caso apresentado por Olga na reunião da CIR, podemos identificar que para construir a RAS na perspectiva da integralidade do cuidado, requer assumir o atributo da AB como ordenadora do sistema municipal de saúde: a longitudinalidade do cuidado. Tal conceito significa acompanhar o usuário ao longo do tempo na sua busca por resolução de suas demandas e necessidades nas redes de serviços de saúde.

Muitos gestores e técnicos da área de saúde partem do entendimento 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. É importante ressaltar que não basta ampliar a oferta de serviços e procedimentos sem a devida articulação do cuidado com ações de outros setores, partindo do princípio que o processo de adoecimento não é somente biológico, e sim o conjunto da ação de fatores sociais e subjetivos no território. Caso esses fatores não sejam considerados, podemos ter uma oferta pautada em estratégias que ignorem ou desmereçam a história de vida ou dos percursos já traçados por dentro da rede pelo usuário¹⁰. Não podemos ignorar que boa parte dos serviços de saúde utilizados contribuem para os processos de medicalização¹¹ e produzem mais dependência e adoecimento.

9 O modelo biomédico que orienta o conjunto das profissões em saúde, ao se apoiar nos meios diagnósticos para evidenciar lesões e doenças, afastou-se do sujeito humano sofredor como totalidade viva e permitiu que o diagnóstico substituísse a atenção e o 'cuidado' integral à saúde. Entretanto, mais do que o diagnóstico, os sujeitos desejam se sentir cuidados e acolhidos em suas demandas e necessidades. Ver Pinheiro, R. Cuidado em Saúde In: Pereira, Isabel Brasil. Dicionário da educação profissional em saúde / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. 2.ed. rev. ampliada. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p.

10 Na tentativa de manter esses fatores no "radar" da formulação de políticas mais abrangentes, podemos observar a existência das trajetórias assistenciais como práticas que permitem conhecer e analisar as experiências de adoecimento do usuário, como escolhe e avalia, e se adere ou não aos tratamentos prescritos, mas em redes sociais, que podem incluir ou não as redes de serviços. Ver Pinheiro, R.; Silva Junior, A.G.; Mattos, R.A.(Orgs). Atenção Básica e Integralidade: Contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008. 360p.

11 Medicalização é o processo pelo qual o modo de vida dos homens é apropriado pela medicina e que interfere na construção de conceitos, regras de higiene, normas de moral e costumes prescritos – sexuais, alimentares, de habitação – e de comportamentos sociais. Este processo está intimamente articulado à ideia de que não se pode separar o saber - produzido cientificamente em uma estrutura social - de suas propostas de intervenção na sociedade, de suas proposições políticas implícitas. A medicalização tem, como objetivo, a intervenção política no corpo social. Cf. LUZ, Madel Therezinha. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro, Campus, 1988; LUZ, Madel Therezinha. Racionalidades médicas: diagnose e terapêutica: médicos e pacientes no dia a dia institucional. (Relatório técnico final da segunda fase do projeto Racionalidades Médicas). Rio de Janeiro, Departamento de Planejamento e Administração em Saúde, Instituto de Medicina Social, UERJ, 1997. Cf. também, a série de relatórios, seminários e trabalhos produzidos para o Projeto Racionalidades Médicas, arquivados na biblioteca do IMS/UERJ.

Frequentemente a atenção à saúde é tida como fragmentada, descontínua, dispendiosa, focal e pautada pela necessidade de “apagar incêndios”. A agenda de gestores e trabalhadores está diariamente tomada 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 RAS¹². Por isso é fundamental que o gestor municipal de saúde se aproprie desses conceitos auxiliando na operacionalização de uma rede integrada, no planejamento e monitoramento.

Nesse propósito, é preciso partir do entendimento que, seja qual for o território, já existem neles redes de produção de saúde, cujas práticas necessitam de um acompanhamento das equipes, conjuntamente com gestores e usuários para avaliar se são cuidadoras ou não. Quando um serviço de saúde é implantado em um território há, necessariamente, uma interferência causada nestas redes. Essa interferência poderá causar uma nova conformação, seja potencializando e ampliando práticas de cuidado ou, pelo contrário, promovendo práticas clínicas degradadas ou pautadas apenas em oferta de procedimentos técnicos e reducionistas.

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, secretária de saúde de Vila SUS, recebe Vitória, apoiadora do COSEMS, 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.

12 SILVA et al, 2008; BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasil, Ministério da Saúde, 2017.; KUSCHNIR, R; CHORNY, AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Ciência e 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.

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 com participação da sociedade. Este diagnóstico¹³ diz respeito ao desempenho concreto alcançado pelos serviços de saúde existentes no território, configurados como equipamentos de saúde, nos diversos pontos de atenção^{14, 15}. 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.*

13 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 colocá-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 negociação e colaboração.

14 Pontos de atenção são entendidos como espaços que ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. Ver Art. 2º do Capítulo I e Anexo I da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 (Anteriormente Portaria MS/GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010).

15 Cf. PINTO, CAG. Diagnóstico compartilhado no trabalho das equipes de saúde da família. Manual de Práticas em AB: 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 AB. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB: AMAQ. Material de Apoio a Autoavaliação para as equipes de AB (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 problemas¹⁶:

- *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 Rede¹⁷

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 co-responsabilidade solidária, entre municípios, estados e união, que conformam a Região de Saúde¹⁸.

Cabe lembrar que 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 compõe o sistema municipal 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 saúde¹⁹.

16 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.

17 SILVA, SF et al. In: Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. 2008. p. 201-201

18 Ver no Capítulo 1 conceito de Região de Saúde.

19 (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

Muitos gestores acreditam que a base territorial de responsabilidade ou adscrição de clientela só é possível quando se trata de AB e especificamente da estratégia de saúde da família²⁰. Isto é um equívoco. A territorialização²¹ 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 AB e, como princípio ordenador estruturante para as redes de atenção à saúde, deve ser adotada para todos os níveis de atenção. O apoio à racionalidade das redes de atenção à saúde é a equação entre escala e escopo na definição das ofertas necessárias diante das demandas²² de ações de saúde da população. 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 implementação²³.

Como regra geral teremos na base menos agregada as micro-áreas e áreas de responsabilidade de equipes de AB. A meta de qualquer gestor municipal deve ser ter seu território 100% coberto com equipes de AB. Na estratégia de saúde da família temos a micro-área como o menor recorte territorial sob responsabilidade do Agente Comunitário de Saúde e sua equipe de referência²⁴. No nível de agregação seguinte temos a área de responsabilidade de uma equipe, composta de um conjunto de micro-áreas. 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.

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,

20 PARA SABER MAIS, VER CAPÍTULO 1 e 2.

21 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.

22 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, Rio de Janeiro, v. 1, 2001.

23 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de AB. Política Nacional de AB. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em saúde). A PNAB se encontra, atualmente, no Anexo XXII e Anexo 1 do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 (anteriormente Portaria MS/GM nº 2.436/2017).

24 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 partir do estabelecimento de vínculos longitudinais com as famílias, indivíduos e comunidades. É precisamente essa forma longitudinal de vinculação que permite à AB 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 AB, mas que, a cada período, apenas uma parcela da população necessitará das ações de outros pontos de atenção²⁵. Entende-se ainda, que quanto mais resolutiva a AB, 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 Saúde²⁶. 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 social²⁷, 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 governança²⁸ e planejamento regional²⁹ tais como na CIR, na macrorregião e na CIB.

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 rápida³⁰, assim como avaliação na perspectiva do usuário³¹. 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.

25 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.

26 BRASIL. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados. Brasília: CONASS, 2011. (CONASS Documenta, n. 23).

27 PARA SABER MAIS, VER CAPÍTULO 2.

28 PARA SABER MAIS, VER CAPÍTULO 16.

29 PARA SABER MAIS, VER CAPÍTULO 1.

30 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, nº 11. Brasília: OPAS-Representação do Brasil, 1993.

31 Ouvidoria, Avaliação de Satisfação do Usuário, Conselho de Saúde, entre outros.

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, o que acabam incentivando a formação de 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 melhores³².

Para pautar o sistema municipal com enfoque nas necessidades de saúde³³, o gestor poderá basear-se em um mapa de saúde dos territórios, o que permitirá planejar e acompanhar o desempenho da rede³⁴, além de 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 AB, 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 grupos³⁵.

A partir do perfil de morbimortalidade populacional é possível eleger focos prioritários do sistema para a programação de ações. Na forma de

32 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 estágio 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.

33 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

34 PARA SABER MAIS, VER CAPÍTULO 1.

35 PARA SABER MAIS, VER CAPÍTULO 9.

‘redes temáticas’ ou na forma de ‘linhas de cuidado’³⁶, pode-se compor um conjunto coerente de ações, articulando-se os diversos níveis de atenção, explicitando seus papéis e fluxos, 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 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.

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 Protocolo para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, às gestantes o Pré-Natal, ao bebê as ações de Puericultura, e assim por diante), procurando controlar o imenso número de variáveis 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 programáveis³⁷.

36 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, Rio de Janeiro, 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, São Paulo, v. 2, p. 125-34, 2003.

37 OLIVEIRA, GN. O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

Ampliando a capacidade de inclusão da Rede

As redes de atenção só mostram sua real capacidade resolutive quando se tornam permeáveis às demandas populacionais e captam suas necessidades. Deve haver tantas Portas de Entrada³⁸ quanto possível. Isso quer dizer que é preciso configurar Portas de Entrada eficazes, capazes de estabelecer contato, escuta qualificada e ofertar vínculo³⁹. Em razão disto se diz que a AB é Porta de Entrada preferencial do sistema de saúde e das RAS. Pois é na AB que está a capacidade máxima de estabelecer contato e escuta em tempo oportuno, o mais próximo possível da comunidade e estabelecer uma vinculação longitudinal⁴⁰. As portas de entrada, tais como serviços de urgência e emergência e outros serviços ‘porta-aberta’, também 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 AB.

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 serviço⁴¹.

O processo pelo qual se cria condições organizacionais para estabelecimento da escuta qualificada, com estabelecimento e fortalecimento de vínculo, é o Acolhimento⁴². O Acolhimento é uma diretriz de modelos de atenção sintonizados com os princípios e diretrizes do SUS. 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

38 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.

39 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.

40 CECILIO, LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cadernos de saúde pública, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.

41 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. São Paulo, Hucitec, 2000. p. 29-47.

42 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.



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 concretos⁴³.

O princípio geral do acolhimento⁴⁴ 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.

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.

43 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasil, Ministério da Saúde, 2017. Cf. Art. 2º do Capítulo I e Anexo I da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010).

44 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.

O gestor deve apostar que, em condições minimamente razoáveis de trabalho, com acesso a processos de Educação Permanente⁴⁵ regulares, processos de trabalho em coordenados e vínculos de trabalho decentes⁴⁶, a maioria dos trabalhadores exerce as funções de acolhimento sem grandes dificuldades⁴⁷.

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 AB. Uma das tarefas do gestor municipal para por em prática esse princípio da coordenação do cuidado consiste em retomar a idéia 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 exi-

45 PARA SABER MAIS, VER CAPÍTULO 4.

46 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.

47 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.

me o gestor e a equipe da sua responsabilidade sanitária. Uma vez que este usuário se vincula a uma equipe de saúde, ele terá acesso à oferta 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 NASF e com equipamentos sociais do território.

Quando as necessidades de saúde deste usuário ultrapassam o escopo da AB, 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 Saúde⁴⁸.

Nos sistemas tidos como fragmentados, quando isso acontece o usuário é 'encaminhado' para um serviço de referência, seguindo o fluxo de referência e contrarreferência. Como 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 fluxo desordenado de usuários, criam inúmeras barreiras de acesso. Estes serviços de referência também encontram frequentemente dificuldades para transferir o vínculo dos usuários de volta para a AB, 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 do seu território de origem⁴⁹.

Entende-se como estratégias fundamentais para o enfrentamento de tais dificuldades: 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 guia comuns para toda a rede, que respeitem o escopo de cada nível de atenção e serviço de saúde. Além dessas soluções existem dispositivos de coordenação do cuidado⁵⁰ que podem ser adotados, facilitando a coordenação entre equipes em rede, tais como o apoio matricial especializado e instrumentos de transferência responsável do cuidado.

48 PARA SABER MAIS, VER OS CAPÍTULOS 9, 13 e 14.

49 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.

50 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.

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.

Após essa apresentação das etapas, Vitória concluiu:

V: As políticas nacionais relacionadas às RAS 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 estratégicas⁵¹. 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, ainda mais quando a preocupação está em ampliar a capacidade de produção de saúde e cidadania e não exclusivamente racionalizar recursos arbitrariamente distribuídos. 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, e principalmente, porque a sua realização plena pode representar uma oportunidade para a afirmação dos princípios e diretrizes do SUS.

Organização do Cuidado no Território

Em preparação para a próxima reunião da CIR, Olga e sua equipe (Eduardo, Fernanda, Lúcia e Valéria) se debruçam sobre um caso em que acabam de tomar ciência por conta do recebimento de uma demanda judicial para Transporte Sanitário (TS) de um paciente que irá iniciar Tratamento Renal Substitutivo (TRS) na Clínica de Hemodiálise de Girassol.

Ao começarem a destrinchar o caso, ficam sabendo que o reclamante é um senhor de 67 anos de idade, hipertenso e diabético, que sofreu uma amputação recentemente.

O: Valéria, você já sabia desse caso?

51 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.

V: Olga, assim que recebemos a notificação judicial solicitei à equipe o histórico do usuário. Este senhor já é cadastrado há mais de dez anos e acompanhado pela equipe com dificuldade, uma vez que o mesmo não adere ao tratamento proposto, principalmente pelas restrições impostas pelas medicações e dietas que o mesmo deve seguir. Além disso é etilista.

O: Mas o que a equipe conseguiu fazer? Como tem sido esse acompanhamento?

V: Então, tudo começou a complicar, segundo a enfermeira da equipe, há cerca de três anos, quando o usuário começou a ter problemas de ereção. Ele dizia que os remédios é que o deixavam assim. Além disso, a dieta imposta não contemplava nada que ele gostava de comer. Desde então, tornou-se arredo. Faltava às consultas marcadas e ainda não queria receber nenhum profissional da equipe em Visita Domiciliar (VD).

O: Mas a equipe sabia que ele já estava com comprometimento renal?

V: Desconfiavam por alguns sintomas que a sua esposa que frequentava a unidade relatava à equipe, porém, sem contato e sem exames, não conseguiram fechar diagnóstico.

O: E a amputação?

V: A equipe só foi saber, mais uma vez, por meio da sua esposa, quinze dias depois, visto que ele deu entrada na emergência com o pé com diversos pontos necrosados. Ele recebeu alta e a AB não foi notificada pela equipe do hospital. Fica quase impossível desse jeito!

O: Já falei milhões de vezes com a Simone. Se contrarreferência já é difícil dos profissionais preencherem e devolverem de forma qualificada a atenção especializada prestada, imagina nesses casos que entram pela emergência. Eduardo, preciso que você reveja com a Simone o nosso protocolo para que a gente consiga garantir que a AB continue acompanhando os casos de todo e qualquer paciente que receba alta do hospital. E depois vamos costurar isso com o Jorge para os hospitais de Girassol e Aurora. Não é possível a Rede não conversar e termos o cuidado tão fragmentado desse jeito. Agora temos um caso de paciente diabético, hipertenso, amputado e que vai iniciar TRS sem que a AB soubesse da metade disso. É inaceitável que nada tenha sido feito pela AB para reverter a situação de abandono e acompanhar um paciente em processo crônico como esse, que acabou evoluindo fatalmente para esse desfecho. Os fluxos precisam estar bem estabelecidos e nós precisamos fiscalizar para que eles sejam postos em prática.

E: Pode deixar, secretária.

L: A regulação nem ficou sabendo desse caso. Não havia encaminhamento nenhum pendente e a amputação se deu pela equipe de emergência.

O: Bom, infelizmente já percebemos que temos vários furos nesse caso, mas o mais importante agora é que temos que resolver a questão do TRS. Já conseguimos licitar o transporte?

L: O processo está emperrado porque o perdedor da licitação entrou com recurso. Então estamos tendo que deslocar esses pacientes em carros comuns da SMS até que isso se resolva. O pior é que cada carro fica preso com um paciente por três dias na semana, já que ele fica lá de 4 a 5 horas na máquina, e ainda tem o tempo de deslocamento para ir e depois voltar. Já até pedi ajuda à Thaís do COSEMS para tentarmos alguma saída.

O: Vou conversar com Joana para saber como ela pode nos ajudar nisso. Mas do jeito que as coisas estão, eu vou levar para discussão da CIB para verificar a possibilidade de habilitação de serviços de TRS mais próximos.

Após essa discussão se seguiu intenso debate, sendo ao final elencadas algumas questões que poderiam orientar a busca de soluções conjuntas para os problemas relatados: a) Quais estratégias podem ser utilizadas para o enfrentamento da má comunicação entre AB e atenção especializada? b) Como promover a organização do cuidado em rede, integrando atenção especializada, urgência e emergência e AB? c) Como mudar a situação geral?

Contextualizando a situação da atenção especializada na Vila SUS

A situação da atenção especializada no Brasil tem sido identificada como um dos mais graves problemas da saúde pública. 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 e vazios assistenciais e a distribuição desigual de recursos nas diversas regiões do país. Caracterizados por progressiva especialização e fragmentação, pouca integração com os demais níveis de atenção, ao mesmo tempo um conjunto de práticas persistentemente resistentes às políticas públicas de saúde nos últimos 20 anos⁵².

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,

52 SOLLÁ, 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.

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 usuários⁵³.

É importante ressaltar para os novos gestores, e os que permanecem, 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 constituem em torno do quantitativo de procedimentos disponíveis e não centrada e embasada no percurso terapêutico para atender as necessidades dos usuários⁵⁴.

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 intermediária e burocratizada entre a AB e serviços de referência localizados em municípios-pólo. Mesmo assim impõem demandas logísticas, insumos, produção e reprodução de práticas medicalizantes, baixa resolutividade, à custos cada vez mais altos.

Esse tipo de modelo assistencial⁵⁵ 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. Resulta também na diminuição da capacidade de governança do gestor local sobre sua rede, visto que cada vez mais se torna dependente de serviços fora de seu próprio território⁵⁶.

A desresponsabilização 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, torna possível 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

53 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, Brasília: Ministério da Saúde. 2014.

54 PARA SABER MAIS, VER A NOTA DE RODAPÉ 4.

55 PARA SABER MAIS, VER: SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC, 1997. 143p.

56 PARA SABER MAIS, VER CAPÍTULO 16.

entre um serviço e outro, entre um nível e outro é mediada por documentos e fluxos que requerem atenção devendo sempre serem repactuados. A cada encaminhamento o usuário é lançado em um percurso inseguro e incerto de processos, agendamentos, esperas, com alto risco de ser excluído do sistema de saúde. Na norma, enquanto o usuário segue a linha traçada do fluxo de encaminhamento de um nível ao outro, por exemplo da AB à especializada, o usuário está no sistema, mas na prática fragmentada corrente, não é considerado vinculado a nenhum serviço ou equipe.

Com relação à urgência e emergência a situação carece de uma maior articulação desta com a AB, assumindo-a como porta de entrada preferencial do sistema de saúde. Permanece o desafio!

Principalmente quando o que se analisa é o papel da AB 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 AB, quando se analisa as questões de vida e saúde envolvidas.

Razões para este 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 incipientes⁵⁷, muitas vezes processo acompanhado por investimento em pronto atendimentos mal dimensionados, fracamente ou não regulados e desconectados das redes de atenção à saúde, não cumprindo seu papel regional, vide o caso do TRS judicializado debatido por Olga e equipe.

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-pólo e a ausência de vinculação efetiva frequentemente encontrada na AB, 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 envolvidos⁵⁸.

No pano de fundo da discussão apresentada neste capítulo há sempre a

57 GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; MENDONÇA, MHM de. Porta de entrada pela AB? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro. v. 27, n. 65, p. 278-89, 2003

58 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*. Recife. v. 8, n. 10, p. 3306-3313, 2014.

questão subjacente do modelo de atenção à saúde. Impõe-se uma escolha ético-política-organizativa porque envolve uma grande parcela dos recursos da saúde.

Quais interesses fortalecer, quais os 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 intensos⁵⁹.

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 apenas com enfoque econômico. 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 quantitativas⁶⁰. 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 necessidades, os gestores buscam parâmetros de programação. Esses parâmetros consistem em recomendações técnicas, normativas, expressas em concentrações per capita de recursos, procedimentos, profissionais e serviços⁶¹.

A partir do Pacto pela Saúde se constitui esforço de modificação da metodologia para cálculo de necessidades de saúde da Programação Pactuada

59 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).

60 PARA SABER MAIS, VER OS CAPÍTULOS 1, 3 e 13.

61 “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”.

Integrada da Assistência (PPI Assistencial), envolvendo recomendações do Ministério da Saúde (Título IV, Capítulo VIII, Anexos LVI e LVII da Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 1.097, de 22 de maio de 2006). Na prática resultou pouco efetivo. O Ministério da Saúde lançou (**Portaria 1.631**, de 1º de outubro de 2015 – atualmente Título IV, Capítulo II da Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017), 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 (outubro 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 brasileiras⁶². Além disso, há maior acúmulo de evidências na composição de parâmetros reortados 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 necessidades⁶³.

Deste modo, definir as quantidades de serviços necessários à uma população e planejar a sua implementação do tempo (da gestão) são desafios permanentes, para os quais os gestores não encontram, ainda hoje, 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 acesso a procedimentos como consultas, exames, 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 ofertadas em tempo oportuno, quando orientadas a resolver necessidades. Essas condições, não têm sido preocupação dos gestores da saúde. Muitos gestores entendem que estas são questões da alçada do ‘pessoal da ponta’ e das ‘áreas técnicas’.

Todavia, as áreas técnicas tendem a definir esses parâmetros com base

62 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.

63 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.

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 este quadro^{64, 65}.

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.

Relação oferta-demanda-necessidades em saúde: sobre a tríade 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.

A relação entre oferta e necessidade, 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. Compreender a relação da oferta-demanda de forma ampliada permite potencializar a capacidade dos gestores/trabalhadores em diferenciar uma necessidade de outra, através do exercício da clínica, conhecimento

64 PARA SABER MAIS, VER CAPÍTULO 4.

65 Magalhães, M.G., Freire, F. H. M. de A., e Pinheiro, R. (Orgs.): Educação Permanente em Saúde: caminhos percorridos na Região do Médio Paraiba, Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora CEPESC. 2015. Pg 267.

da trajetória dos usuários na rede em busca de cuidado e das influências geradas no território.

Cabe ressaltar que as pessoas procuram serviços de saúde 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 pelo esgotamento 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, 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 a insuficiência ou mesmo a ausência em sua capacidade de ofertar cuidados, tendem a sobrecarregar as demandas para outros setores e níveis do sistema.

Neste sentido, vale ressaltar que a dimensão do cuidado em saúde oscila entre a objetividade de sua oferta e a subjetividade de sua demanda, sendo esta o verdadeiro mote do processo de formulação das políticas de saúde e, possivelmente, da forma de expansão dos serviços na rede pública. Isto não quer dizer que a objetividade, pautada em cálculos econômicos objetivos, não influencie a tomada de decisões fora dos diferentes ambientes de gestão. Ao contrário, pensa-se que discutir a formação de demandas e necessidades de atenção à saúde de uma população, sobretudo examinar sua expansão, requer uma análise do inter-relacionamento entre normas e práticas que norteiam os atores (usuários, profissionais e gestores) que formulam e implementam as políticas de saúde, seja de uma localidade, seja de um estado ou país.

Porém tal redimensionamento não se reduz a meros atos técnicos. A possibilidade de constituir esses modelos de atenção à saúde dependerá da reorganização das práticas do cuidado, que envolverá elementos da organização histórico-social da produção dos serviços de saúde, sua relação com a demanda e as necessidades da população.

Compreender este relacionamento, porém, não é tarefa fácil. Envolve um conjunto complexo de valores, representações, padrões culturais e práticas geradas por vários sujeitos sociais – usuários, profissionais, gestores – que, interagindo no seu cotidiano, reproduzem mecanismos diferenciados de enfrentamento dos problemas de saúde e doenças a que estão submetidos.

Os trabalhadores de saúde são formados para pensarem que eles são os únicos a interpretar a demanda em saúde. Os conhecimentos forais 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 saúde⁶⁶.

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 mesmas⁶⁷.

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 reconhecida em cada um dos territórios sanitários acompanhados, nas portas de entrada e serviços do sistema de saúde⁶⁸. Potencializa este processo a aposta do gestor municipal na Educação Permanente como estratégia de organização de espaços de encontro das equipes e serviços⁶⁹. 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.

66 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).

67 WRIGHT J, WILLIAMS R, WILKINSON JR: Development and importance of health needs assessment. *BMJ* 1998, 316(7140):1310.

68 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.

69 Estes espaços são formativos e podem estreitar laços de compartilhamento e atualização de saberes com a participação da Universidade.

Na dinâmica da relação oferta-demanda⁷⁰ aqui exposta, damos lugar à demanda, à oferta e a responsabilização. Alertamos que 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, a 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.

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 à uma oferta qualificada 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 forçado da demanda em ofertas pré-existentes que não são potentes para resolver as necessidades envolvidas.

Do mesmo modo seria inadequado negar a demanda, 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 UBS de, 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 chegue a tempo e em condições mais seguras possíveis a um serviço que possa ofertar os cuidados necessários.

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

70 Pinheiro, R., Matos, R. A. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos / Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos, organizadores. 2ª ed. – Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. 308p.

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 sobrevivência e os resultados das intervenções de saúde⁷¹.

A noção de acolhimento agregou-se à classificação de risco, para que além de evitar a morte pudéssemos ampliar o 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. Desse modo, no acolhimento com classificação de risco, não apenas se 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 serviços⁷².

A adoção da noção de vulnerabilidade⁷³, utilizada para não só 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 AB, já em parte incorporados nas orientações das PNAB a partir de 2012⁷⁴.

71 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.

72 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.

73 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 tem 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 resolutive na AB, por meio 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 AB, deixando de serem encaminhados.

74 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de AB. Acolhimento à demanda espontânea : queixas mais comuns na AB / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de AB. – 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 AB e atenção ambulatorial especializada têm se mostrado muito problemáticos⁷⁵.

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, permitindo a proposição de um plano de cuidados ou projeto terapêutico singular, no serviço. Nesse processo se pode 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 o caso com um profissional do serviço de referência e agenda 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 CAPS, em muitas regiões do país⁷⁶. Também tem sido uma prática muito incorporada em serviços de referência em

75 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.

76 SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, v. 5, n. 4, p. 493-503, 2005. DELFINI, 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, responsabilização e autonomia. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(7), 3051-306.

reabilitação e de Atenção à Pessoas com Deficiências⁷⁷. 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 AB) 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 usuários⁷⁸. Sendo alguns processos constituídos de forma singular e outros se afirmando como mais permanentes no arranjo organizacional da rede de atenção.

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 (intersetorialidade)⁷⁹.

São, ainda, desafios para a construção das linhas de cuidado problemas

77 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 lola 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. *Ciencia e Saúde Coletiva*, v. 18, n. 7, p. 1893-1902, 2013.

78 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*, São Paulo. v. 2, p. 125-34, 2003.

79 Junqueira (2000, p. 42) definiu intersetorialidade como a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeitos sinérgicos em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social. As ações intersetoriais ou intersetorialidade devem considerar o respeito às diferenças e à incorporação das contribuições de cada uma das políticas na compreensão e na superação dos problemas sociais. Tem em sua lógica central a operacionalização de conceitos como a territorialização, vinculação, responsabilização e resolutividade com um olhar integral sobre o ambiente em suas dimensões físicas, socioculturais e biopsicossociais, nas quais estão inseridos os indivíduos e suas famílias. Para efetivação da integralidade da atenção é importante que as equipes de saúde estejam estruturadas e articulem-se entre si, bem como com agentes de outros setores. JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. *Rev. adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, nov./dez. 2000.

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 se evitar a morte, sequelas e para a aumentar a sobrevivência do usuário, como por exemplo as neoplasias, o acidente vascular cerebral, o infarto agudo do miocárdio, as insuficiências cardíaca e renal, 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 cuidado⁸⁰ são:

- 1 - *Mapear a rede de serviços e propor discussão de Linhas de Cuidado de forma coletiva;*
- 2- *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;*
- 3- *Realizar oficinas de trabalho com todos os sujeitos e serviços implicados para produção de pactos, compromissos e definição de fluxos de cuidado aos usuários;*
- 4- *Capacitar equipes, avaliar os resultados das linhas de cuidado instituídas para ajustes e qualificação contínua.*

Dispositivos 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 referência⁸¹.

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,

80 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.

81 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.

etc). Quando essa clientela de usuários é adscrita à 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' territoriais de responsabilidade da equipe e do serviço. O que implica em responsabilidade por ações de vigilância em saúde⁸² deste território adscrito, por exemplo⁸³. 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 multiprofissional, dispositivos de encontro, como reuniões regulares de equipe, discussões de caso, planejamento em equipe, avaliação em equipe, realização de ações coletivas em equipe, acolhimento em equipe, há 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 saúde⁸⁴.

Além disso, destaca-se que uma equipe de referência precisa qualificar-se constantemente, ou, do contrário, sua capacidade resolutive 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

82 PARA SABER MAIS, VER CAPÍTULO 9.

83 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.

84 OLIVEIRA, G.N. Apoio Matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: CAMPOS, G.W.S; GUERRERO, A.V.P. (Orgs.). Manual de práticas da AB: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008. p.263-72 e OLIVEIRA, G. N. Devir apoiador: uma cartografia da função apoio. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

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 realizados pelos profissionais de saúde precisam ser repensadas e qualificadas⁸⁵.

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 é anteriormente debatido no capítulo 4, 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 comunidade⁸⁶. Neste sentido, a comunicação será ampliada nas redes de atenção, a partir de dispositivos de colaboração 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.

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, planos 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.

85 PARA SABER MAIS, VER CAPÍTULO 7.

86 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. São Paulo*. v. 9, n. 17, p. 219-34, 2005.

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 à 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 apoiada⁸⁷.

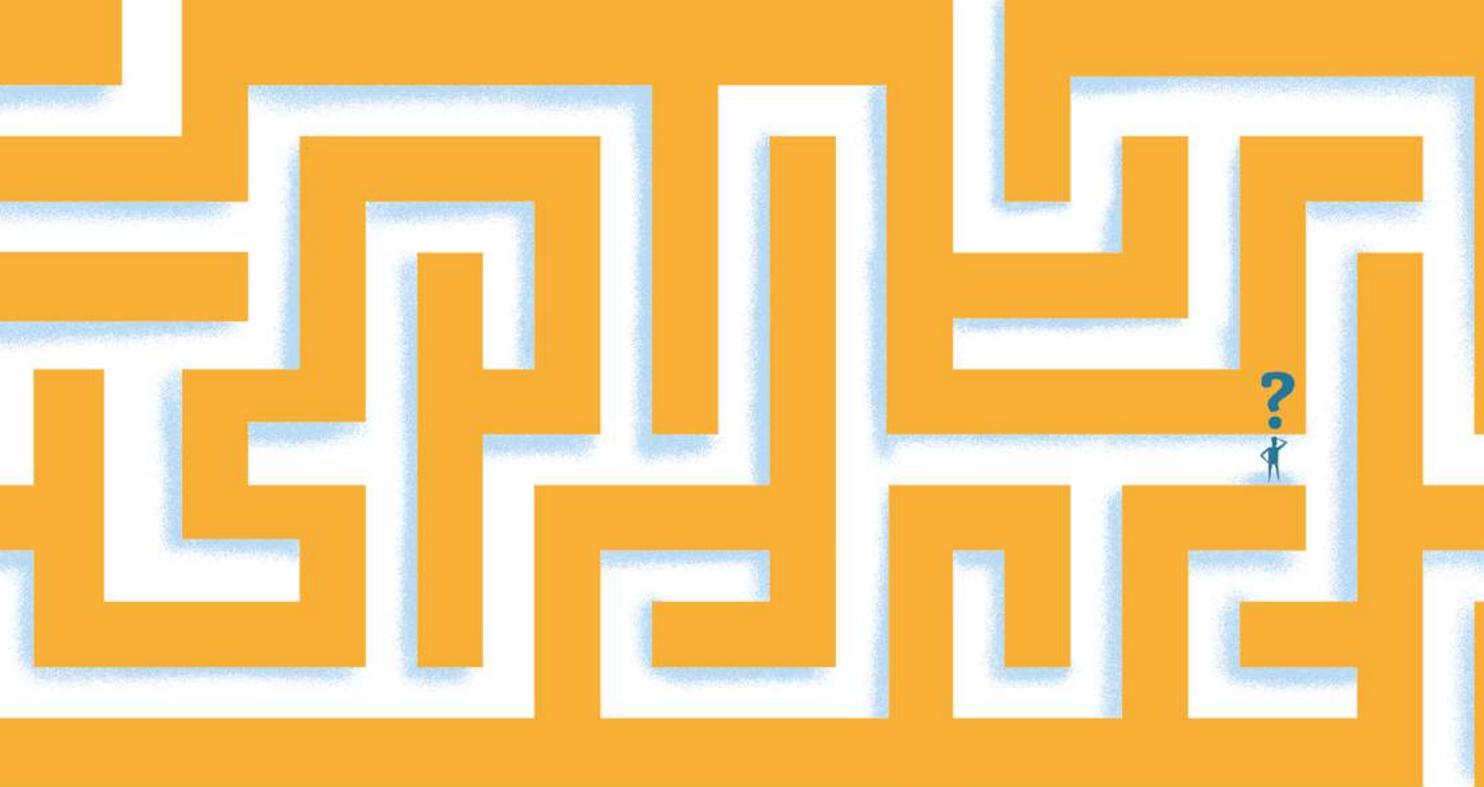
As práticas oriundas do apoio matricial, geralmente se concretizam mediadas por dispositivos de compartilhamento da clínica, como o atendimento conjunto, as discussões de caso em equipe, a formulação de projetos terapêuticos singulares, entre outros. Em função do volume de demandas exigidas às equipes constituídas para o exercício do apoio matricial (NASE, por exemplo) ou a serviços que acumulam também esta função, em relação à outros (CAPS, por exemplo), se recomenda que todas as demandas de apoio sejam acolhidas. Neste processo 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 apoiadas⁸⁸.*

Também as necessidades constantes e complexas de apoio contínuo em algumas áreas temáticas à AB, como forma de evitar a criação de serviços específicos com escala próxima a da AB (idoso, mulher, criança, atenção psicossocial, por exemplo), força a adoção de arranjos mais permanentes de apoio matricial especializado à AB, configurando um ‘primeiro

87 OLIVEIRA, G. N., SILVA, M. D. F. N., ARAÚJO, 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; GUERRERO, A.V.P. (Orgs.). *Manual de práticas da AB: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2008. p.263-72.

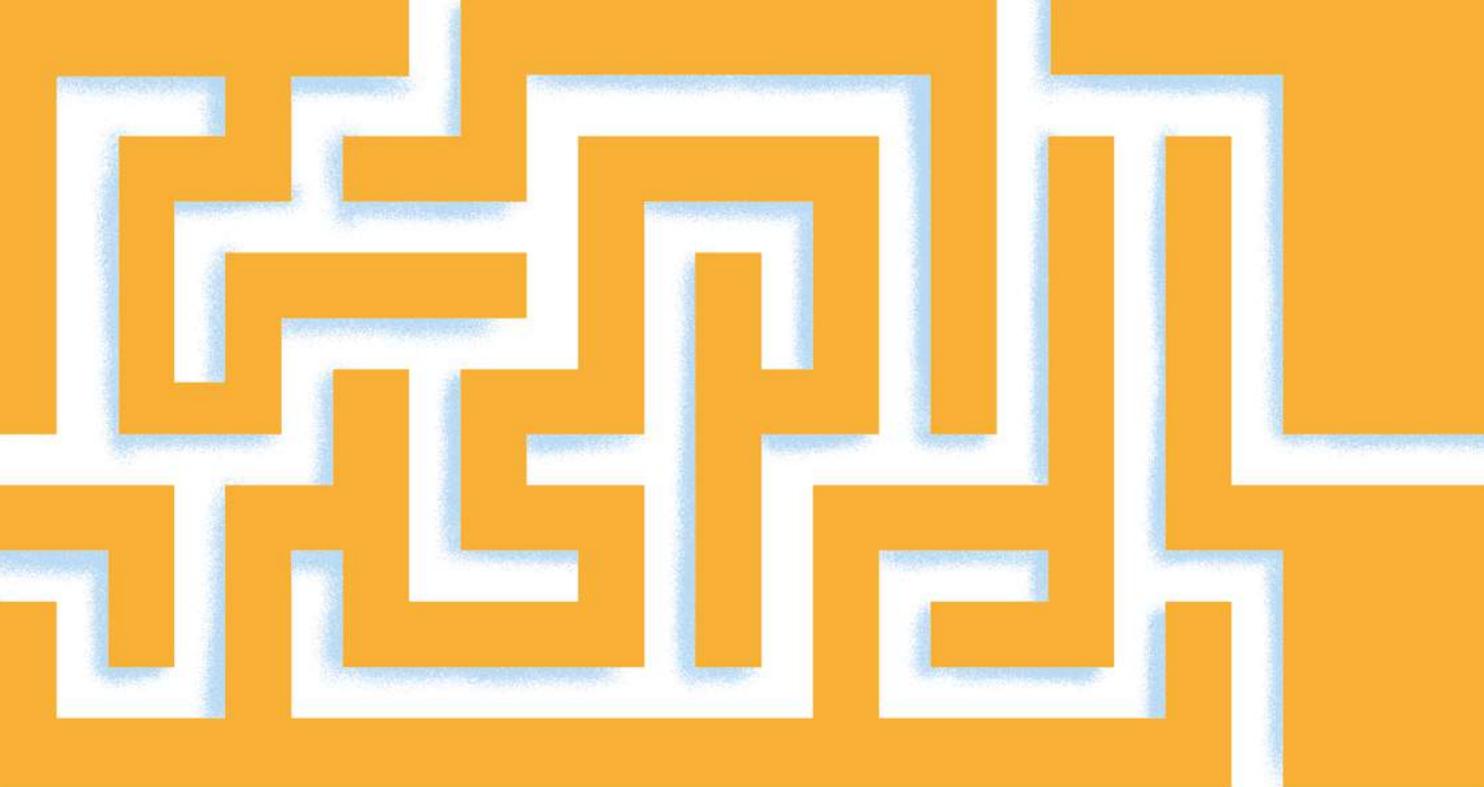
88 BARROS, Silvana do Carmo Maia; DIMENSTEIN, Magda. O apoio institucional como dispositivo de reordenamento dos processos de trabalho na AB. *Estudos e pesquisas em psicologia*, v. 10, n. 1, p. 0-0, 2010 e BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de AB. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de AB. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.



nível de atenção especializada' complementar à AB⁸⁹. Arranjo que constitui profissionais ou equipes apoiadoras que adscvem equipes de AB, para apoio e acompanhamento contínuo. Neste primeiro nível de apoio matricial mais permanente estão geralmente os profissionais da equipe do NASE, 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 constituídos⁹⁰.

89 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.

90 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 AB. A maior dificuldade é encontrar e vincular profissionais especialistas (raros em algumas regiões) dispostos a colaborar com a AB, 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 expressivo da resolutividade local, com diminuição do número e qualificação dos encaminhamentos às áreas que contam com o apoio.



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 constitui um conjunto de dificuldades, obstáculos e desafios que se apresentam de diferentes maneiras no 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:

- 1- *Produção compartilhada do cuidado em saúde e autonomia com grupos em situação de vulnerabilidade;*
- 2- *Produção compartilhada de saúde e autonomia com sujeitos singulares;*
- 3- *Produção compartilhada de redes de relações e de sustentação de projetos coletivos de coprodução de saúde e autonomia;*
- 4- *Produção compartilhada 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. Com o desafio de evitar práticas que não reconheçam as singularidades dos sujeitos na oferta do cuidado.

No segundo, a ampliação e qualificação na dinâmica da relação de oferta-demanda e necessidades, a partir da valorização do vínculo, da responsabilização e da escuta qualificada promovida por dispositivos de acolhimento e a interpretação e cogestão das ofertas pelos dispositivos colaborativos e de coordenação do cuidado em rede.

No terceiro eixo, ações coordenadas em rede, composição de linhas de cuidado, esforços comunicacionais para reconhecimento e legitimação de necessidades de saúde de populações não reconhecidas pelo sistema. E o acionamento de outros setores, seja apoiando a qualificação de suas ofertas, seja compondo mecanismos de apoio mútuo, ampliando as possibilidades de produção de saúde para além dos limites do setor saúde. E no quarto eixo, uma síntese da confluência das ações levadas à 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

10

QUALIFICANDO A ATENÇÃO BÁSICA

Olga está participando da reunião da Regional quando Vitória lhe apresenta a nova secretária de saúde de Céu Azul, dizendo que, assim como Olga há dois anos, Íris não tem experiência em gestão, mas tem boa vontade e uma boa relação com o Prefeito. Ela passou toda a reunião perguntando por tudo! (Olga sorri lembrando suas angústias e dúvidas!) Vitória sugere que elas se encontrem para conversar.

Esse encontro acontece no dia seguinte, à tarde, na casa de Olga.

I: Olga, obrigada por me receber, tenho muitas dúvidas e como o Prefeito quer melhorar a Atenção Básica, queria que você me contasse um pouco da sua experiência na gestão.



O: Íris é um prazer e um dever com a melhoria do SUS da nossa região! Sei exatamente o que você está passando. Bom, prepare-se para ler um pouco! Vou te passar algumas cartilhas, manuais, livros e artigos que me ajudaram a entender a Atenção Básica.

O: Vou contar a partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2017¹. Ela trouxe algumas novidades para o gestor com relação a anterior (de 2011²). Nós a chamamos de nova PNAB. A partir da publicação da primeira PNAB em 2006³, houve uma grande expansão da Saúde da Família. Bom, vamos lá! De acordo com todos os documentos que pesquisei, 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 cuidado⁴, da integralidade⁵ da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Compreendi também que, se bem organizada e integrada aos demais pontos da rede, a Atenção Básica (AB) pode implementar avanços na situação de saúde da população, evitando agravos e produzindo uma melhor utilização dos recursos em saúde, até se a gente olhar o exemplo de outros países⁶. Sabe-se que o acesso ao sistema de saúde por uma AB resolutive é fundamental para a

1 Brasil. Ministério da Saúde. Anexo XXII e Anexo 1 do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 (anteriormente Portaria MS/GM nº 2.436, de 21 de setembro de 2017), 2017.

2 PORTARIA nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

3 Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

4 PINHEIRO, R. Cuidado em saúde In: Pereira, Isabel Brasil. Dicionário da educação profissional em saúde / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. nº 2.ed. rev. ampliada. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p.

5 "A 'integralidade' como eixo prioritário de uma política de saúde, ou seja, como meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania, significa compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade" (Pinheiro, 2009). PINHEIRO, Roseni. Integralidade. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em 25 de mar. 2014.

6 Ver: APS abrangente e APS seletiva. Texto: Giovanella, L; Mendonça, M.H.M. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: CEBES, 2012. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/9ATEN%C3%87%C3%83O-PRIM%C3%81RIA-%C3%80-SA%-C3%9ADE.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

redução da mortalidade e morbidade, além de evitar as internações e procedimentos desnecessários. A AB pode resolver até 80% dos problemas de saúde da população: desde situações agudas até o acompanhamento de doenças crônicas e degenerativas. Além disso, evidências demonstram que o primeiro contato no sistema de saúde realizado por meio de profissionais da Atenção Básica garante uma melhor atenção à saúde e maior satisfação dos usuários. Vamos pegar o texto da nova PNAB para lermos juntas, veja:

“A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária”.

I: Eu tinha essa ideia da prevenção e promoção, mas o restante não. São muitos os papéis que a AB deve desempenhar! Então podemos dizer que ela é o ponto chave para uma melhor eficiência do sistema! Fale mais!

O: Exatamente! A AB é a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁸. É a coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede, o que, em resumo, significa ofertar cuidados em saúde com qualidade, continuidade e de forma articulada com os demais serviços da rede para que ninguém fique sem suas necessidades atendidas⁹. E tudo isso o mais rápido possível! Ou seja, a Atenção Básica é, ao mesmo tempo, um nível de atenção e uma proposta de organização do SUS. Porém, não existem receitas prontas e aplicáveis em qualquer situação, e planejar de acordo com as necessidades do território, é sempre um grande desafio da gestão.

I: E onde entra a Estratégia Saúde da Família?

O: Íris, em 1994 o SUS lançou o Programa Saúde da Família para reorientar o modelo de assistência à saúde. Passou a ser denominado “Estratégia” em 1997, pois o PSF deixou de ter as limitações de um programa e expandiu limites, mudou a forma de ver o cuidado em saúde, reorganizou a AB e consolidou os princípios do SUS, e desde então, todas as portarias da Política Nacional de Atenção Básica (2006, 2011 e 2017) têm na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da

7 Brasil. Ministério da Saúde. Anexo XXII e Anexo 1 do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017.

8 VER CAPÍTULO 9.

9 Almeida, P.F et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 244-260, Set. 2018.

política, apesar de reconhecer outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios¹⁰ devido suas especificidades¹¹. Perceba que, independente do modelo de equipe, estamos falando de um território dinâmico e que agrega populações específicas, itinerantes e dispersas, que são de responsabilidade do gestor e da equipe. Para entender quais as necessidades desses diferentes territórios e populações, as equipes podem usar uma importante ferramenta que é o diagnóstico situacional¹².

I: Como você fala, Olga: de básico esse nível de atenção não tem nada! Acho que por hoje está bom. Podemos combinar outro dia de conversas?

O: Lógico! Aliás, queria te convidar para participar da oficina de trabalho que vamos realizar na semana que vem, junto com minha equipe, para você ver uma forma de avaliar a atenção básica do município e readequar o planejamento a partir dessa avaliação, no intuito de qualificar a AB. O que achas?

I: Combinado! Estarei lá, com certeza. Vou aproveitar e ler o material que você me indicou.

Íris volta para casa pensativa sobre toda a conversa, foram muitos conceitos e muitas novidades! Ficou pensando também sobre os modelos de equipes e resolveu pesquisar sobre as equipes de saúde bucal¹³, pois, apesar de considerar essencial a atuação dessa equipe para um cuidado integral, lembra que não há equipes no seu município. Verifica que as equipes de saúde bucal podem estar vinculadas às equipes de saúde da família ou equipe tradicional de atenção básica em uma UBS ou unidade móvel e que tem variações em sua composição, que vai depender das necessidades locais e, pelo que leu, é uma decisão do gestor municipal. Tem a modalidade I que tem o cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal e tem a modalidade II, com cirurgião-dentista, técnico e auxiliar de saúde bucal ou outro técnico de saúde bucal. Lê também que o papel dessa equipe vai desde o acompanhamento individual e familiar até o cuidado em espaços comunitários (como escolas, associações etc).

10 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).

11 Brasil, 2017. Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html>. Acesso em: 25 abr. 2019.

12 Ver Capítulo 1 deste manual: Planejando o SUS no Município.

13 Brasil, 2017. Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html>. Acesso em: 25 abr. 2019.

A oficina

Na semana seguinte, acontece a oficina de trabalho organizada por Olga que foi pensada para revisar e analisar os relatórios que elaboraram anteriormente, além de estudar alguns casos atuais. O produto final será a construção de um documento para Olga apresentar na próxima reunião da Comissão Intergestores Regional (CIR) sobre sua gestão e perspectivas. Afinal, foram dois anos de muita batalha, muitas realizações, mas também de muitas dificuldades.

Estava presente toda a equipe da SMS (aliás, um ponto bem positivo para a gestão é que permaneceram todos os membros da composição inicial). Como convidados, foram chamados Íris, João Pedro e Vitória.

Olga iniciou a Oficina reforçando que seriam dois dias para sua realização com foco na análise dos problemas levantados anteriormente e o estado atual deles. Ela também havia pedido que fossem trazidos alguns casos problemáticos vivenciados recentemente pelas equipes para ajudar nas reflexões.

Diante da presença de Íris, Olga ressaltou alguns dados do município, que foram retirados da página do Ministério da Saúde¹⁴. Destacou a “Nota Técnica” que fornece vários dados atualizados, como o conjunto das informações de equipes, programas credenciados e repasses financeiros do Ministério da Saúde, em Vila SUS, tanto na Estratégia de Saúde da Família, quanto em diversos outros programas, como as Academias da Saúde, o Programa Melhor em Casa, o Programa Requalifica UBS (construção, ampliação e reformas de UBS), etc.

Segundo essa Nota, o município Vila SUS continua, como há um ano, com suas seis UBS, mas agora tem cinco equipes de estratégia de saúde da família, pois Olga conseguiu implantar uma equipe na unidade da periferia.

Após a apresentação dos dados atuais do município, retirados da Nota Técnica, Olga também pondera que, além desses dados que o MS disponibiliza, o gestor municipal deve incentivar a produção de dados feitos por sua equipe da SMS e das equipes da AB, para um melhor acompanhamento. Depois dessas considerações, Olga solicita que fosse apresentado o primeiro problema trazido de uma das equipes. Quem apresentou foi a Coordenadora da AB, Valéria.

V: Fizemos um levantamento de problemas entre as equipes de saúde da família e o que julgaram mais grave foi o seguinte: A enfermeira da equipe relatou ter recebido na semana passada uma gestante, de 16 anos, que, apesar de ser moradora de área coberta pela equipe, só foi a unidade para procurar o pré-natal no final do 7º mês de gestação. Não havia feito nenhum exame, consulta ou vacina. Isso causou um grande mal-estar na equipe! Segundo o relato, ela resolveu ir à unidade pois soube que era fornecido um enxoval para o bebê (existe um grupo de

14 Link de acesso a nota técnica DAB: <http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmlistaMunic.php>.

voluntárias da comunidade que faz, junto com as gestantes que participam do grupo, a confecção de um pequeno enxoval). E pensar que esta gestante adolescente trouxe a gravidez até aqui sem nenhuma avaliação de risco ou orientação do serviço de saúde. Nem sobre o desenvolvimento de sua gestação, nem sobre o parto e os cuidados com o recém-nascido! A enfermeira conversou com a ACS responsável por aquela área, que contou ter estado na casa no mês anterior, pois a mãe da adolescente é acompanhada pela ACS, e além de não ter notado que a menina estava grávida, ninguém da casa falou disso também. Ela também levou um susto quando soube! A equipe fez questão de apontar que os ACS dessa equipe são bastante interessados e fazem um importante trabalho junto à comunidade que inclui o cadastramento das famílias, mobilização, busca ativa, orientações, auxílio na priorização dos casos, dentre outras ações.

Parece que a menina escondeu a gravidez da família, só contando quando não dava mais para esconder a barriga. Foi a mãe dela que a mandou correndo para a UBS para fazer o pré-natal e, para estimulá-la, falou do grupo de voluntárias que fazem os enxovais. Segundo o relato da equipe, quem organiza esse grupo é a ACS de referência.

Olga, entra na conversa, surpresa com o problema levantado, já que pensou que a questão do pré-natal estivesse resolvida, pois houve um grande esforço da gestão nesses últimos dois anos para organizar o pré-natal. Reforça a importância de se ter estratégias para captação precoce da gestante e pondera que, quanto mais cedo essa captação ocorrer, de maior qualidade tende a ser o pré-natal, propiciando um bom conhecimento da gravidez e seus possíveis riscos para a mulher e o bebê no parto. Cita que a média no Brasil, de proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre está em 79%, e, com pesar, verifica que esse indicador em Vila SUS se mantém baixo: 51% (melhorou nos últimos dois anos, mas ainda está baixo).

I: João Pedro, como está essa captação em Freire?

JP: Bom, pelo último levantamento que fizemos, estamos com 72%. Quase na média nacional! Olga, pelo que venho acompanhando do seu esforço e das suas equipes em melhorar o pré-natal, creio que o que vocês precisam agora é de uma maior concentração de ações da gestão, com relação ao apoio institucional¹⁵,¹⁶, junto às equipes, e também o reforço das ações de educação permanente nos processos de trabalho¹⁷.

15 Ver <https://www.conasems.org.br/rede-colaborativa-do-sus-pelos-quatro-cantos-do-pais/>.

16 Auler Peres... [et al.] (organizadores). Apoiaadores regionais: uma experiência brasileira. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: COSEMS/RJ: OPAS, 2014 e Pinheiro, Roseni et al. Apoio regional no estado do Rio de Janeiro, Brasil: um relato de experiência. Interface (Botucatu), Dez. 2014, vol.18, suppl.1,228 p.

17 Ver Magalhães, M.G., Freire, F. H. M. de A., e Pinheiro, R. (Orgs.): Educação Permanente em Saúde: caminhos percorridos na Região do Médio Paraíba, Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora CEPESC. 2015. Pg 267.

Outra ação é analisar melhor o acolhimento¹⁸ nas UBS e a integração com a comunidade.

I: João, foi bom você falar em acolhimento, como está acontecendo o acolhimento na AB do seu município? Já participei de uma discussão que falava que é diferente de triagem.

JP: Íris, para te responder é preciso entender que 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 serviços possam ser acessados diretamente, como a urgência/emergência, é através da AB que deve ser garantido o ponto de partida para um cuidado contínuo e ao longo do tempo (longitudinal) e integral. A AB deve representar o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, ter um local acessível e disponível para que os usuários se sintam acolhidos, sem barreiras ao atendimento e sempre com olhar para a integralidade¹⁹.

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. Cabe ressaltar que para um serviço cuja “função central consiste em acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, requer uma capacidade de resolução da grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar seus danos e sofrimentos. Não se pode deixar de assumir a responsabilidade de prover respostas, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede”, principalmente em relação aos agravos agudos e crônicos.

A questão que desafia o gestor é justamente organizar esta porta de entrada²⁰, pois, cotidianamente, as equipes de AB recebem pessoas em situações e queixas muito diversas, como questões de 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. Entendemos que o desafio da gestão é auxiliar às equipes na organização de sua agenda de forma que se garanta

18 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. 1ª ed: reimp. Brasília: Ministério da Saúde. 2013. 290 p. Cadernos de Atenção Básica. n° 28, volume II.

19 Ver <https://lappis.org.br/site/conceito-de-integralidade-em-saude> - Laboratório de pesquisas sobre práticas de integralidade em saúde (LAPPIS/IMS/UERJ).

20 GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; MENDONÇA, MHM de. Porta de entrada pela AB? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. Saúde debate. Rio de Janeiro. v. 27, n° 65, p. 278-89, 2003.

o acesso dessa diversidade de situações²¹, de maneira qualificada e tendo em vista a capacidade real de oferta de serviços.

V: João, se entendi bem, a Atenção Básica deve ainda realizar atendimentos programados (previamente agendados, incluindo o acompanhamento frequente aos diversos problemas de saúde, por exemplo, os pacientes crônicos com hipertensão e diabetes) 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 acrescentar nessa discussão, 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 ideal²² para a organização do acolhimento (pode ser pela equipe de referência do usuário, equipe de acolhimento do dia, misto, acolhimento coletivo ou outras formas)²³. O mais importante é levar em conta as especificidades de cada local e a organização do processo de trabalho das equipes. Mas, é desejável que se problematize os mecanismos rígidos de oferta para demanda espontânea²⁴, tais como a predefinição de “número de fichas” ou restrição de horários. 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 estratégias de cuidado no tempo adequado, bem como as orientações pertinentes. Os casos mais graves ou de risco na AB devem estar associados às necessidades apresentadas, ainda que tal resposta não seja ofertada de maneira imediata ou que demande o acionamento de outros equipamentos de saúde. O acolhimento se impõe, portanto, como um dispositivo estratégico central na organização do processo de trabalho destas equipes e na ressignificação do vínculo profissional-usuário. Comenta Vitória, que, até o momento, estava calada, acompanhando os diálogos.

21 Pinheiro, R, Gerhardt, T E e Asensi, F D. / Organizadores: Vulnerabilidades e resistências na integralidade do cuidado: pluralidades multicêntricas de ações, pensamentos e a (re)forma do Conhecimento. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ. ABRASCO. 2017. 414p. – ISBN 978-85-9536-005-1 – Publicação em formato digital.

22 PINHEIRO, R & LUZ, M.T Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade in Pinheiro, R e Mattos, R.A. organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde / 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2007. 228p.

23 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea – MS/SAS/DAB - 1ª ed: reimp. Brasília: 2013. 56 p: Cadernos de Atenção Básica n.28, volume I.

24 PINHEIRO, R.. 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. Rio de Janeiro. v. 1, 2001.

Olga interrompe e pondera:

O: Voltando a questão do pré-natal, e pensando na questão do acolhimento que João explanou, sem dúvida a relação disso com o caso da gestante é que o acolhimento deve ser visto também como um potente mecanismo de garantia de acessibilidade. Vamos ter de pensar como melhorar a captação de gestantes mais precocemente, como melhorar nossa integração com a comunidade, seja dentro da unidade, seja em atividades na comunidade. Vamos lembrar ainda do nosso conjunto de ações a serem ofertadas enquanto equipe multiprofissional. Lembram desse esquema, fruto do nosso último planejamento?



Fonte: Brasil, 2017. Adaptado de Material autoinstrucional – PROVAB - http://moodle.ead.fiocruz.br/modulos_saude_publica/sus/files/U03.html

O: Pois bem, precisamos qualificar cada um deles. Vejam que fizemos um esforço em organizar o pré-natal, mas agora temos que qualificar essas ações. E com certeza, a educação permanente²⁵ dos profissionais e a educação em saúde para a comunidade são fundamentais. Sugiro que possamos fazer uma reunião de equipe²⁶ com todos os profissionais para

25 MAGALHÃES, M.G., FREIRE, F. H. M. DE A., e Pinheiro, R. (Orgs.): Educação Permanente em Saúde: caminhos percorridos na Região do Médio Paraíba, Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora CEPESC. 2015. Pg 267.

26 Saiba mais em: Cruz et al, 2008. Reunião de equipe: uma reflexão sobre sua importância enquanto

levantar os pontos frágeis dessa linha de cuidado²⁷ e assim determinar as possíveis ações. Preciso ver se as reuniões de equipe estão sendo um dos espaços para educação permanente, ou, que outras ferramentas estão sendo utilizadas.

Olga concluiu que o 1º dia de oficina revela uma situação de fragilidade no processo de educação permanente²⁸.

O: Entendendo que toda UBS é um espaço permanente de qualificação de trabalhadores e de formação profissional, devendo reunir esforços para implantar a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e estabelecer vínculos com algum curso de graduação da área de saúde ou mesmo de uma escola técnica. Sem dúvida, o convívio entre alunos e profissionais, apesar de trabalhoso, estimula a atualização dos profissionais desses serviços. São muitas frentes abertas e muitas outras a se iniciar!

J: Atuar de forma planejada, com base no território e suas vulnerabilidades²⁹, assim como atuar em equipes multiprofissionais, entendemos que as ações cuidadoras não estão só na responsabilidade do médico ou do enfermeiro e sim na equipe. A organização dos processos de trabalho é um dos eixos estruturantes da gestão da Atenção Básica, sendo o trabalho em equipe³⁰ a configuração capaz de levar a cabo as ações de integralidade do cuidado³¹ na saúde. Assim, pode-se ressaltar que ter uma política de gestão do trabalho significa, na prática, reconhecer elementos cruciais

estratégia diferencial na gestão coletiva no Programa de Saúde da Família (PSF). Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/psicorevista/article/view/18030/13390>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

27 Ver o Capítulo 9.

28 Ceccim, R. B & Ferla, A. P. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE. Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima Dicionário da educação profissional em saúde / . 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478p e o Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

29 O território deve ser único para as equipes de Atenção Básica em articulação com as equipes da Vigilância em Saúde (sanitária, ambiental, epidemiológica, saúde do trabalhador) com vistas à promoção da saúde. Essa integração planejada, lançando mão de estratégias de intervenção com mudanças no processo de trabalho, se mostra como referência para identificar a rede de causalidades e constituem elementos que exercem papel fundamental sobre o processo saúde-doença. Conheça o Guia PNAB - Módulo I: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde: http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/guia_pnab.

30 Pinheiro, R; Barros de Barros, M.E e Mattos, R.A organizadores: Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. 208 p.

31 VER CAPÍTULO 9

para as atividades cotidianas da AB; que são: mobilização e valorização do trabalhador, qualificação técnica, educação permanente, produção de conhecimento, busca de oportunidades e momentos formativos, e que devem fazer parte do cardápio da gestão para a qualificação do cuidado³².

Nesse momento Olga divaga um pouco: lembrou de toda reflexão que fez com relação a gestão do trabalho. Aliás, ela continua buscando materiais para leitura para ajudar nas suas reflexões sobre os problemas cotidianos e na busca das soluções. E sempre seleciona alguns para deixar na mesa de cabeceira. As leituras selecionadas ainda dizem respeito aos princípios da AB: continuidade, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, ordenação das redes, território, mas, atualmente tem focado em leituras sobre gestão do trabalho, que talvez hoje seja seu grande desafio³³.

Alguns problemas ela tem governabilidade e outros não, pois dizem respeito tanto a permanência dos profissionais das equipes, quanto em relação aos processos de qualificação e capacitação dos profissionais. Isso tem dado uma dor de cabeça e esse problema do pré-natal realmente veio para corroborar com essa questão. (Como evitar a rotatividade profissional? Como resolver, principalmente, a falta de médicos? Será que consigo um médico através do Programa Mais Médicos, já que perdemos recentemente um de uma das equipes?). Olga lembra também de uma discussão em que os enfermeiros da UBS apontam sobrecarga de trabalho, devido as funções assistenciais e gerenciais que precisam assumir, questão que sempre ocorreu e se agrava com a falta de médicos em algumas equipes. Olga fica se questionando se não é o momento de investir na figura de um gerente nas UBS, conforme preconiza a nova PNAB³⁴!

O: Fechamos o dia de hoje com essas reflexões. Diz ela, voltando de seus pensamentos!

Íris saiu da Oficina com a cabeça cheia de preocupações, mas satisfeita, pois, aprendeu muitas coisas. Além dos conceitos da AB, aprendeu sobre gestão da AB, planejamento das ações, possibilidades e desafios do trabalho em equipe. Pensou na montagem de sua equipe para que possa minimamente fazer intervenções importantes na AB de seu município. Está animada pois acha que vai ser possível melhorar um pouco, apesar de tantas mudanças de secretário de saúde em Céu Azul nesses últimos dois anos. Ela também aprendeu sobre aumento das ações na AB vendo as discussões da equipe de Olga sobre os problemas levantados e soluções implementadas. Aprendeu que para a Atenção Básica ter condições

32 VER CAPÍTULO 4.

33 VER CAPÍTULO 4

34 MELO, E.A, MENDONÇA, M.H. M, OLIVEIRA, J.R., ANDRADE, G.C.L – Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios, Saúde e Debate, Rio de Janeiro, V.42, número especial 1, p.38-51, 2018.

de lidar com a maior parte dos problemas e necessidades em saúde, mantendo seus princípios e valores, também é essencial debater a ampliação de seu escopo de atuação e integração da rede³⁵. Foi 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 médico e/ou o enfermeiro generalistas das ESF permanecem como o primeiro contato dos usuários, mas outras áreas da rede de atenção podem ser colocadas como referências de acesso quando necessárias. A definição de quais seriam as ações, conhecimentos e especialidades incorporadas, depende de cada local. Estas podem ser delineadas de acordo com as prioridades de cada região, por isso o conhecimento a respeito de seu território e suas vulnerabilidades se faz tão importante. E como o trabalho do ACS é central nesse conhecimento do território! De todo modo, ampliar as ofertas na AB é um caminho importante para mantê-la como a principal referência dos usuários, assim como também é fundamental para reduzir os custos e danos à saúde resultantes de intervenções desnecessárias.

Íris chega em casa disposta a pegar o material que Olga lhe forneceu e dentre eles, lança mão da PNAB para ler mais sobre o tema. Dentre as estratégias de qualificação da AB a ser organizada é o matriciamento³⁶, por meio de equipe multiprofissional com uma atuação integrada de especialistas com a AB. Essa iniciativa, como pontuou Simone, a diretora do hospital, traz como consequência uma maior amplitude da AB, na medida em que ela possibilita que os cuidados especializados cheguem à AB, mantendo seus valores e princípios de funcionamento. A equipe também falou que o apoio matricial compartilha o conhecimento especializado aos profissionais da Atenção Básica, produzindo um processo de educação permanente³⁷, com atividades de natureza técnico-pedagógica e também clínico-assistenciais³⁸. Dessa forma, consegue diminuir o encaminhamento de usuários a outros níveis de atenção e aumentar a capacidade de cuidado da equipe. Ou seja, aumenta a resolutividade e a integralidade!

Com isso, Íris percebeu também que o NASF, antes chamado de Núcleo de Apoio à Saúde da Família, na nova PNAB passou a se chamar: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica³⁹.

35 Ver: R e Mattos, R.A organizadores *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. 484.

36 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 AB: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2008. p.263-72.

37 VER CAPÍTULO 4.

38 Brocardo et al, 2018. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): panorama nacional a partir de dados do PMAQ-AB - *Saúde Debate* - Rio de Janeiro, V. 42, número especial 1, p.130-144, setembro 2018.

39 Rede Colaborativa do SUS: pelos quatro cantos do país. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/rede-colaborativa-do-sus-pelos-quatro-cantos-do-pais/>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

No dia seguinte, o 2º dia da Oficina...

A primeira parte da Oficina foi bem tensa e agitada, pois Simone acabou trazendo um problema sério, que se deparou pela manhã quando passou pelo hospital. O que ela trouxe deixou todos novamente surpresos e, de certa forma, desanimados. Segundo ela, deu entrada pela emergência do hospital, na noite de ontem, um menino de um ano com dificuldade respiratória e febre alta. O diagnóstico final foi pneumonia por consequência do sarampo. Para surpresa da equipe ele não havia sido vacinado contra essa doença, apesar da vacina estar sempre disponível nas UBS e de sua família estar cadastrada em uma ESF. Valéria ficou de levar o caso imediatamente para a equipe analisar e depois dará um retorno.

A questão da cobertura vacinal sempre foi uma grande preocupação de Olga que, desde que assumiu, tentou garantir o fornecimento das vacinas do calendário obrigatório e organizar melhor o setor (disponibilização, conservação, solicitação), junto às UBS. Olhando os dados de cobertura vacinal do Brasil apresentados por Valéria, Olga percebeu a tendência na queda das coberturas vacinais e homogeneidade de coberturas. Utilizando os dados de 2016, somente 58,9% dos municípios brasileiros tiveram cobertura vacinal adequada para tríplice viral. Além disso, a cobertura ficou abaixo da meta em outros oito tipos de vacinas obrigatórias para menores de um ano, mas com certeza, Vila SUS não estava entre esses casos. Muito pelo contrário!

A QUEDA DA IMUNIZAÇÃO NO BRASIL

Redução da cobertura vacinal no país é preocupante

O Programa Nacional de Imunização (PNI) é referência mundial. O Brasil foi pioneiro na incorporação de diversas vacinas no calendário do Sistema Único do Saúde (SUS) e é um dos poucos países no mundo que ofertam de maneira universal um rol extenso e abrangente de imunobiológicos. Porém, a alta taxa de cobertura, que sempre foi sua principal característica, vem caindo nos últimos anos, conforme demonstra o quadro na página ao lado, colocando em alerta especialistas e profissionais da área.

A coordenadora do PNI, do Ministério da Saúde, Carla Domingues, pondera uma possível dicotomia: o sucesso do programa pode ser uma das causas da queda da cobertura. Isso porque o PNI imunizou amplamente a população que hoje está com 30, 40 e 50 anos de idade, devidamente vacinada na infância, quando doenças como o sarampo ou a poliomielite eram visíveis e a preocupação em vacinar as crianças era maior. “Hoje, como a doença desapareceu, os pais que foram beneficiados pela vacina e que por isso não conviveram com a doença, muitas vezes não percebem a importância da imunização. Por isso, é

imprescindível mostrar que, apesar de raros os casos, as doenças ainda existem e que, portanto, é primordial vacinar as crianças”, analisa.

Especialistas concordam que são vários os fatores que justificam a diminuição da cobertura vacinal no país. O mais importante deles, na avaliação do assessor técnico do CONASS, Nereu Henrique Mansano, é o modelo de atenção à saúde prevalente, que prioriza as condições agudas de saúde e que, descolado da Atenção Primária à Saúde (APS), não dá conta do devido acompanhamento dos cidadãos. “Apesar dos inegáveis avanços e melhoria de acesso à APS, não podemos ignorar que ainda há uma falta de integração entre ela e as ações de vigilância, prevenção e promoção. Infelizmente, nem sempre a organização dos serviços privilegia a continuidade do cuidado”.

O cuidado a qual Mansano se refere é àquele que acompanha um cidadão desde antes mesmo dele nascer e a imunização é parte imprescindível deste acompanhamento. Por isso, a importância e a necessidade de que as Unidades Básicas de Saúde sejam organizadas para ações de continuidade do cuidado e de acompanhamento e não somente para atendimento de demanda espontânea. “Buscar ativamente a comunidade por meio dos Agentes Comunitários de Saúde, integrar o cuidado com ações de prevenção e promoção, alimentar corretamente os sistemas de informação são ações que certamente vão tornar a imunização ainda mais eficiente e eficaz no Brasil”, reitera.

Outro aspecto importante que pode influenciar nos dados da vacinação no Brasil é a mudança do sistema de informação do PNI, antes alimentado pelas doses aplicadas, passando para o registro nominal. Carla Domingues afirma que a mudança faz parte das ações que visam contribuir com o programa e que a informatização do processo de vacinação tem como um dos objetivos identificar as áreas que estão efetivamente com baixas coberturas vacinais, considerando que as doenças caminham junto com a população. “O sistema mostrará, por exemplo, se há um bairro específico com baixa cobertura em um município com alta cobertura. Com o registro nominal é possível identificar não apenas a localidade, mas quem são as pessoas, idade, sexo, sendo essas informações fundamentais para o planejamento das ações do programa”. O SIS-PNI atualmente está implantado em 60% das salas de vacina e a meta é de que esteja em 100% delas até o final deste ano.

Para tanto, alguns obstáculos precisam ser enfrentados pois além dos equipamentos e toda logística necessária, é preciso ter pessoal treinado para alimentar o sistema, conforme explica a coordenadora do PNI. “São necessárias informações como o nome completo, endereço, telefone, tipo de vacina aplicada, etc., o que torna o processo mais complexo e exige mais organização”, explica. No entanto, a mudança pretende

otimizar as ações futuras, por isso, vale a pena o esforço e preparo dos estados e municípios para atender essa nova demanda do programa, conforme destaca Nereu Henrique Mansano, que é coordenador das Câmaras Técnicas de Epidemiologia e de Informação e Informática do CONASS. “Além de melhorar a avaliação da cobertura, o sistema permite o acompanhamento adequado do usuário caso ele mude de unidade de saúde ou perca o cartão de vacinas”.

Os estados e municípios são os maiores responsáveis pelo controle das vacinações, mas o fortalecimento do PNI depende do avanço da gestão em todos os níveis do SUS. “A experiência com a vacina do HPV, que não atingiu as coberturas vacinais, é um bom exemplo de como a gestão pode atuar para evitar perdas e desperdício. A validade da vacina é muito específica, por isso a oferta deve ser planejada e as campanhas intensificadas. Caso a cobertura não seja alcançada e haja sobra, a vacina pode ser ofertada para outros grupos. Estados e municípios podem melhorar a gestão do programa, identificando os locais de baixa cobertura e promovendo ações em períodos e para grupos determinados”, avalia Carla Domingues.

A IMPORTÂNCIA DA VACINA

Como dito anteriormente, muitas pessoas e até mesmo profissionais de saúde nos dias de hoje desconhecem diversas doenças, extintas graças ao advento das vacinas no Brasil e no mundo. A compreensão da importância da vacinação felizmente prevalece e, aliada ao desenvolvimento científico e tecnológico, ao trabalho realizado pelos gestores e ao senso de responsabilidade dos cidadãos, reforça a consciência de que vacinar uma criança significa não apenas protegê-la, mas sustentar uma condição de saúde coletiva alcançada com muito trabalho e esforço.

Fazer a vacinação dentro do calendário definido pelo Ministério da Saúde, a partir do esquema vacinal correto que considera o número de doses e as idades adequadas para cada vacina também é fundamental para o sucesso da imunização, conforme explica Domingues. “Toda vacina tem um esquema definido e um prazo adequado. Não adianta chegar ao fim do ano, por exemplo, e fazer as três doses de uma vez, pois a vacina só vai manter a elevada eficácia se forem feitas as duas ou três doses, dependendo do esquema e dentro do prazo adequado”, elucida.

Os resultados desses esforços podem ser medidos também pela homogeneidade da cobertura vacinal, que é a proporção de municípios com coberturas vacinais adequadas. Em 2016, só 44% dos municípios brasileiros tiveram a cobertura preconizada, por exemplo, para a BCG (Bacilo Calmette-Guérin). A homogeneidade é um dado que historicamente apresenta coberturas mais baixas, mas percebe-se

claramente a queda do percentual de municípios com coberturas adequadas (veja quadro abaixo).

A imunização é a única maneira de garantir que doenças erradicadas não voltem. Para o diretor de Bio-Manguinhos, Mauricio Zuma, é preciso fortalecer a confiança da sociedade nas vacinas de distribuição pública. “Em 1930 as doenças infecciosas e parasitárias representavam 45,7% dos óbitos do Brasil, índice que caiu para 4,3% em 2010, segundo o Ministério da Saúde. Na década de 1980, sarampo, poliomielite, rubéola, síndrome da rubéola congênita, meningite, tétano, coqueluche e difteria causaram 5,5 mil óbitos em crianças de até 5 anos no Brasil. Em 2009, foram 50 óbitos”, demonstra.

Para Zuma, não existe no mundo um programa de saúde pública com resultados tão relevantes, robustos e claros quanto o PNI, reafirmando que graças à vacinação pública o Brasil está livre de diversas doenças. “É por compreender essa importância que nossa sociedade entende as vacinas como direito inalienável e, aliás, reclama quando vai aos postos e não encontra os imunizantes”.

O diretor da Divisão de Ensaios Clínicos e Farmacovigilância do Butantan, Alexander Roberto Precioso, acredita que há muita confiança da sociedade nas vacinas oferecidas pelo SUS. “O que se faz necessário é a divulgação frequente dos benefícios associados à imunização e a disponibilidade de vacinas no SUS”, defende.

Para Julio Cesar Felix, presidente do Instituto de Tecnologia do Paraná (Tecpar), a questão financeira pesa muito na produção de vacinas, que requer muito recurso por se tratar de um processo muito caro. “O nosso desafio, acredito, é estreitar e desenvolver uma melhor relação entre as secretarias e o Ministério da Saúde para a elaboração de estratégias conjuntas”.

PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM COBERTURAS VACINAIS ADEQUADAS POR TIPO DE VACINAS (HOMOGENEIDADE DE COBERTURAS VACINAIS), BRASIL, 2011 A 2016

IMUNOBIOLOGICOS	2011	2012	2013	2014	2015	2016
BCG	53,7	47,4	40,1	46,2	54,9	44,5
POLIOMIELITE	71,2	57,5	44,7	51,2	60,4	43,1
DTP/H1B/HB	70,4	54,8	59,9	49,7	64,0	50,5
ROTAVÍRUS	58,0	52,7	44,7	50,6	71,0	59,9
PNEUMOCÓCICA	47,0	49,3	56,8	48,8	60,7	59,5
MENINGOCOCO C	72,4	52,2	64,1	50,0	65,5	54,3
TRÍPLICE VIRAL	65,0	61,4	75,1	55,2	58,8	58,9

MOVIMENTO ANTIVACINAS

Até chegar aos cidadãos, as vacinas passam por um rigoroso processo de produção, começando com estudos e pesquisas, passando por inúmeros testes até ser validada e disponibilizada nos postos de saúde. Esse esforço também passa pelos gestores da saúde, responsáveis pela distribuição dos imunizantes e pela preparação dos profissionais de saúde para a aplicação da vacina.

Apesar dos números inegáveis que demonstram a eficácia e importância da vacina, cresce o número de pessoas que se recusam a vacinar seus filhos, fomentando um movimento perigoso que pode trazer de volta doenças como o sarampo e a poliomielite. “Apesar de essas doenças não acontecerem mais no nosso território, elas ainda são endêmicas em outros países e não vacinar as crianças aumenta as chances de essas doenças voltarem a ser um problema de saúde pública”, alerta Carla Domingues.

Em tempos de excesso de informações e superficialidade de conteúdos, muitas pessoas em todo o mundo, principalmente na Europa, vêm aderindo a um movimento conhecido como anti-vacina. Seja por questionarem a segurança da vacina, por temerem os efeitos colaterais, ou por acreditarem que não estão suscetíveis às doenças, estes grupos estão crescendo cada dia mais, levando países desenvolvidos, como a Itália, a se depararem com surto de doenças há muitos anos erradicadas, como o sarampo. Cabe reafirmar que é inevitável o fluxo de pessoas entre os países, tanto pelo turismo quanto pelos negócios, e o fato de algumas delas não estarem vacinadas pode provocar seu adoecimento e trazer de volta doenças extintas e todos os problemas de saúde pública que elas acarretam.

Especialistas explicam que a vacina, como qualquer outro medicamento, pode trazer eventos adversos. No entanto, ponderam que eles são infinitamente mais leves do que as doenças e suas possíveis sequelas. As doenças preveníveis pelas vacinas podem, por exemplo, causar cegueira, retardar o desenvolvimento, provocar surdez e até paralisia infantil, meningite e pneumonia. São doenças graves que muitas vezes levam à internação e a consequências piores. Já eventuais reações podem ocorrer pela própria resposta do organismo, que está criando anticorpos contra aquela enfermidade e mostrando que, se estiver vacinado, estará mais preparado para enfrentar a doença caso ela apareça.

O diretor do Butantan destaca que, assim como os medicamentos farmacêuticos, a vacina não é isenta de eventos adversos, mas seus benefícios superam tais eventos. Outro fator a ser considerado é como a prática médica em geral vem sendo realizada, caracterizando-se por uma relação médico/paciente ou médico/sociedade fragilizada, onde o tempo e o ambiente de interação entre as partes não têm favorecido a conversa sobre práticas preventivas e promotoras de saúde, como é o caso da imunização. “Finalmente, ressalto que é muito importante que o PNI, em parceria com os produtores públicos e privados, estabeleça canais de comunicação rápidos e efetivos com a sociedade para prestar esclarecimentos quanto à eventual divulgação de eventos desfavoráveis associados às práticas de imunização. O esclarecimento rápido e efetivo é o melhor instrumento de prevenção contra os movimentos antivacinação”, destaca.

Maurício Zuma também acredita em estratégias mais apropriadas para enfrentar o movimento antivacinas. Para ele, é preciso aumentar a circulação de informações qualificadas e cientificamente comprovadas, aproveitando a comunicação de massa e também eventos científicos, das redes sociais on-line aos eventos presenciais. “Temos inúmeros exemplos, como a erradicação da varíola, o controle da poliomielite, do sarampo, da rubéola e a notificação mais baixa de doenças imunopreveníveis na história da saúde pública brasileira. Os perigos da não vacinação são grandes. Em 2017, isso ficou bastante claro para nós no Brasil, quando um surto de febre amarela levou a mais de 200 óbitos, mesmo existindo a vacina”, aponta.

O diretor de Bio-Manguinhos explica que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o sarampo ainda mata 400 crianças por ano, mesmo em países avançados, onde o movimento antivacinação se propagou, principalmente por meio das redes sociais. “O movimento acontece com a disseminação de inverdades, boatos sem fundamentação científica ou fraudes comprovadas, como a que relacionava as vacinas e o autismo, baseando-se em um artigo publicado em 1998 pelo inglês Andrew Wakefield. Descobriu-se posteriormente que ele falsificou dados e teve sua licença cassada pelo Conselho Médico Britânico em 2010”, alerta Zuma.

Nereu Henrique Mansano, do CONASS, também destaca a importância do PNI e lembra a evolução do programa que hoje abrange todas as idades e atua contra inúmeras doenças. “É um programa com muitos anos de estrada e muita experiência acumulada, sempre primando pelo embasamento técnico e científico”.

PRODUÇÃO DE VACINAS NO BRASIL

O fortalecimento da produção nacional de vacina é um dos grandes desafios do Brasil, ressaltando que ela difere muito da produção de medicamentos, pois depende do crescimento de produto biológico vivo e, se há alguma contaminação, ele deve ser desprezado e a produção começa do zero. Trata-se de um processo quase artesanal no qual as matérias-primas estão mais sujeitas à contaminação e justamente por primar pela segurança, se há algum problema ou indício, todo o lote é desprezado, muitas vezes levando ao desabastecimento.

Aumentar a produção para garantir o fornecimento das vacinas é de suma importância e esse é um problema mundial nos dias de hoje, em que a demanda é maior do que a oferta, o que também é considerada uma evolução do PNI. “Não só do Brasil, mas em todo o mundo, na medida em que os programas de imunização se fortalecem, aumenta a procura pelas vacinas e aumenta a demanda nos laboratórios. Portanto, é preciso criar mecanismos que fortaleçam os laboratórios para garantir o suprimento das vacinas”, enfatiza Carla Domingues. Ela destaca o investimento no complexo industrial da saúde, por meio da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), que passa recursos para os laboratórios ampliarem suas produções visando aumentar o parque industrial da saúde e, conseqüentemente, a oferta de vacinas.

O presidente da Tecpar acredita que nos próximos 3 anos haverá um grande fortalecimento e ampliação da produção de vacinas no país, considerando a nova política do complexo econômico industrial da saúde. “Acho que as empresas detentoras de tecnologias descobriram que o único caminho de manter a posição no país é abrindo mais essa cooperação”.

Para Precioso, entre os maiores desafios para a ampliação da produção de vacinas no Brasil está a obtenção de investimentos financeiros para renovar e adequar as fábricas produtoras dos laboratórios produtores públicos. “Elas devem contemplar as crescentes demandas regulatórias nacionais, e eventualmente internacionais”. E completa dizendo que também se faz necessária a facilitação e agilização dos processos de importação de materiais de consumo e insumos que são utilizados na produção de vacinas, além do apoio contínuo do Ministério da Saúde na produção de vacinas nacionais visando o fortalecimento do programa brasileiro de autossuficiência em vacinas.

Já Mauricio Zuma aponta o acelerado desenvolvimento da ciência como grande desafio, uma vez que permite a produção de vacinas mais eficazes, seguras e multivalentes, com uma única dose protegendo contra várias doenças. Ele explica ainda que é permanente o desenvolvimento e atualização da infraestrutura, das plantas produtivas, dos mecanismos de qualidade e regulatórios que demandam a também permanente qualificação de Recursos Humanos em toda a cadeia. “Podemos entender a ampliação da produção de três formas: a primeira que é mais rápida, via aumento de produção das vacinas existentes, sendo necessárias novas instalações fabris e, pelas exigências regulatórias muito complexas, requer um investimento alto. Garantido o investimento, são 3 a 4 anos para o desenvolvimento do projeto, sua construção, e para equipá-las com a devida infraestrutura e equipamentos, a maioria importada. Para tornar esta planta operacional, é preciso contar com um grupo de profissionais altamente especializados”, detalha. A segunda via de ampliação de produção é o desenvolvimento de novas vacinas via transferência de tecnologia, o que leva mais tempo do que a primeira, pois é necessário acrescentar o prazo de identificação do produto e a respectiva tecnologia desejada. “Essa via demanda um período de negociação que pode levar de 1 a 2 anos. Passando para o desenvolvimento do projeto, construção, etc. são mais 5 a 6 anos”. A terceira forma é o desenvolvimento tecnológico autóctone para o qual existem inúmeras etapas, cada uma tendo especificidade científica e tecnológica, exigindo muitas vezes parcerias especializadas. “Essa terceira forma leva, em média, de 15 a 20 anos para obtenção do registro do produto. Todo esse processo é complexo e demanda elevado investimento, de altos custos fixos”, detalha.

O cálculo deste investimento, que se traduz não apenas na garantia de bem-estar da população, através da prevenção, é intangível, conforme explica Mauricio Zuma, ressaltando que a própria Organização Mundial da Saúde estima que, no século XX, a morbidade das doenças preveníveis caiu entre 90% e 100% em consequência do uso de vacinas. “Há também a economia de recursos, ainda mais para um sistema de saúde universal como o brasileiro: ao analisar dados de 94 países e projetar as taxas de vacinação pelo período de 2011 a 2020, pesquisadores da Johns Hopkins University dos EUA concluíram que para cada US\$ 1 investido em vacinas, os países economizam US\$ 16. Os desafios, portanto, são científicos, tecnológicos, acadêmicos, de formação, mas também de ordem política e comunicacional: a sociedade deve manter a compreensão, e o Estado nacional garantir o apoio, de que a produção de vacinas é item prioritário para o país”, finaliza Zuma.

COBERTURAS VACINAIS (CV) POR TIPO DE VACINAS EM CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO E 1 ANO DE IDADE*, BRASIL, 2012 A 2016

IMUNOBIOLÓGICOS	2012	2013	2014	2015	2016
BCG	105,7	107,43	107,28	105,08	95,5
HEPATITE B < 1 MÊS	NA	NA	88,54	90,93	81,66
ROTAVÍRUS HUMANO (<1ANO)	86,37	93,32	93,44	95,35	88,97
MENINGOCOCO C (<1ANO)	96,18	99,70	96,36	98,19	91,67
MENINGOCOCO C (<1ANO)	...	92,35	88,55	87,85	93,85
PENTA (DTP/HIB/HB) < 1 ANO	93,80	95,89	94,85	96,30	89,26
DTP (1ª RED)	...	90,96	86,36	85,78	64,27
PNEUMOCÓCICA	88,39	93,57	93,45	94,23	94,98
PNEUMOCÓCICA (1ª REF – 1 ANO)	...	93,12	87,95	88,35	84,42
POLIOMIELITE	96,55	100,71	96,76	98,29	84,42
POLIOMIELITE (1ª REF – 1 ANO)	...	92,92	86,31	84,52	74,33
HEPATITE A (1 ANO)	60,13	97,07	71,57
HEPATITE A (1 ANO) TRÍPLICE VIRAL D1 (1 ANO)	99,5	107,46	112,8	96,07	95,35
TRÍPLICE VIRAL D2 (1 ANO)	...	68,87	92,88	79,94	76,71
DUPLA ADULTO/DTPA GESTANTE	NA	50,69	43,06	42,6	33,80

JOVENS E ADULTOS

Levar informação e compreensão à população jovem e adulta, para que entenda que hoje o calendário de vacinação não é só para as crianças, também é um desafio do programa de imunização. O calendário vacinal acompanhou as transições demográfica, territorial e epidemiológica e hoje abrange todas as faixas etárias, cabendo ao cidadão ir ao centro de saúde e identificar se alguma vacina precisa ser tomada, segundo a coordenadora do PNI. "Se não vacinarmos a também a população adulta de acordo com o calendário, pode acontecer o deslocamento de faixa etária, que é quando a doença que ocorria somente na infância, passa a ocorrer na fase adulta, como é o caso da caxumba, por exemplo, por isso a necessidade de a população até 29 anos tomar as duas doses da vacina".

Para tanto, faz-se necessária uma gestão mais otimizada e adequada para o atendimento dos jovens, que além de não terem o hábito de frequentar unidades básicas de saúde, têm resistência para tomar as vacinas. Foi o que ocorreu com a vacina contra o HPV (papilomavírus humano) que levou em conta a problemática da questão de que os

jovens não se dirigem aos postos de saúde e por isso foi até as escolas. Ainda assim houve resistência e sobra de vacinas, que passaram a ser aplicadas em grupos não prioritários para que não perdessem a validade. Para questões como estas, é preciso estabelecer estratégias diferenciadas, fazendo palestra para pais, promovendo debates e depoimentos e realizando ações em locais predominantemente frequentado por jovens. “A vacinação não pode se dar apenas nos centros de saúde, com essa ampliação do programa e esse escopo você tem que ter ações diferenciadas para toda a população”, completa Domingues.

A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO

O programa brasileiro de imunização tem 44 anos e sua atuação é marcada pela recomendação da sociedade científica. A inserção de vacinas só é possível após análise de arcabouço teórico e científico, estudos e validação. “Essa é, sem dúvida, a fonte mais segura para busca de informações e nosso papel frente a esses grupos é mostrar que a vacina é segura e eficaz, que passa por um processo rígido de validação e de controle de qualidade tanto pelas agências reguladoras quanto pelo Programa Nacional de Imunização”, reitera a coordenadora do PNI. Ela completa dizendo que o rigoroso controle de qualidade visa assegurar a segurança da vacina para que ela realmente proteja as pessoas, fomentando a compreensão de que a imunização traz muito mais benefícios do que riscos para a população.

Para tanto, faz-se imprescindível aprimorar a comunicação com a população e com os profissionais de saúde, seja nas Unidades Básicas ou por meio da ação dos Agentes Comunitários de Saúde, pois a unificação das informações corretas e seguras dentro do SUS é fundamental. “O médico não pode deixar dúvida e muito menos dizer que não se deve tomar a vacina no SUS. Ele é o maior formador de opinião, por isso, cada vez mais há necessidade de atualizar os profissionais de saúde, responsáveis pela orientação correta e adequada. Também precisamos de mecanismos de formação de opinião nos nossos sites e diversos meios digitais de comunicação e, nesse aspecto, é fundamental o papel do Ministério da Saúde, do CONASS, do Conasems e de toda a rede do SUS, seja nos conselhos de saúde e nas sociedades científicas. A imprensa também tem papel fundamental e é uma grande aliada no que concerne à prestação de serviços relacionados à saúde das pessoas”, destaca Carla Domingues.

As secretarias municipais e estaduais de saúde têm papel muito importante, pois estão mais perto dos usuários. “Ao contrário do que pregam alguns movimentos, a vacina está cada vez mais segura e tem aumentado seu escopo”, destaca Felix, sugerindo que a comunicação com a população deve ser clara, enfatizando a segurança da vacina, que não se produz de uma hora para outra.

PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

O SUS, por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), oferece todas as vacinas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no Calendário Nacional. Atualmente, são disponibilizadas pela rede pública de saúde, de todo o país, cerca de 300 milhões de doses de imunobiológicos ao ano, para combater mais de 19 doenças, em diversas faixas etárias.

Ao longo do tempo, a atuação do PNI, ao consolidar uma estratégia de âmbito nacional, apresentou consideráveis avanços. As metas mais recentes contemplam a eliminação do sarampo e do tétano neonatal, além do controle de outras doenças imunopreveníveis como difteria, coqueluche e tétano acidental, hepatite B, meningites, formas graves da tuberculose e rubéola, assim como a manutenção da erradicação da poliomielite.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES DO PNI*

O objetivo fundamental do SI-PNI é possibilitar aos gestores envolvidos no programa uma avaliação dinâmica do risco quanto à ocorrência de surtos ou epidemias, a partir do registro dos imunos aplicados e do quantitativo populacional vacinado, que são agregados por faixa etária, em determinado período de tempo, em uma área geográfica. Por outro lado, possibilita também o controle do estoque de imunos necessário aos administradores que têm a incumbência de programar sua aquisição e distribuição.

A CGPNI (Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações) é responsável pelas ações de vacinação em nosso país. Para maiores esclarecimentos sobre vacinação, entre em contato através do e-mail pni_cgpmi@listas.datasus.gov.br ou pelos telefones: (61) 3213-8356 e (61) 3213-8357.

Para solicitar suporte técnico à equipe de desenvolvimento dos sistemas informatizados do SI-PNI entre em contato através do e-mail pni@listas.datasus.gov.br ou pelos telefones: (21) 3985-7237 e (21) 3985-7258.

**Fonte: Ministério da Saúde*

Valéria então apontou sua pesquisa sobre os possíveis fatores para essa queda: falsa segurança de que não há mais necessidade de se vacinar; desconhecimento dos esquemas vacinais preconizados nos calendários; falta de tempo; horário de funcionamento das salas; profissionais de saúde insuficientes para atender a demanda e sem a devida capacitação; mobilidade da população X doses aplicadas; manutenção insuficiente do SIPNI e notificação compulsória; e insumos disponíveis e número de sala de vacinas⁴⁰. Identificamos também que o provimento de vacinas em frascagem inadequadas compromete o processo de trabalho estabelecido há anos no país, o qual tem sido considerado um programa de imunização exitoso.

No caso apresentado pela Simone, uma das fragilidades identificadas foi que não havia sido feita a notificação compulsória desse caso de sarampo⁴¹. É fundamental a ação conjunta do ACE e o ACS, tanto na detecção do agravo, quanto para o monitoramento do mesmo e seus encaminhamentos devidos. Neste caso do sarampo como não foi registrado, ele não foi descoberto e, não houve o alerta. Sabendo-se que o contágio pode ocorrer alguns dias antes dos sintomas, provavelmente outras pessoas, podem estar contaminadas e podem vir a desenvolver a doença. Além disso, o caso também impacta na gestão municipal, pois com uma complicação dessas, como a pneumonia do menino, pode-se onerar o sistema de saúde com internações⁴² desnecessárias e até óbitos por uma causa evitável na AB.

“A integração entre as ações de Atenção Básica e Vigilância em Saúde deve ser concreta, sendo recomendada a adoção de um território único para ambas equipes, em que o Agente de Combate às Endemias (ACE) trabalhe em conjunto com o ACS e os demais membros da equipe multiprofissional de AB na identificação das necessidades de saúde da população e no planejamento das intervenções e ações de saúde no território.” (Brasil, 2018: 21). Veja mais em: Brasil, 2018. Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde.

40 Apresentação do Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/29/3.a-Avaliacao-coberturas-vacinais-2018.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

41 Veja mais em: Brasil, 2018. Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde.

42 Ver mais sobre o tema Internações por condições sensíveis a Atenção Básica. PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). Ciênc. saúde coletiva [online]. 2018, vol.23, n.6, pp.1903-1914.

Nesse momento, quase não se conseguia mais seguir com a oficina, mas Olga, apesar de preocupada, tentou estimular a continuidade, pois havia muita coisa ainda para se discutir e decidir. O caso do sarampo também suscitou uma reflexão sobre a proposta de qualificar a alimentação e o acompanhamento dos sistemas de informação, tão essenciais, por exemplo, para compreender problemas como esse do sarampo e evitá-los. Então propôs que fosse contextualizado pela coordenação AB, como o grupo avaliava a qualidade dos dados⁴³.

Valéria inicia falando das dificuldades de alimentação e atualização do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB - <https://sisab.saude.gov.br/>), por meio das fichas do e-SUS AB. Explica que, a troca do SIAB (Sistema de informação de Atenção Básica) pelo SISAB no município começou em 2016 e hoje, apesar das equipes já estarem 100% treinadas para o preenchimento, ainda se tem poucos computadores para digitação. Isso é um problema, porque a produção não consegue ficar atualizada, especialmente os cadastros dos usuários. Relata que seu sonho é que as equipes comecem a utilizar o prontuário eletrônico do e-SUS AB. Primeiro porque isso qualifica muito o trabalho da equipe e os registros. Segundo porque reduziria o número e o tempo de organização de papéis. Terceiro porque já daria para mandar a produção para o Ministério da Saúde direto da própria UBS, evitando possível suspensão de repasse (como já ocorreu). E quarto, os relatórios já ficariam disponíveis automaticamente nas próprias UBS para que pudéssemos superar as dificuldades na utilização dos dados, já disponíveis, para análises e incorporação nas práticas cotidianas na melhoria da sua atuação.

V: Hoje, o meu acompanhamento é feito de duas formas: uma através da produção que a equipe me entrega e comparo com os indicadores gerados no site do SISAB⁴⁴. Com base em relatórios como esses, fundamentei minha discussão com as equipes sobre cada temática. Concluímos que o percentual de oferta de vagas estava baixo para a demanda espontânea apresentada, de tal modo que, chegássemos a pensar em como atender a necessidade de oferecer uma maior oferta para o atendimento de demanda espontânea, na medida em que surgiram casos, onde foi solicitado ao usuário para voltar no dia seguinte e com isso a equipe ficou sem notícias dele.

V: E a outra forma são os relatórios registrados na secretaria de saúde referente à produção que já está atualizada e tento ir discutindo com as equipes em suas reuniões. Mas, o melhor seria que elas mesmas gerassem e fossem se apropriando dessa ferramenta. Obviamente, eu iria estar acompanhando. O Sistema SISAB, por meio da estratégia e-SUS AB

43 Ver capítulo Gestão da Informação.

44 Fonte: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorio/indicadores/PubRelIndicadores.xhtm>,

está em fase de constante atualização, até para acompanhamento dos dados de saúde, e, é certo que ainda tem fragilidades nos dados que ele disponibiliza para o monitoramento do cuidado em saúde, mas, dentro do que ele já oferta, temos sete tipos de relatórios consolidados, sendo eles: Atendimento, Acompanhamento, Procedimentos, Exames, Condução, Monitoramento e Consolidado do Cadastro. E também, quatro tipos de relatórios operacionais: relatório de cadastro, gestante/puérpera, criança e risco cardiovascular. Cada um traz informações específicas coletadas tanto através das fichas da Coleta de Dados Simplificada (CDS) como nos registros do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Trabalho muito com o relatório de atendimentos com os médicos e enfermeiros e o de acompanhamento com os ACS. Deixa eu mostrar para vocês, um exemplo para entenderem melhor o que estou sinalizando:

MOTIVO DE VISITA - ACS	
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
ACOMPANHAMENTO	9
BUSCA ATIVA	0
CADASTRO / ATUALIZAÇÃO	0
CONTROLE DE AMBIENTES / VETORES	0
COMITÊ DE ATIVIDADES COLETIVAS / CAMPANHA DE SAÚDE	0
SERVIÇO DE INTERVISÃO	0
ORIENTAÇÃO / PREVENÇÃO	0
OUTROS	0
VISITA PERIÓDICA	0

Fonte: Manual e-SUS Relatório 1.2. Disponível em: http://www.batatais.sp.gov.br/esus/manuais/Manual_eSUS_Relatorio_1.2.pdf

V: Nesse caso, discutimos a importância dos ACS intensificarem suas orientações quando estiverem realizando visitas domiciliares, por exemplo. Ou seja, dá para fazer muita coisa, mas ter esses dados atualizados e infraestrutura para isso, é fundamental.

João Pedro ressalta:

JP: Em Freire já fizemos um piloto com prontuário eletrônico em uma das equipes e, junto com os dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB)⁴⁵, nos ajudou a refletir sobre uma infinidade de melhorias.

I: E o que seria o PMAQ-AB exatamente, vocês podem explicar melhor? Ouvi algumas críticas de profissionais em uma reunião, mas queria escutar de vocês, que são gestores mais experientes!

O: Já deu para ter um bom panorama da questão do sistema de informação, Valéria. Acho que poderíamos nos debruçar um pouco sobre o PMAQ e o que ele significou para o município, concordam?

JP: Íris, no intervalo podemos conversar com mais detalhes sobre o PMAQ-AB, como surgiu, qual a metodologia, acrescentando que você pode acessar a página do PMAQ e ver todos os documentos produzidos, desde a concepção, os instrumentos, a lista de municípios participantes, tudo está lá disponibilizado⁴⁶.

Mas o que queria destacar mesmo para você, Íris, é a importância para nós, gestores municipais, de termos uma ferramenta para realizar a avaliação de desempenho de nossas equipes, e, conseqüentemente, utilizar seus resultados para qualificar a atenção que se presta a nossa população. Desde 2011, a ferramenta que o MS tem proposto é o PMAQ, que já está em seu 3º Ciclo. Apesar de estar longe de ser um programa de avaliação completo e finalizado, tem sido bem interessante olhar os relatórios e dados, também disponibilizados para o gestor na página do DAB. Deu para perceber, por exemplo, o crescimento das equipes e, tenho que dizer que, chegamos ao melhor desempenho delas! Mas ainda temos fragilidades e temos que rever o planejamento. Aliás, todo o processo de gestão é dinâmico, tudo muda, diversos fatores podem influenciar no processo de trabalho, por isso vamos continuar monitorando e avaliando. E, sem dúvida, a importância de programas de avaliação da AB, como o PMAQ, nos dá a possibilidade de incremento do planejamento. Levantam-se os problemas, traçam-se estratégias para seu enfrentamento, executam-se as ações e, para qualificar o processo, é preciso monitorar essas ações e

45 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de AB. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB: AMAQ. Material de Apoio a Autoavaliação para as equipes de AB (Saúde da Família, AB Parametrizada e Saúde Bucal). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

46 Documentos relacionados ao PMAQ-AB no site do Ministério da Saúde. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php.

avaliá-las para voltar à questão para novos problemas e assim seguir na gestão, retroalimentando o processo, qualificando as suas ações!

V: Outra questão interessante para a qualificação do processo de trabalho das equipes é a realização da “autoavaliação” pelas equipes que têm participado do PMAQ. Eu vejo que ela está sendo incorporada gradativamente. E isso é mais uma ferramenta potente de avaliação e planejamento, é claro!

João Pedro retoma a palavra e tece considerações apontando que a prática da realização da autoavaliação tem sido fundamental para AB de seu município, trazendo consequências positivas para melhoria do processo de trabalho das equipes. A construção da matriz favorece essa reflexão, bem como o desenvolvimento e o acompanhamento do planejamento. A própria equipe ao levantar um problema consegue perceber a governabilidade sobre ele e, por vezes, descobre que sua solução não requer a implementação de recursos mais complexos (financeiros ou gerenciais), e consegue resolver ou minimizar a questão ou, ao contrário, que a solução depende de uma intervenção maior. Ele apresentou o seguinte exemplo

retirado do Manual de autoavaliação PMAQ-AB.

4.11	A EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA OFERECE ATENDIMENTO À POPULAÇÃO DE, NO MÍNIMO, 40 HORAS SEMANAIS	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<i>A equipe garante atendimento semanal de, no mínimo, 40 horas, tendo em vista o seu amplo escopo de ações não apenas de atenção clínica individual, como também a realização de visitas domiciliares, grupos de educação em saúde, acolhimento, ações de vigilância, ações coletivas no território e reuniões de planejamento e avaliação. Dessa forma, o desenvolvimento das ações das equipes durante a jornada de trabalho aumenta o impacto na saúde e as possibilidades de manutenção e fortalecimento dos vínculos e a longitudinalidade do cuidado. O atendimento clínico individual está disponível em horários que facilitem o acesso aos usuários (horários de almoço, fins de semana, período noturno etc).</i>		

Fonte: Brasil, 2017. Manual de autoavaliação PMAQ-AB. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq_2017.pdf

JP: Vejam, uma potência que conseguiram perceber (e que depende da equipe) é que 40h semanais não significava exclusivamente a realização de consultas e sim, um conjunto de atividades que a equipe realizava, mas sem muita organização e frequência. Resultado: a equipe encaminhou a necessidade de oficinas de planejamento de agenda para essa oferta mais ampliada de ações, colocando nessa agenda as visitas, reuniões de equipe, grupos, etc., e não só as consultas, como era de praxe.

Depois de ouvir essas questões, Íris acredita que vai ser mais tranquilo começar a diagnosticar os problemas do seu município e pensar soluções para as

equipes, pois pode acessar e usar os dados e relatórios do AMAQ e do PMAQ.

Acho que já é um bom começo! Se anima em estudar mais sobre isso.

Na continuidade da Oficina, Olga apresenta um quadro dos problemas levantados no planejamento anterior, o estado atual e se eles foram enfrentados (ou não!) Sugere também que nessa etapa da oficina possam ser

analisados e pactuados prazos e responsáveis.

QUADRO 1: MONITORAMENTO DO PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

PROPOSTA DO PLANEJAMENTO ANTERIOR	ESTADO ATUAL	REFORMULAÇÃO DA PROPOSTA	PRAZO	RESPONSÁVEIS
<i>Ampliar a equipe da Unidade da periferia, implantando Equipe ESF;</i>	<i>Realizada</i>	<i>Qualificar processo de trabalho, enfatizando acolhimento, reunião de equipe e educação permanente;</i>	<i>15 meses</i>	<i>Equipes AB e Coordenador AB;</i>
<i>Criar, com profissionais egressos da Unidade do Centro, um NASF;</i>	<i>Realizada</i>	<i>Qualificar equipe NASF a fim de que possa dar maior suporte às equipes;</i>	<i>6 meses</i>	<i>Equipe NASF e coordenador AB;</i>
<i>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;</i>	<i>Realizadas com baixa frequência (trimestral)</i>	<i>Promover atividades de educação permanente, mensais, com ampla participação, a partir da realidade vivenciada por cada equipe e estabelecendo consensos;</i>	<i>12 meses</i>	<i>Cada equipe AB organiza em 1 mês (proposta de tema e texto, condução do espaço e facilitador);</i>
<i>Implementar mecanismos que possibilitem às Unidades realizar alimentação local dos sistemas de informação, com atualização contínua;</i>	<i>Realizado: -2 computadores por ESF; Não realizado: - Internet; Substituição das fichas de papel do e-SUS;</i>	<i>Implementar a internet em todas as UBS; Substituir fichas de papel por prontuário eletrônico, gradativamente; Treinar a equipe para utilização de todas as funcionalidades do E-SUS AB;</i>	<i>18 meses</i>	<i>Internet – Secretaria de saúde; Equipes AB e coordenação AB – treinamento;</i>
<i>Integrar as ações de vigilância em saúde e a Atenção Básica, para possibilitar a produção de indicadores e, mesmo, a ação local em situações de risco.</i>	<i>Não realizada</i>	<i>Reformular diagnóstico situacional em conjunto com a AB e vigilância, identificando pontos de risco no território; Integrar ações de ACS e ACE; Garantir a notificação compulsória das doenças específicas; Produzir os indicadores para planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde.</i>	<i>12 meses</i>	<i>Todas as equipes; Coordenação AB;</i>

Fonte: adaptado de Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS: “Diálogos no Cotidiano” / CONASEMS COSEMS-RJ, LAPPIS/

Olga pondera com todos presentes na Oficina que, nesse balanço de realizações e não realizações, percebe-se claramente que houveram grandes avanços e que o caminho para a qualidade da Atenção Básica de Vila SUS está traçado. É preciso agora pegar as questões mais relevantes.

Valéria deu o exemplo do NASF. O Núcleo foi criado e já conta com diversos profissionais. O que precisa é definir melhor o seu processo de trabalho, tendo em vista o novo escopo que lhe foi dado na última PNAB. Ele agora deve atuar como um núcleo não só de apoio, mas com ação ampliada, podendo abranger todas as equipes de AB (não só as da ESF).

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 das UBS⁴⁷.

Atualmente, o NASF conta com dois médicos especialistas, um fisioterapeuta, uma terapeuta ocupacional, uma nutricionista e uma psicóloga. Precisamos pensar em como agregar mais algumas especialidades como o fonoaudiólogo e um educador físico.

O: Falando-se do NASF, vou voltar ao caso da gestante que a equipe trouxe ontem pois soubemos de mais detalhes e vamos precisar ajudar a equipe a traçar um plano de ação. Ela foi a UBS e conseguiu fazer ainda algumas consultas. Mas, como ela apresentava uns sintomas que, no primeiro momento pareciam da gravidez, foi solicitado que sua mãe fosse a consulta para ajudar a esclarecer. Conversa vai, conversa vem, a equipe desconfiou que a menina estivesse com anemia falciforme e pediu o exame.

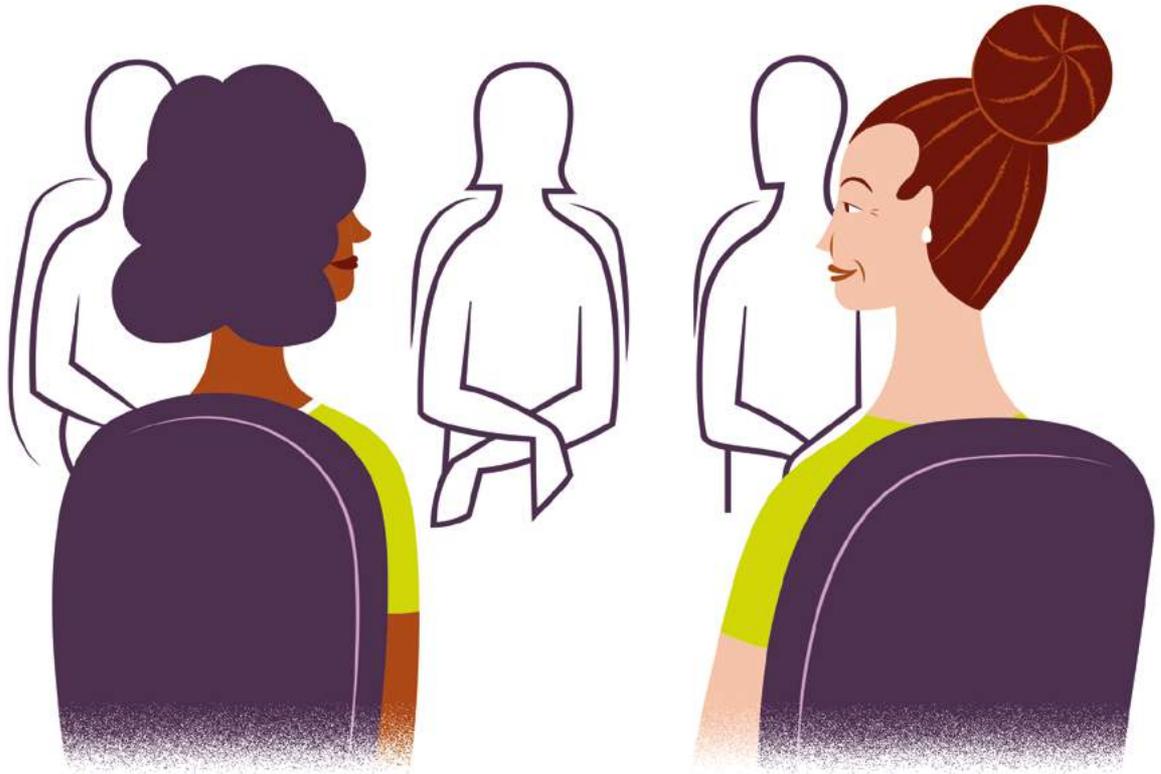
Vitória: Que loucura! E veio positivo? O que aconteceu?

Valéria: Sim, deu positivo e não conseguimos com rapidez a consulta com o especialista. Logo em seguida soubemos que ela foi para a maternidade. Foi bem complicado, tanto o parto, quanto a saúde do bebê. Ela está para sair da maternidade e agora precisamos reassumir a condução do caso, inclusive parece que ela está com depressão pós-parto. Por isso pensei na atuação do psicólogo do NASF. Vamos ter que acionar todos os dispositivos da nossa Rede de Atenção à Saúde⁴⁸, afinal, temos a responsabilidade da coordenação desse caso!

O: Isso mesmo! Que esse caso sirva para as nossas equipes como um bom exemplo da importância da AB na captação, resolução e acompanhamento do caso, se firmando como responsável direta e indiretamente, enfim,

47 Ver Capítulo 9.

48 Ver mais em Capítulo 9.



como coordenadora do cuidado. Obviamente, vamos aprender também com os pontos negativos de nossa atuação no caso. Por exemplo, temos que garantir nas equipes os processos de educação permanente. Essa garantia não pode se dar por um decreto, por um ofício da secretária, ela deve ser incorporada no cotidiano das equipes.

Ela retoma a proposta de fazer uma roda de conversas específica sobre quais ações podem planejar, deixando já agendado para o final do mês.

O: Temos que aprender, por exemplo, a discutir casos e dividir angústias com toda a equipe multiprofissional. Pensem que a cada caso que se discute estamos falando da realidade das pessoas sob nossa responsabilidade e que precisam de respostas. Discutir e planejar casos em equipe é uma ferramenta potente para qualificar o cuidado, sendo feito através de trocas de saberes, de diferentes formas de olhar o objeto, de aquisição e domínio de conhecimentos, da busca de suporte teórico. Enfim, é trabalhar nossa qualificação a partir da realidade. E por falar em discutir casos, vamos agora voltar ao

caso do menino com sarampo. A enfermeira havia se reunido com Valéria e trouxe mais dados para nossa reflexão. Vamos ao relato.

V: O relato da enfermeira foi que, para eles entenderem o que havia se passado, onde estava o possível erro, ou erros, pegaram o prontuário da família e foram até a casa dele para conversar com familiares e outros moradores. Para surpresa de todos, o que houve foi que a mãe não percebeu que o menino estava com sarampo, só se dando conta quando ele ficou começou a ter febre e dificuldade de respirar, pois até então o menino estava normal, segundo o relato da cuidadora da creche. Quanto à vacina, a mãe realmente não havia dado pois uma colega de trabalho, que mora em outro município, ouviu falar numa rede social que essa vacina fazia mal e podia provocar a doença ao invés de preveni-la, daí ela ficou insegura e resolveu não dar. Foi feito pelo ACE todo o levantamento de contato para as providências cabíveis. Por sorte, as outras duas crianças da casa tinham tomado a vacina e na creche também. A diretora ficou muito preocupada e pediu que todas as mães levassem uma cópia atualizada das carteiras. Ou seja, o caso não deve dar origem a um surto.

O: Assim espera-se!

Apesar de um pouco aliviados, pois não foi um problema direto da atuação da equipe, viram que tem uma grave questão que se deve melhorar que é a comunicação com a população com relação as questões de saúde. O caso então motivou a equipe a discutir seriamente a questão da educação em saúde e a aproximação com a comunidade.

“Temos que ocupar os espaços que a comunidade tem, seja a rádio, o conselho, as festas locais, enfim” – pensa alto Olga.

O: Em uma próxima reunião do Conselho Municipal de Saúde⁴⁹, vou solicitar esse tema como pauta para ajudar nessa melhor aproximação e esclarecimento junto às comunidades, pois ele pode ser potente na articulação com os diversos setores, para que sejam criados espaços de conversa com a comunidade, no sentido de esclarecer questões fundamentais, principalmente quanto a promoção e prevenção de agravos. Temos que abordar sobre as notícias falsas sobre as vacinas que andam aparecendo nas redes sociais.

Vitória: Vejam que consta no texto da PNAB (2017), como uma das diretrizes: “Participação da comunidade: estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas

49 Veja mais em Capítulo 2 deste Manual: Gestão participativa no SUS: Conselhos e Conferência Municipais de Saúde.

e coletividades do território. Considerando ainda o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, através de articulação e integração das ações intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do controle social”.

É necessário conhecer os problemas e as necessidades de saúde⁵⁰ e, 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 mais uma vez é que a AB é o nível do sistema que tem a responsabilidade para a coordenação do cuidado.

O: 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.

Ao final da oficina, Olga se sentia fortalecida pois seus dois anos tinham refletido todo seu investimento e concentração na melhoria da qualidade da AB de Vila SUS. Saber das reflexões e resultados da oficina de avaliação lhe deu segurança em concluir que, apesar de ainda enfrentar sérias dificuldades, a AB de Vila SUS deu um salto de qualidade. Saber das reflexões e resultados da oficina de avaliação lhe deu segurança em concluir que, na prática, a importância de se trabalhar um planejamento coletivo, a partir do levantamento de situações problemas, com análise de governabilidade para enfrentá-los e, sem dúvida, constitutivo do processo de monitoramento e avaliação sob a ótica da integralidade⁵¹, sendo fundamental para que ela, gestora do município, pudesse ter base para continuar organizando e qualificando a AB do município de Vila SUS.

50 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.

51 PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G.; MATTOS, R.A.(ORGS). Atenção Básica e Integralidade: Contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008. 360 p.

CAPÍTULO

11

VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO

Na reunião da CIR, Íris, secretária do município de Céu Azul, se encontrou com Olga, secretária municipal de Vila SUS, cuja experiência auxilia os municípios que compõem a CIR pelo sucesso de sua gestão de saúde em Vila SUS. Nesse encontro, Íris relata a ajuda que teve de Vitória, apoiadora do COSEMS, e os seguintes problemas que vem enfrentando desde que assumiu a gestão municipal.

A Secretaria Estadual de Saúde (SES) notificou Íris sobre o aumento de casos de sífilis congênita no último ano em Céu Azul. 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, Íris buscou ajuda de Vitória para esclarecer suas dúvidas. Na conversa com Vitória, Íris percebeu a complexidade do tema e entendeu 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 o planejamento e a 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 saúde¹.

Após se debruçar sobre o assunto, Íris identificou que a vigilância em saúde atua através das Vigilâncias Epidemiológica, Ambiental, Sanitária, e Saúde do Trabalhador. Ela compreendeu que todas convergem para um ponto em comum: estar vigilante, estar atento, prever riscos, e que independentemente dos conceitos e práticas já consolidadas de Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária e do Meio Ambiente, a Vigilância em Saúde pode ser tratada como Vigilância de Riscos e/ou Agravos, tendo como escopo de atuação:

- *Trabalhar em bases territoriais;*
- *Trabalhar com informações em saúde, de preferência georreferenciadas;*
- *Trabalhar com diversos bancos de dados (SINASC, SINAN, SIM, E-SUSAB, etc.);*
- *Trabalhar com identificação de vulnerabilidades nos territórios (ambientais, bolsões de pobreza, etc.);*
- *Trabalhar com doenças e agravos de notificação compulsória e problemas coletivos de saúde (agudos e crônicos);*
- *Produzir informações;*
- *Estimular a Educação permanente dos profissionais da Vigilância;*
- *Trabalhar valorizando a participação social.*

Além disso, Íris percebeu que 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. Íris concluiu que o território é a base do trabalho das equipes e que as práticas tanto de AB como de VS incidem no território, o que implica que deve-se fazer um esforço visando definir o mesmo território de atuação para a VS e AB.

1 BRASIL. Anexo III da Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017 e Título IV, Capítulo II, Seção I e II da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. 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.

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 saúde². Sendo assim, Vitória destacou que muitas vezes o conceito de território na saúde é aplicado de forma administrativa, voltado à operação dos serviços e ações de saúde. A delimitação de áreas de atuação dos serviços acaba por ser realizada com base apenas no quantitativo de população para o cumprimento de normas e para o estabelecimento de relações com outros pontos de atenção, desconsiderando a dinâmica social e política existentes nos territórios e por consequência seu potencial para a identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção mais efetivas.

Desta forma, ela ressalta que mais do que um simples espaço geográfico delimitado, onde partes do sistema de saúde são operados, a territorialização é a estratégia central das práticas sanitárias locais e a interação da população de cada território com seu serviço local de referência. Tendo em vista a importância da territorialização, Vitória apresenta a Íris um conjunto de medidas voltadas à utilização de instrumentos que favoreçam a apropriação do território, como o uso de questionários, roteiros, mapas manuais e/ou informatizados.

Apesar de já conhecer mais sobre a Vigilância em Saúde, Íris seguia com dúvidas de como relacionar o conteúdo estudado, com a situação vivida e solicitou que Vitória esclarecesse mais alguns aspectos.

Desta forma, a apoiadora do COSEMS entrega à Íris um folheto com a seguinte informação:

» 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 agravos³.

2 MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. Guia PNAB módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde. Brasília. 2018.

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.

São funções da vigilância epidemiológica⁴:



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.

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 percebeu 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 compulsória⁵ e

4 MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília. 2017.

5 BRASIL. Capítulo I do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. 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.

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 intervenção⁶.

O aumento do número de casos de sífilis congênita registrado em Céu Azul sugere que a sífilis, infecção 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 básica⁷, 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 Céu Azul 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. Íris então foi, aos 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 Epidemiológica também é responsável pela recepção, armazenamento, transporte, distribuição e controle dos imunobiológicos, ações que configuram a Rede de Frio. Íris entendeu também que para muitas dessas ações, Céu Azul, como a maioria dos pequenos municípios, dependia da SES.

Sobre o não alcance da cobertura vacinal em menores de um ano no município de Céu Azul, 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 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 Íris que nunca se pode deixar findar o ano para identificar que a cobertura vacinal em menores de um ano não alcançou a

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. Cadernos de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, Secretaria de Atenção à Saúde, 2013.

meta esperada. O que ocorreu em Céu Azul evidencia ausência de monitoramento e controle de crianças imunizadas bem como das doses de vacina administradas, tanto por parte da Vigilância Epidemiológica quanto pela Atenção Básica.

A apoiadora do COSEMS explicou também que o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização⁸ possibilita o acompanhamento e 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 imunopreveníveis é uma das principais ações, comprovadamente eficaz, de prevenção de surtos e epidemias.

Após o relato, Olga acrescentou algumas informações que serão muito úteis para a gestão de Íris.

Ela informou sobre a portaria que atualiza a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB⁹ e que permite novos arranjos e reconhecimento de serviços que existem nos municípios, fortalece e induz o planejamento integrado das ações através do território único, além de reconhecer o Agente de Combate às Endemias (ACE) como membro da equipe de Atenção Básica e incorporar suas atribuições, o que Olga considera um importante avanço para a gestão municipal.

Olga relata a Íris que a PNAB traz a territorialização como estratégia principal para a organização do cuidado em saúde e do modelo de atenção, identificando problemas e necessidades a serem enfrentados, e revelando potencialidades locais.

Além disso, Olga também comentou sobre a publicação da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS)¹⁰, importante marco para a mudança de paradigma em relação ao modelo de saúde hospitalocêntrico, e que contribui para a integralidade na atenção à saúde, o que pressupõe a inserção de ações de vigilância em saúde em todas as instâncias e pontos da rede de atenção à saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta, bem como na definição das estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede de atenção.

Outra sugestão que Olga considerou importante e recomendou à Íris, é usar as ferramentas do projeto Aedes na Mira¹¹, uma parceria da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) com o CONASEMS.

8 MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2014.

9 BRASIL. Anexo XXII e Anexo 1 do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 2.436/2017). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

10 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 588, de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde.

11 <https://projetoaedesnamira.com.br/>.

O projeto consiste em oferecer ferramentas EAD auto instrutivas e com tutoria aos municípios, com o intuito de aprimorar o conhecimento destes por meio da capacitação de gestores e profissionais de saúde no enfrentamento às arboviroses e combate ao Aedes e às doenças transmitidas por ele, não só para evitar a deflagração de uma epidemia, como também para evitar a ocorrência de óbitos decorrentes dessas doenças, além de aperfeiçoar o conhecimento dos profissionais em vigilância em saúde e entomologia.

Olga enviou um profissional de seu município para o curso semipresencial de entomologia e estimulou que todos os colaboradores ligados à atenção básica e vigilância em saúde realizassem a capacitação EAD de Vigilância Aplicada à Saúde Pública, que está disponível para acesso no site do CONASEMS¹². Olga, inclusive, sugeriu que seus profissionais dedicassem um período por semana do seu turno de expediente de trabalho, para realizar as aulas, pois considera este tipo de ferramenta primordial para o aprimoramento do trabalho em seu município¹³. Outra ferramenta EAD disponível no site do CONASEMS é o curso de Entomologia Aplicada à Saúde Pública. No projeto também está disponível a capacitação EAD com tutoria de Combate ao Aedes na Perspectiva da Integração da Atenção Básica e Vigilância em Saúde, e que prevê, ao final da mesma, o desenvolvimento de um projeto de intervenção no âmbito municipal, o qual tem sido muito efetivo em Vila SUS.

Olga relatou à Íris que, em reunião no Conselho Municipal de Saúde de Vila SUS, apresentou o projeto Aedes na Mira aos conselheiros municipais no sentido de estimulá-los a conhecer as ferramentas autoinstrutivas disponíveis no site do CONASEMS.

Ao final da conversa, Olga sugeriu a Íris a visita de Eduardo, Coordenador de Vigilância em Saúde de Vila SUS, ao município de Céu Azul, a fim de contribuir na organização da vigilância em saúde.

Íris aceitou a oferta de Olga e reuniu sua equipe, onde juntos decidiram pela realização de uma oficina com Eduardo para estruturar as ações de vigilância em saúde em Céu Azul. Agindo assim, a gestora espera por uma maior adesão dos trabalhadores nas mudanças necessárias.

Eduardo iniciou 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.

12 <https://www.conasems.org.br/orientacoes-ao-gestor/ferramentas-2/>.

13 BRASIL. Capítulo I do Anexo XL da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 1996, de 20 de agosto de 2007). Dispões sobre as Diretrizes para a Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. A parte da referida portaria, que trata de financiamento do Componente Federal para a Política Nacional de Educação Permanente, foi incorporada à Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, Título VI, Capítulo I, Seção I e Anexos LXXXIV a LXXXVII.

Além disso, apresentaram algumas definições já trazidas pelas portarias ministeriais:



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 compulsória¹⁴, 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)¹⁵. 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.

14 BRASIL. Capítulo I do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. 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.

15 Idem nota 4.

Um ponto importante registrado na oficina foi a preocupação da equipe com o controle de zoonoses no município.

Muitas dúvidas surgiram, e então Eduardo informou à equipe sobre o Manual de Vigilância, prevenção e controle de zoonoses¹⁶, que esclarece sobre as normas técnicas e norteia as ações a serem desenvolvidas e executadas nos municípios para a prevenção, proteção e promoção da saúde humana, quando do envolvimento de riscos de transmissão de zoonoses e de ocorrência de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos, de relevância para a saúde pública.

Ao finalizar a oficina de trabalho, foi consenso do grupo que, para melhorar os resultados das ações e serviços de saúde, é imprescindível inserir na agenda do gestor um processo de monitoramento e um planejamento de como realizar a territorialização e promover a integração entre a Atenção Básica e a Vigilância.

Íris 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 Pública¹⁷, 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 Céu Azul, desde o início do verão, vem sendo constatado o aumento do número de atendimentos de casos suspeitos de Dengue¹⁸, Zika e Chikungunya e um desses casos evoluiu para óbito. Neste momento, ocorreram fortes chuvas que ocasionaram inundação e deslizamento de terra em várias partes da cidade, sendo necessária a abertura de um abrigo na escola municipal para atender a população desabrigada.

Os técnicos da CIR explicaram que, em caso de desastres, a atenção básica e a rede de urgência e emergência¹⁹ darão suporte no atendimento direto a população. Já a vigilância em saúde será responsável pelo monitoramento,

16 MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. Manual de vigilância, prevenção e controle de zoonoses - Normas técnicas e operacionais. Brasília, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2016.

17 MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. Plano de Contingência para Emergência em Saúde Pública por Seca e Estiagem. Brasília, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2015.

18 MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue. Brasília, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2009.

19 MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. Plano de Contingência para Emergência em Saúde Pública por Inundação. Brasília, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2014.

identificação das condições de saúde da população e do ambiente e orientação de condutas visando a redução de riscos²⁰.

Bastante preocupada, a gestora busca apoio no grupo de trabalho de vigilância em saúde da CIR de Vale Feliz. Nesta reunião, onde procurou Olga, Íris levou o relatório do Levantamento de Índice Rápido para *Aedes aegypti* (LIRAA) que recebeu de sua equipe, o qual evidenciou alto risco para a dispersão do *Aedes aegypti* no território.

O grupo apontou ainda que o LIRAA é uma metodologia²¹ 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.

PARA SABER MAIS

» Conheça outras metodologias que também cumprem a função de detectar a infestação de *Aedes* no território. Portaria nº 3.129, de 28 de dezembro de 2016, disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt3129_28_12_2016.html

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.

Íris então entendeu que será necessária uma conversa urgente com o Prefeito de Céu Azul, 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.

20 MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública. Brasília, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2014.

21 MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. Levantamento rápido de índices para *aedes aegypti* – LIRAA – para vigilância entomológica do *aedes aegypti* no Brasil: Metodologia para avaliação dos índices de Breteau e Predial e tipo de recipientes. Brasília, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2013.

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, pois o emprego indiscriminado destes determina impactos ambientais, além da possibilidade de desenvolvimento da resistência dos vetores aos produtos. Ela foi ainda informada que deve haver um controle da saúde dos profissionais que manipulam inseticidas, com exames periódicos devidamente registrados sobre essa exposição²².

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 Céu Azul informaram à Íris 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.

Íris percebeu então a importância da educação em saúde, essa 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.

Íris recebeu ainda dos técnicos o Plano de Contingência para enfrentamento da Arboviroses, vigente no município.

Além da infestação por mosquitos, Íris ainda tinha que lidar com a grave situação dos deslizamentos de terra e alagamentos na cidade. A SMS, por meio da Vigilância Ambiental²³, atuará, articulada com as demais áreas do governo 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.

Íris indagou sua equipe sobre quais seriam os principais encaminha-

22 MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. Dengue - Instruções para pessoal de Combate ao vetor: Manual de normas técnicas. Brasília, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2001.

23 Ministério da Saúde - MS. Manual de vigilância ambiental em saúde. Brasília: Funasa, 2002.

mentos necessários do ponto de vista da vigilância em saúde e recebeu as seguintes propostas de ação:

- *Verificar se a água que está sendo utilizada para o consumo humano está condizente com os padrões de potabilidade²⁴;*
- *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 serpentes²⁵, pois a presença desses animais pode resultar em doenças e acidentes de interesse para a saúde pública.*

Íris toma conhecimento pela área técnica 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 Céu Azul são:

24 BRASIL. Anexo XX e Anexos 1 a 14 do Anexo XX da Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 2.914, 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.

25 Ministério da Saúde – MS. Manual de controle de roedores. Brasília: FUNASA, 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 Íris na gestão de Céu Azul 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 Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS)²⁶, a saber:

PQAVS: Consiste em um programa de qualificação, cujos dados municipais e estaduais anualmente são avaliados pelo Grupo Técnico de Vigilância em Saúde (GTVS), sendo este tripartite. Esta avaliação resulta na publicação de uma portaria que vigora sempre no próximo período.

Atualmente, o PQAVS consiste em 14 indicadores e o cumprimento dos indicadores é escalonado conforme o porte populacional do município, ou seja, quanto menor o município, menor o número de indicadores que ele tem que cumprir para conseguir o incentivo anual, conforme tabela abaixo.

26 BRASIL. Portaria nº 1.520, de 30 de maio de 2018. Altera os Anexos XCVIII e XCIX a Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, com a inclusão de metas e indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS) a partir de 2018.

TABELA 1: PERCENTUAL DO INCENTIVO FINANCEIRO A SER REPASSADO AOS MUNICÍPIOS DE ACORDO COM A POPULAÇÃO E O NÚMERO DE METAS ALCANÇADAS

METAS ALCANÇADAS	% INCENTIVO	METAS ALCANÇADAS	% INCENTIVO	METAS ALCANÇADAS	% INCENTIVO
<i>0 a 10.000 hab</i>		<i>10.001 a 30.000 hab</i>		<i>30.001 a 50.000 hab</i>	
1	10	1	10	1	10
2	30	2	25	2	25
3	50	3	40	3	40
4	70	4	55	4	50
5	90	5	75	5	65
6	100	6	90	6	80
		7	100	7	90
				8	100
METAS ALCANÇADAS	% INCENTIVO	METAS ALCANÇADAS	% INCENTIVO		
<i>50.001 a 100.000 hab</i>		<i>Mais de 100.000 hab</i>			
1	10	1	10		
2	20	2	20		
3	30	3	30		
4	40	4	40		
5	50	5	50		
6	60	6	60		
7	70	7	70		
8	90	8	80		
9	100	9	90		
		10	95		
		11	100		

Fonte: BRASIL. Portaria nº 1.708, de 16 de Agosto de 2013. Regulamenta o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS), com a definição de suas diretrizes, financiamento, metodologia de adesão e critérios de avaliação dos Estados, Distrito Federal e Municípios.

Como implantar e gerir a Vigilância Sanitária no município

Após o desastre ocorrido no município e com o fim das fortes chuvas, Céu Azul 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.

O município de Céu Azul possui produtores de queijo artesanal, o que gera uma importante fonte de recurso para o município e principalmente para os produtores²⁷. Após a conversa com Olga, Íris ficou convencida da importância da estruturação das ações de vigilância sanitária para gerar o desenvolvimento sustentável de seu município e contribuir para que a produção de queijo ocorra dentro das boas práticas a fim de garantir a segurança dos produtos para o consumo humano. Essa é a grande questão, pois isto tem que ser proposto sem interferência no processo de fabricação artesanal, para não alterar a essência dos produtos, e esse é um processo conjunto de troca de saberes²⁸.

Depois da reunião com Olga, Íris passou a entender a 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 Céu Azul, Íris procurou 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 importantes da VISA é sempre a educação sanitária. A equipe técnica da SES se colocou à disposição para treinar a equipe de Céu Azul e ainda entregou à Íris 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;*

27 Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 49, de 31 de outubro de 2013. Dispõe sobre a regularização para o exercício de atividade de interesse sanitário do microempreendedor individual, do empreendimento familiar rural e do empreendimento econômico solidário e dá outras providências.

28 Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 207 de 03 de janeiro de 2018. Dispõe sobre a organização das ações de vigilância sanitária, exercidas pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativas à Autorização de Funcionamento, Licenciamento, Registro, Certificação de Boas Práticas, Fiscalização, Inspeção e Normatização, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária - SNVS.



- *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 Céu Azul, 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: um médico veterinário, uma farmacêutica (que acumula a responsabilidade na dispensação de medicamentos da rede municipal de saúde) e um fiscal sanitário de nível médio.

Desta forma, Íris foi orientada pela VISA estadual a adequar a realidade de Céu Azul 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: conceito e diminuição de riscos sanitários, 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 entusiasmada pelo tema, Íris 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:

- 1ª Lei Federal nº 6.437, de 20/08/1977. Configura infrações à legislação sanitária federal;
- 2ª RDC nº 216, de 15/09/2004. Dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação;
- 3ª 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;
- 4ª Lei Federal nº 5991, de 17/12/1973. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos;
- 5ª Lei nº 6.360, 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;
- 6ª RDC nº 207, de 03/01/2018. Dispõe sobre as responsabilidades dos entes federados na execução das ações de vigilância sanitária afetas à Autorização de Funcionamento, Licenciamento, Registro, Certificação de Boas Práticas de Fabricação (CBPF), Fiscalização e Inspeção Sanitárias e Normalização Técnica, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), e dá outras providências;
- 7ª RDC nº 49, de 31/10/2013. Dispõe sobre a regularização para o exercício de atividade de interesse sanitário do microempreendedor individual, do empreendimento familiar rural e do empreendimento econômico solidário e dá outras providências.
- 8ª O Código de saúde do estado em que a equipe de VISA atue, na ausência do Código sanitário municipal.

Íris não era a única gestora presente na reunião. Vários secretários municipais 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 seu funcionamento pleno.

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. Diante da diversidade existente entre os municípios, não há como padronizar números de profissionais para atuar na VISA e sim, elencar as necessidades municipais.

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, Íris e sua equipe retornaram a Céu Azul prontos para a estruturação da Vigilância Sanitária Municipal. Aproveitando esse processo de estruturação para integrar a vigilância sanitária com as vigilâncias epidemiológica, ambiental, 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 Trabalhador²⁹ em seu município

O óbito de um trabalhador rural de apenas 31 anos foi notícia nos últimos dias em Céu Azul. 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, Íris 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, Íris 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.

29 BRASIL. Capítulo III, Seção III, artigo 422 e Anexo LXXIX da Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 3.120/1998). 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.

Entende-se por Saúde do Trabalhador um conjunto de atividades que se destinam, por meio 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 trabalho³⁰.

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, no intuito de eliminá-los ou controlá-los³¹.

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 conhecimentos 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 no Anexo LXXIX da Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente 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.*

30 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.

31 Ministério da Saúde – MS. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. Manual de Gestão e Gerenciamento. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

Sabendo que a VISAT é uma prioridade da Política Nacional de Saúde do Trabalhador³², Íris se esforçou para implementá-la, 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)³³ foi instituída com o objetivo de estruturar a Rede de Serviços Sentinela³⁴ em Saúde do Trabalhador. Entre seus componentes estão os Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)³⁵, 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 Céu Azul deve acionar o CEREST do município de Girassol, que é o polo da região de Vale Feliz.

No caso em questão, o monitoramento 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 Céu Azul 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, Íris pactuou com a equipe da Saúde do Trabalhador

32 BRASIL. Anexo XV e Anexo 1 do Anexo XV da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 1.823, de 23 de agosto de 2012). Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

33 BRASIL. Capítulo II do Anexo X e Anexo 5 a 8 do Anexo X da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 2.728, de 11 de novembro de 2009). Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências.

34 BRASIL. Título II, Capítulo XIII, Seção I e Anexo XLIII da Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 205, de 17 de fevereiro de 2016). Define a lista nacional de estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes.

35 BRASIL. Capítulo II do Anexo X e Anexo 5 a 8 do Anexo X da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 2.728, de 11 de novembro de 2009). Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências.

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 Íris e sua equipe foram pautadas nas obrigações e atribuições dos gestores municipais de saúde, orientadas pelo Anexo XV e Anexo 1 do Anexo XV da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 1.823, de 23 de agosto de 2012)³⁶.

Após acompanhar de perto todo o trabalho para monitoramento do caso, Íris avaliou que Céu Azul 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 Céu Azul, os possíveis agravos oriundos destes e a rede de saúde disponível para atendê-los e/ou referenciá-los.

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.

36 BRASIL. Anexo XV e Anexo 1 do Anexo XV da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 1.823, de 23 de agosto de 2012). Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

12

ARTICULAÇÃO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO TERRITÓRIO

Há dois anos, Olga iniciou seu trabalho como Secretária Municipal de Saúde de Vila SUS e foram inúmeros os desafios. A começar pelo surgimento do zika vírus que exigiu outras estratégias de planejamento, envolvimento com a população e articulação com as demais políticas públicas¹.

“Gostaríamos de começar hoje, mostrando os resultados do Projeto de Saúde do Território (PST) do bairro de Capistrânia” - disse Olga durante a reunião do Conselho Municipal de Saúde (Capítulo 2).

1 Peres, A.M.A.M. et al. Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS. “Diálogos no Cotidiano do SUS”. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, 2016. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/01/manual_do_gestor_AF01_tela-1.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2019.





O: Capistrânia, como todos sabem, foi o bairro em que adotamos estratégias integradas de Vigilância em Saúde, Atenção Básica e Promoção da Saúde para enfrentar a chegada do zika vírus ao nosso município e também, claro, reduzir os casos de dengue. Nossas equipes de Vigilância em Saúde e Atenção Básica construíram juntas um mapa², articulando as informações em saúde àquelas sobre as condições estruturais e de vida no território a fim de identificar situações de risco e vulnerabilidade. Porém, era preciso envolver a comunidade e para melhorar a qualidade de vida eram necessárias ações que não podiam nem deviam ser realizadas por nós, dependendo de recursos de outros setores. Por isso, a partir das equipes de saúde da Atenção Básica, convidamos a população para conversar sobre a infestação de *Aedes aegypti*, – recordou Olga aos conselheiros.

Para Olga e sua equipe o maior aprendizado desse processo foi entender que os “diagnósticos” produzidos por equipes e profissionais de saúde eram importantíssimos, mas não conseguiam sozinhos indicar soluções para os problemas de saúde. Nas reuniões com os moradores de Capistrânia, escutando suas visões sobre dengue e zika e o que consideravam prioridade para garantir uma boa saúde, a equipe da Secretaria de Saúde aprendeu que era fundamental criar espaços participativos para elaborar consensos, organizar e executar as ações de promoção da saúde. Por isso, criaram na época o Fórum de Promoção da Saúde de Capistrânia.

Para nós, um dos resultados mais significativos da criação do Fórum de Promoção da Saúde, e da elaboração do PST de Capistrânia, foi retomarmos a constituição e consolidação do conselho local de saúde³. A partir do Fórum, que tinha uma tarefa específica, focada no zika, ficou claro que a maior proximidade entre comunidade, serviços de saúde e outras organizações do bairro era necessária e facilitava o sucesso e continuidade das ações – disse o representante dos profissionais no conselho.

Maior integração das ações de Vigilância em Saúde e Atenção Básica, ampliação da comunicação com a comunidade, fortalecimento da gestão participativa e do controle social na saúde, redução significativa da infestação por *Aedes aegypti* e redução dos casos de zika e dengue notificados. Vários resultados diretos e indiretos do projeto desenvolvido em Capistrâ-

2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: 1. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde. 2016. 773 p. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_sau-de_1ed_atual.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2019.

3 PARA SABER MAIS: Brasil. Ministério da Saúde. Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos_saude_responsabilidade_controle_2edicao.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2019.

nia foram analisados no Conselho Municipal de Saúde. Contudo, também apareceram seus impasses e fracassos, principalmente quanto às ações sobre os determinantes sociais da saúde e a intersetorialidade.

“Sem dúvida, tivemos dificuldades com ações que eram de responsabilidade da Secretaria de Obras, quanto à execução da licitação para o saneamento básico, e com a empresa de limpeza urbana, quanto à garantia de continuidade e periodicidade da coleta de resíduos sólidos”, – disse Olga, respondendo a representante da população.

É por isso que fico pensando: porque não cuidamos só dos problemas de saúde que aparecem nos serviços? Pronto! – interrompeu o representante dos profissionais, abrindo uma discussão central para as ações de promoção da saúde:

- *Porque investir em transformar os determinantes sociais da saúde?*
- *Quais as vantagens e dificuldades do trabalho intersetorial?*
- *Como construir um projeto de promoção da saúde intersetorial e com a população?*
- *É possível avaliar ações de promoção da saúde? Como?*

Territórios e Determinantes Sociais da Saúde

No Brasil, nos comprometemos com a perspectiva de que saúde é diferente da ausência de doenças. Entendemos que a saúde é efeito de políticas sociais e econômicas que reduzam o risco de adoecer e favoreçam a vida⁴. Ou seja, sabemos que garantir a saúde da população envolve acesso a ações e serviços planejados, organizados e executados sob responsabilidade do Sistema Único de Saúde, mas também a existência de condições de vida favoráveis à saúde nos territórios.

Cada 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 encontram⁵.

Como Olga e sua equipe aprenderam, conhecer um território é mergulhar nele, entender sua realidade a partir de dentro, de como a vida aí 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

4 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988: atualizada até a Emenda Constitucional nº 39, de 2001. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 14 mai 2019.

5 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: 1. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde. 2016. 773 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_sau_de_1ed_atual.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2019.

de escolas, associações de moradores e/ou organizações coletivas, etc.), (ver Capítulo 6). É preciso compreender os determinantes sociais da saúde que sempre estão em jogo!

Os determinantes sociais da saúde⁶ 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^{7,8}.

Analisar as situações de saúde, considerando os seus determinantes sociais, e efetivar ações que objetivem a sua transformação para melhorar a qualidade de vida, tem impacto positivo na redução da carga de doenças e no uso dos recursos da saúde. Porém, exige estratégias e ações intersetoriais uma vez que não é de responsabilidade do setor saúde financiar nem responder por todos os aspectos⁹ que determinam o processo saúde-adoecimento.

Na reunião do Conselho Municipal de Vila SUS, Eduardo – coordenador da Vigilância em Saúde –, e Valéria – coordenadora da Atenção Básica, explicaram que reconhecer a importância de trabalhar pela melhoria da qualidade de vida não é se responsabilizar por “dar conta” de toda determinação social da saúde. Por isso, a Secretaria organizou seu planejamento a partir da sistematização dos determinantes em quatro “camadas”¹⁰:

6 PARA SABER MAIS: Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário temático: promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2019.

7 Curso de extensão em promoção da saúde para gestores do SUS com enfoque no programa academia da saúde. Organização Cristiane Scolari Gosch... [et al.]; autores Alex Branco Fraga... [et al.]. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde: Fundação Universidade de Brasília, CEAD, 2013. 144 p.; 21 cm. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/04/Livro-EaD---Promo----o-da-Sa--de---Academia-da-Sa--de.pdf>>. Acesso em 14 mai. 2019.

8 Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário temático: promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_promocao_saude.pdf>. Acesso em 25 abr. 2019.

9 PARA SABER MAIS: 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. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jan. 2012. Seção 1, p. 1-4. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 25 abr. 2019.

10 Curso de extensão em promoção da saúde para gestores do SUS com enfoque no programa academia da saúde. Organização Cristiane Scolari Gosch... [et al.]; autores Alex Branco Fraga... [et al.]. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde: Fundação Universidade de Brasília, CEAD, 2013. 144 p.; 21 cm. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/04/Livro-EaD---Promo----o-da-Sa--de---Academia-da-Sa--de.pdf>>. Acesso em 14 mai. 2019.



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 com base nessas “camadas” ajudou Olga e sua equipe a sistematizar as linhas de atuação e identificar os parceiros necessários para enfrentar o problema do zika em Capistrânia. Agora, o desafio da Secretária era conter os surtos de doença diarreica aguda. As informações em saúde, sistematizadas por Eduardo e Valéria, indicavam que seria preciso buscar soluções para o manejo de resíduos sólidos, armazenamento e qualidade da água e a produção, consumo e armazenamento de alimentos¹¹.



11 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde. 1. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_1ed_atual.pdf. Acesso em: 25 abr. 2019.

A partir da experiência em Capistrânia, Olga queria investir em ações de promoção da saúde em todo município de Vila SUS para lidar com tal desafio.

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 aumentarem o controle sobre os determinantes sociais da saúde e, como consequência, melhorarem sua qualidade de vida, sua saúde¹².

Não se trata de apenas explicitar as necessidades em saúde e/ou os riscos à saúde, mas de adotar métodos de planejamento e execução que fortaleçam a participação social e ampliem os graus de autonomia de sujeitos e coletivos.

A promoção da saúde propõe processos de cogestão e corresponsabilidade, que integrem os conhecimentos produzidos pela análise da situação de saúde e pela experiência das pessoas num certo território.

Nesse sentido, quando Olga propôs o Fórum de Capistrânia queria criar 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. Porém, ficou evidente que a participação só da Secretaria de Saúde e seus profissionais e da comunidade não era suficiente para implementar as soluções. Olga entendeu que precisava convidar e mobilizar outros setores das políticas públicas e do movimento social. Era fundamental uma ação intersetorial¹³ desde o princípio para tentar alcançar o objetivo da Política Nacional de Promoção da Saúde:

“Promover a equidade¹⁴ e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais”¹⁵.

12 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. Disponível em: <<http://www.bts.senac.br/index.php/bts/article/view/247>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

13 PARA SABER MAIS: Silva, KL et al. Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2014, vol.19, n°11, pp.4361-4370. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104361>. Acesso em: 25 abr. 2019.

14 PARA SABER MAIS: Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário temático: promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2019.

15 BRASIL. Anexo I, Capítulo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria nº 2.446, de 11 de dezembro de 2014). Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017_comp.html>. Acesso em: 25 abr. 2019.

Trabalhar de maneira intersetorial não foi fácil! Exigiu muita conversa sobre as atribuições, responsabilidades e limites de cada setor das políticas públicas, da iniciativa privada e da sociedade civil. Além disso, a participação e decisão política do prefeito se mostrou fundamental. Por isso, a construção e implementação do projeto de saúde do território de Capistrânia para enfrentamento do zika não foi tão rápida. Contudo, foi a interseccionalidade e a participação da comunidade que deram sustentabilidade às ações nos períodos mais difíceis.

O consenso sobre a necessidade de transformar os determinantes sociais da saúde para produzir saúde e as vantagens das ações intersetoriais para isso, guiou a elaboração de Projetos de Saúde do Território (PST) nas diferentes áreas de abrangência da Atenção Básica para tratar dos surtos de diarreia aguda.

Equipes da Atenção Básica e da Vigilância em Saúde trabalharam juntas no mapeamento dos territórios e na mobilização e planejamento conjunto com representantes de outras políticas públicas e de organizações sociais presentes nas áreas de abrangência. Nas regiões da cidade que, como em Capistrânia, havia conselho local de saúde ele foi o espaço coletivo de articulação do PST.

Projeto de Saúde do Território: o planejamento em Promoção da Saúde

Em cada espaço coletivo de discussão, Olga e sua equipe falaram da importância em construir redes intersetoriais de cogestão e corresponsabilidade e a potencializar redes sociais locais para melhoria das condições de saúde. Salientaram a importância em planejar ações coerentes aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e aos princípios da promoção da saúde, que respeitem a legislação e a experiência vivida no território 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 respeitando a diversidade das pessoas (ver Capítulo 1). 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 esquema¹⁶:

16 Morais Neto, OL e Castro, AM. Promoção da Saúde na Atenção Básica. Rev. Bras. Saúde da Família, ano 19, n.17, 6-9 p., jan./mar. 2008. Disponível em: <http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/periodicos/revista_saude_familia17.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2019.

QUADRO 1. NÍVEIS DE ATUAÇÃO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

NÍVEL DE ATUAÇÃO	OBJETIVO	FERRAMENTA
<i>Indivíduos e famílias</i>	<i>Ampliar autonomia e construir competências (conhecimentos, habilidades e atitudes).</i>	<i>Educação em saúde integrada ao Projeto Terapêutico Singular.</i>
<i>Grupos Populacionais Vulneráveis</i>	<i>Favorecer o sentido de pertencimento e a grupalidade, dando suporte ao tratamento individual e à mobilização para transformação das condições de vulnerabilidade.</i>	<i>Educação em saúde integrada ao Projeto Terapêutico Singular. Ações coletivas de educação em saúde. Projeto de Saúde do Território.</i>
<i>Ambiente Físico e Social do Território</i>	<i>Reduzir as condições produtoras de vulnerabilidade e melhorar a qualidade de vida.</i>	<i>Articulação intersetorial. Projeto de Saúde do Território.</i>

Fonte: Promoção da Saúde na Atenção Básica. Rev. Bras. Saúde da Família, ano 19, n.17, 2008.

Para conter os surtos de diarreia aguda em Vila SUS é fundamental abordar os indivíduos e famílias para pensar estratégias específicas de proteção e de cuidado à saúde, por exemplo: na higiene das mãos e utensílios domésticos, na conservação adequada dos alimentos e na hidratação suficiente, principalmente nas áreas de abrangência e domicílios em que houver crianças e idosos. Assim, nas consultas de rotina e nos projetos terapêuticos singulares as ações de educação em saúde para manejo dos alimentos e importância da hidratação poderiam ser incluídas.

Além disso, é preciso mobilizar articulações intersetoriais para reunir os recursos necessários à redução das situações que levam à contaminação da água e dos alimentos. Olga sabe da importância de ações desenvolvidas pela Vigilância Sanitária na garantia da segurança da produção e comercialização dos alimentos e pela Secretaria de Educação quanto a qualidade da água e da alimentação fornecida em creches e escolas (ver Capítulo 11).

Frente a complexidade da situação, a equipe de Olga investiu no fortalecimento do PST como metodologia de planejamento em promoção da saúde. A manutenção do método era positiva também para as equipes nos territórios, pois a sua maioria tinha familiaridade com a matriz lógica¹⁷ e isso facilitaria o diálogo intersetorial e com a comunidade.

17 Curso de extensão em promoção da saúde para gestores do SUS com enfoque no programa academia da saúde. Organização Cristiane Scolari Gosch... [et al.]; autores Alex Branco Fraga... [et al.]. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde: Fundação Universidade de Brasília, CEAD, 2013. 144 p.; 21 cm. Disponível em:



O PST catalisa as ações para a melhoria da qualidade de vida e a redução das vulnerabilidades, facilitando a construção de redes e compromissos intersetoriais em torno de um projeto coletivo de qualidade de vida. Assim, pode-se construir ações coordenadas, otimizando os recursos disponíveis e garantindo maior efetividade. Bem como se potencializa as redes sociais locais, como: associações de moradores, igrejas, organizações não governamentais entre outras¹⁸. É o instrumento central de organização da promoção da saúde!

Sabendo disso, Eduardo e Valéria elaboraram um material que sistematizava as perguntas que guiavam o planejamento para apoiar o trabalho nos diferentes cenários de Vila SUS.

<<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/04/Livro-EaD---Promo----o-da-Sa--de---Academia-da-Sa--de.pdf>>. Acesso em 14 mai. 2019.

18 PARA SABER MAIS: 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. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab27>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

QUADRO 2: CONSTRUINDO UM PST

QUAL A SITUAÇÃO PROBLEMA?



Esclareça que situação indesejada 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.

QUAL SEU OBJETIVO GERAL?



Elabore uma frase que expresse genericamente o que espera alcançar. É a finalidade do PST. Lembre-se: a realidade é complexa! Na maioria das vezes não é possível, nem desejável, intervir em muitas situações-problemas e/ou variáveis determinantes ao mesmo tempo.

QUAIS OS OBJETIVOS ESPECÍFICOS?



Descreva detalhada e claramente elementos que integram o objetivo geral e se relacionam aos resultados que serão atingidos.

QUE AÇÕES SÃO NECESSÁRIAS?



Diga o que, de fato, vai fazer para alcançar os objetivos específicos e, conseqüentemente, o objetivo geral. Descreva uma ação viável e fundamental para intervir no cenário e mudar a situação-problema a partir dos objetivos. Lembre-se que a escolha das ações precisa estar em sintonia com os recursos, as iniciativas e a tradição cultural do território em que acontecerá. Isso facilita a implementação, a adesão e a efetividade do plano.

QUEM SÃO OS RESPONSÁVEIS?



O responsável é um ponto focal, um articulador de ações, que atentar para o desenvolvimento da ação e fará os ajustes necessários durante todo o processo. A construção coletiva de um plano de ação não implica que não haja necessidade de identificar responsáveis pelas ações. Ao contrário, é crucial saber as tarefas e responsabilidades de cada participante do processo para construir uma rede de corresponsabilidades. Dependendo da ação e da pactuação, membros da comunidade, de outros setores de políticas públicas e de instituições civis podem assumir o lugar de responsáveis.

QUE RESULTADOS SE ESPERA?



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.

QUAL ESTRUTURA É NECESSÁRIA?



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).

QUE FATORES EXTERNOS PODEM AFETAR OS RESULTADOS?



São os elementos do contexto onde as ações ocorrem. Tais elementos referem-se a aspectos políticos, organizacionais, sociais, econômicos, psicológicos, estruturais e simbólicos que influem na implantação e efeitos do programa.

Fonte: *Promoção da Saúde na Atenção Básica. Rev. Bras. Saúde da Família, ano 19, n.17, 2008.*

Como base nas perguntas orientadoras, as equipes de saúde, os representantes de outros setores das políticas públicas e da comunidade organizaram o PST. Depois, coube à Secretaria de Saúde sistematizar um documento único para prosseguir nas negociações e articulações junto a outros órgãos e parceiros e incluir no PMS (ver Capítulo 1).

Todo esse processo envolveu disputas de interesses, mediações de conflitos e horas de conversa para a construção de prioridades e consensos¹⁹. Mas, Olga não se espantou, estava preparada para o desafio porque sabia que esse é um modo de comprometer os diversos envolvidos, de que eles se reconheçam fazendo parte do processo e de que todos saibam de limites e dificuldades para tirar o projeto do papel.

Assim, a Secretária de Saúde ficou orgulhosa da proposta inicial do PST que levou ao Conselho Municipal de Saúde:

19 Magalhães, R. Governança, redes sociais e promoção da saúde: reconfigurando práticas e institucionalidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(10):3143-3150, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n10/1413-8123-csc-23-10-3143.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

PROJETO DE SAÚDE DE VILA SUS – MARÇO/2019

VERSÃO PRELIMINAR



SITUAÇÃO PROBLEMA

OBJETIVO GERAL

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

AÇÕES

<p><i>Identificação de surtos sazonais de doença diarreica aguda.</i></p>	<p><i>Reduzir a vulnerabilidade da população infantil a doença diarreica aguda.</i></p>	<p><i>(I) Reduzir o desmame precoce das crianças; (II) Reduzir a chance de contaminação da alimentação fornecida em creches e escolas; e (III) Produzir com a população conhecimentos e habilidades para proteção à saúde.</i></p>	<p><i>Intensificar a campanha pelo aleitamento materno</i></p>
			<p><i>Organizar grupos de apoio às mulheres lactantes</i></p>
			<p><i>Sensibilizar as empresas e comércio da cidade sobre a importância de assegurar o direito à amamentação.</i></p>
			<p><i>Realizar curso de atualização em boas práticas de manejo de alimentos</i></p>
			<p><i>Melhorar infraestrutura dos locais de preparo de alimentos em creches e escolas</i></p>
			<p><i>Estabelecer estratégia de educação para cuidados de higiene, com a qualidade da água e dos alimentos.</i></p>

**RESPONSÁVEIS****RESULTADOS****ESTRUTURA****FATORES EXTERNOS**

<i>Equipes da Atenção Básica e da Maternidade</i>	<i>Redução em 80% do desmame precoce;</i>	<i>Material para a campanha de aleitamento</i>	<i>Falta de insumos</i>
<i>Equipes da Atenção Básica</i>	<i>Redução em 45% das crianças com menos de 1 ano com doença diarreica aguda</i>	<i>Espaço para realizar grupo de apoio; Equipes formadas para abordagem das dificuldades e das boas práticas de aleitamento.</i>	<i>Falta de estrutura física; Valores negativos das mulheres quanto ao aleitamento.</i>
<i>Secretaria de Saúde, Rede S e sindicatos</i>	<i>Sindicatos sensibilizados</i>	<i>Local e material para reunião de sensibilização das empresas e do comércio</i>	<i>Desinteresse de empresa e comércio no tema</i>
<i>Vigilância Sanitária e Secretaria de Educação</i>	<i>100% das escolas municipais com atividades educativas para a comunidade escolar; 100% das merendeiras atualizadas em boas práticas de manejo de alimentos antes do início do ano letivo; 90% das creches e escolas da rede municipal respeitando as normas sanitárias.</i>	<i>Profissionais da Vigilância Sanitária; Projeto pedagógico para as atividades educativas; Material didático; Local e material para o curso.</i>	<i>Sobrecarga de trabalho das equipes de saúde; Campanha publicitária de fórmulas de alimentação infantil; Falta de recursos financeiros para insumos do curso; e Dificuldade de reunir as merendeiras para o curso.</i>
<i>Secretaria de Educação e Secretaria de Obras</i>	<i>Reformas nas cozinhas e refeitórios</i>	<i>Recursos financeiros para as readequações necessárias</i>	<i>Falta de recursos financeiros; Demora em aprovar o projeto base; Dificuldades em executar a licitação; Falta de infraestrutura nas escolas</i>
<i>Equipes da Atenção Básica, Equipes do NASF, escolas e associações de moradores</i>	<i>80% das associações de moradores com atividades de formação de multiplicadores em boas práticas de manejo de alimentos e descarte adequado do lixo doméstico</i>	<i>Espaço para as atividades das associações de moradores</i>	<i>Inexistência de associação de moradores; Falta de espaço para as atividades das associações de moradores; Baixo interesse da população.</i>

Olga e sua equipe apresentaram e debateram o PST de Vila SUS com o Conselho Municipal de Saúde na presença dos representantes de todos os setores envolvidos na sua elaboração e execução. Durante a reunião, a Secretária de Saúde falou da importância da avaliação em promoção da saúde²⁰.

O: Várias das ações de promoção da saúde, principalmente aquelas que precisam de mudança nas condições estruturais dos territórios e na forma de pensar e viver das comunidades e famílias, só têm impacto a longo prazo. Por isso, muitas vezes nós ficamos frustrados achando que não houve resultados do nosso trabalho. Mas, precisamos entender que avaliar ações de promoção da saúde é realizar um processo participativo e pedagógico durante a execução das ações. Avaliar é uma estratégia de responsabilização de cada ator envolvido, de negociar e renegociar os rumos das ações e decidir os ajustes necessários ao longo do tempo e diante das possíveis dificuldades. Algumas vezes, temos um resultado positivo que nem era esperado.

Usuário: Verdade! Toda mobilização realizada para produção do PST em Capistrânia, há dois anos, e agora para esse, foi importantíssima para nós e para melhorar nossa relação com as equipes de saúde. Já é um resultado! – disse a representante da população no Conselho.

20 PARA SABER MAIS: Becker, D. et al. Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3):655-667, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a12v09n3.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

Ampliando possibilidades...

Desde que Olga assumiu a Secretaria de Saúde recebeu muito apoio de Vitória – apoiadora regional do COSEMS – que a colocou em contato com outros Secretários Municipais de Saúde da região e suas experiências.

Olga aprendeu muito, se qualificou e à sua equipe, alcançando grandes resultados no desenvolvimento de ações de promoção da saúde. Tornou-se muito ativa nas reuniões e atividades da Comissão Intergestores Regionais (CIR), levando sua experiência e os desafios enfrentados em Vila SUS para ajudar outros gestores a pensar na produção de saúde a partir de sua determinação social e na organização do processo de trabalho de serviços e equipes de saúde.

Vila SUS tornou-se reconhecida como experiência bem-sucedida de trabalho integrado entre Vigilância em Saúde, Atenção Básica e Promoção da Saúde. Coube ao gestor acompanhar cada etapa desse processo de integração (ver Capítulo 11). O sucesso veio da compreensão de que essa integração precisa estar no cotidiano das equipes: na clínica, no matriciamento, na consolidação de informações dispersas nos sistemas de informação, no alinhamento das lógicas gerenciais e no envolvimento da população como sujeito da ação.

Promover saúde é investir em melhores condições de vida para todos, é trabalhar pela equidade em saúde, é um projeto coletivo e viável, como provou Olga. Nem sempre o que precisa mudar para garantir saúde é de responsabilidade do SUS, mas podemos ajudar com nossas tecnologias e experiências a construir ações intersetoriais.

CAPÍTULO

13

SAÚDE MENTAL

Foi um dia sobrecarregado, como tantos outros, mas Olga sabia do pedido feito pela manhã ao Gabinete, para que recebesse um representante do Conselho Municipal de Saúde acompanhando o familiar de um paciente psiquiátrico muito conhecido na cidade que, segundo os relatos recentes, apresentava um agravamento de seu quadro em saúde.

A área da Saúde Mental era diferente, envolvia sempre a comunidade de forma muitas vezes polêmica. O momento da crise de alguns pacientes, como neste caso, mobilizava as opiniões mais diversas e nem sempre havia uma boa compreensão em torno das situações, sobre o quanto eram complexas e o quanto não havia soluções simples, como as pessoas esperavam.



Em meio à agenda lotada, Olga sabia que precisava atender ao pedido do encontro. Fizera um contato prévio com o CAPS, o Centro de Atenção Psicossocial, e soube de alguns detalhes sobre o paciente, que frequentava a Unidade, mas com dificuldades, não era assíduo ao tratamento e em determinados períodos interrompia o uso da medicação, o que gerava a agudização de seu quadro, com repercussões significativas na rotina da família.

Antes de assumir a Secretaria de Saúde, Olga já admirava o trabalho da Saúde Mental. Agora percebia, de forma mais próxima, a humanização tão presente nesta área: o esforço da Equipe e a forma diferente de atuar, muito sensível às situações, muitas vezes dramática, de alguns casos. Mas, ao mesmo tempo, recebia muitas queixas, que entendia como uma expectativa sobre respostas que o CAPS não conseguia dar, da forma como eram esperadas.

Na reunião, ficou consternada com a situação: o familiar era o pai do paciente, relatando as dificuldades em estar com o filho em casa no momento de crise. Depois da inauguração do CAPS, o filho, que passou mais de oito anos internado num hospital psiquiátrico, voltou a viver na cidade. Se por um lado, o pai considerava o retorno do filho para casa como algo positivo, também havia ali, naquele momento específico, um sofrimento exacerbado pelas dificuldades em lidar com uma situação mais grave.

A mãe exausta, o filho passando noites na rua, conflitos com a vizinhança, as dificuldades em convencê-lo a retomar o uso das medicações, enfim, um quadro complexo, e muito mobilizador. Além do quadro em saúde em si, o olhar sobre o mesmo era um fator determinante, o estigma e o preconceito estavam presentes. Por um lado havia o apoio de algumas pessoas próximas, por outro lado, alguns membros da comunidade viam o paciente como perigoso, o temiam pelo fato de ser portador de um transtorno mental e o viam como um risco para o meio social.

Olga se lembrava da infância e de um familiar com transtorno mental. Conheceu pessoalmente o tipo de sofrimento a que estavam submetidas estas pessoas. Eram quadros incompreendidos, pessoas que eram alijadas do convívio social, em função de um diagnóstico e de uma forma de sentir e pensar a vida, por vezes diferente da maioria.

Encerrou a reunião, que consistia no pedido desesperado de internação psiquiátrica do paciente no hospital onde havia permanecido muitos anos. Prometeu se dedicar a uma solução, o mais rápido possível, da melhor forma, mas sabia que o pedido de internação pela família não era a indicação técnica da Equipe que o acompanhava.

Agendou uma reunião no dia seguinte com a Coordenação do Programa de Saúde Mental e a Coordenação da Atenção Básica, para discutirem as possibilidades para o caso. Olga tinha clareza da necessidade da atenção básica na reunião, por seu papel central em todos os impasses e questões envolvendo a atenção em saúde do município. Neste caso, como nos outros, era da atenção básica o vínculo primeiro, próximo e contínuo com o usuário, sua família e a comunidade.

Envolver a atenção básica, correspondia a reconhecê-la como a ordenadora do cuidado no território (**ver Capítulo 10**), que assiste, ao mesmo tempo em que dialoga e interage com todos os demais pontos da rede, sendo seu

pilar de sustentação para a garantia do cuidado integral e sua efetividade.

A atenção básica trazia informações relevantes sobre o caso, por outro lado, a Coordenadora de Saúde Mental apontava a falta do Serviço de Referência Hospitalar no Hospital Geral, o que seria uma forma de manter o paciente no Hospital Geral do município no período de crise, para reinseri-lo no tratamento após sua alta.

Olga se lembrava bem da conversa com o Secretário de Aurora, na última reunião da CIR. O CAPS é visto como o equipamento de referência para os pacientes, mas as ações na atenção básica e nos serviços de urgência/emergência, com a retaguarda do leito em Hospital Geral, também são fundamentais para que a Saúde Mental dê certo. O município de Aurora já possuía o SHR e isto fazia muita diferença, segundo o próprio Secretário.

O pilar da política brasileira de Saúde Mental é a substituição das formas de tratamento, que vêm sendo implantadas nos últimos anos, com a redução das internações em Hospitais Psiquiátricos especializados de pacientes que perderam suas vidas, vivendo em condições precárias, através do isolamento social e em muitos casos, dos maus tratos a que eram submetidos em algumas instituições.

Olga considera esta uma das áreas mais sensíveis do SUS, um trabalho árduo que tem como desafio superar um modelo de tratamento, garantindo a qualidade de vida destes pacientes, quando reinseridos na comunidade. Na verdade, o clamor do familiar do paciente que Olga recebera, tratava exatamente disto.

A Saúde Mental, para Olga, era uma área que evoluiu muito nos últimos anos, com muitas conquistas. Antes de assumir a Secretaria de Saúde havia um número significativo de pacientes internados em manicômios há muitos anos, sem perspectiva de alta.

A Coordenação de Saúde Mental passou a monitorar a emissão de AIH's para internação em Hospital Psiquiátrico e assim, com o tempo, eram identificados os pacientes do município internados e com o trabalho incansável da Equipe de Saúde Mental, muitos voltaram a viver no município, com a identificação de sua referência familiar e o acompanhamento intensivo no CAPS.

Para isto, era evidente a marca da intersetorialidade, com as parcerias que eram feitas com diferentes setores envolvidos nas situações como a ação social e a justiça. A diversidade de estratégias do CAPS com os passeios, as oficinas que produziam artesanato, as oficinas de música; enfim, a arte e o convívio como estratégias terapêuticas eram, também, elementos inovadores e surpreendentes em seus resultados para uma área em que o cuidado em saúde ultrapassava muito os limites do tradicional.

Porém, a diversidade de clientela era um entrave. Se por um lado havia a tarefa da reinserção social dos pacientes egressos de internação psiquiátrica, por outro, desde que foi inaugurado, como tratava-se de um CAPS 1, para ele eram remetidas várias outras questões envolvendo crianças e adolescentes, abuso de álcool e drogas, e nos últimos anos, cada vez mais, pacientes com quadros de depressão e ansiedade, o que tornava a tarefa daquele dispositivo cada vez maior.

Olga sabia que era preciso potencializar as ações do CAPS da melhor maneira, para que os diferentes casos recebessem uma resposta de forma mais efetiva. Para isto, concordou com a Coordenação do Programa de Saúde Mental que propôs um Fórum de Debates que incluía os principais setores da SMS, o CMS, e representantes das áreas da Educação, Ação Social e de usuários e familiares.

O Fórum que ocorreu durante dois dias, contou com a participação de profissionais da Universidade do município vizinho, e trouxe uma série de informações relevantes, para que as discussões fossem embasadas e fosse possível pactuar novos rumos para as ações municipais em Saúde Mental.

A Política de Saúde Mental no Brasil – Histórico e Bases Conceituais

Um expoente do Fórum trouxe informações teóricas, que Olga já conhecia de alguma forma, mas se esforçava por assimilá-las cada vez mais, já que desse tipo de conteúdo partia toda a execução da política nacional de Saúde Mental. Entender melhor a Saúde Mental e sua complexidade, significava para Olga a chance de melhores respostas aos casos como o do paciente do recente encontro.

Valéria, a Coordenadora da Atenção Básica de Vila SUS, que era psicóloga de formação, e, portanto, mais próxima de alguns conceitos daquela área, também estava presente. Enquanto o Fórum transcorria, tomava nota de algumas falas relevantes que eram complementadas por conteúdos importantes sobre a Saúde Mental.

A Lei 10.216 de 06 de abril de 2001 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Apesar de ter sido aprovada, ainda prevendo a internação psiquiátrica para os casos em que se esgotam os recursos extra-hospitalares, o objetivo maior, era, já naquela época, a redução gradativa da internação em hospitais especializados em psiquiatria. É o que se visa com a implantação do novo modelo, para que o mesmo torne-se, não preferencialmente, mas prioritariamente a nova forma de tratamento.

Trata-se de um campo de atuação em que o combate ao preconceito e ao estigma geraram novos paradigmas de cuidado, desde a nomeação da área à lógica das Equipes Multiprofissionais e as estratégias inovadoras de cuidado em saúde. Apesar dos avanços, com a mudança das formas de tratamento, o estigma sobre a doença mental ainda está presente na sociedade e combatê-lo continua sendo uma das principais tarefas da Saúde Mental.

O debate e as formulações para a nova política pública de Saúde Mental se efetivaram através de uma série de normativas, com destaque para as portarias 224/1992 e 336/2002, que instituíram e regularam os serviços públicos de Saúde Mental e seu funcionamento nos primórdios das iniciativas municipais que davam corpo à construção das novas formas de cuidado. Por meio das portarias, as novas estratégias se consolidavam como políticas públicas nacionais.

As anotações de Valéria facilitavam a apreensão de conteúdos que podem parecer simples, de início, mas que de fato são densos. Por outro lado, a apresentação trazia dados e informações que corroboravam os princípios da Saúde Mental, trazendo mais clareza para a exposição

A Política Nacional de Saúde Mental implantada ao longo dos últimos anos no país, culminou na redução considerável da utilização dos Hospitais Psiquiátricos especializados e a implantação de uma rede robusta de serviços de base comunitária que compõem a Rede de Atenção Psicossocial.

TABELA 1: PROPORÇÃO DE RECURSOS FEDERAIS DESTINADOS À SAÚDE MENTAL EM SERVIÇOS HOSPITALARES E EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO COMUNITÁRIA/TERRITORIAL (BRASIL, DEZ/2002 A DEZ/2013)

% DO TOTAL DE GASTOS DO PROGRAMA	2002	2013
Gastos em Atenção Comunitária/Territorial	24,76%	79,39%
Gastos Hospitalares	75,24%	20,61%

Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015.

O CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

Em 1987 foi implantado o primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) na cidade de São Paulo, o objetivo era oferecer tratamento a uma clientela que, ao sair do Hospital Psiquiátrico, não contava com dispositivos ambulatoriais que a contemplasse de forma eficiente, superando as limitações das ofertas de tratamento existentes até então.

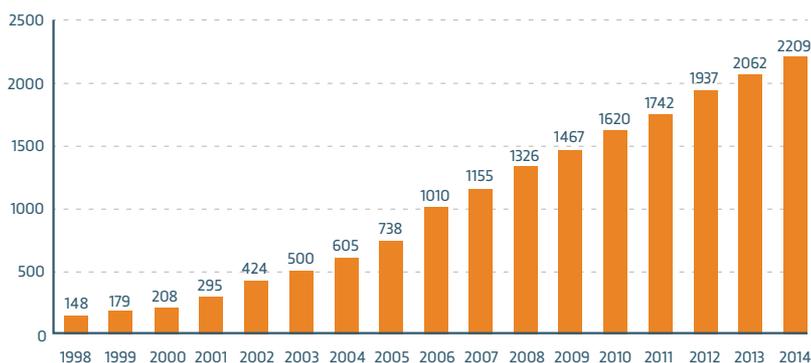
Segundo o Título II, Capítulo I da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002), em seu artigo 1º, § 2º, os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território. O CAPS é o primeiro e principal representante das novas formas de cuidado em Saúde Mental, embora não seja a única.

É uma Unidade de Saúde diferenciada, quanto à frequência e ofertas terapêuticas disponíveis. O paciente pode frequentá-lo de diferentes formas (atendimento intensivo, semi-intensivo ou não intensivo), isto é, alguns pacientes vão ao CAPS realizar um atendimento pontual, enquanto outros podem passar o dia ou parte do dia na Unidade.

EXISTEM DIFERENTES TIPOS DE CAPS DE ACORDO COM O PORTE POPULACIONAL E DE ACORDO COM CLIENTELAS ESPECÍFICAS. SÃO CARACTERIZADOS, SEGUNDO O NÚMERO DE HABITANTES DO MUNICÍPIO E HÁ CAPS PARA A CLIENTELA GERAL E CAPS ESPECÍFICOS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES E PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. (Ver tabela 3)

Ao longo dos anos, houve uma expansão considerável do número de CAPS no país, o que representou um investimento substancial na atenção psicossocial de base comunitária e neste dispositivo como seu maior representante. Com isto, os CAPS passaram a fazer parte dos cenários municipais, já sendo conhecidos pela população e identificados como a Unidade de Referência para assistência a transtornos mentais no Brasil.

GRÁFICO 1 – SÉRIE HISTÓRICA DA EXPANSÃO DOS CAPS (BRASIL, DEZ/1998 A DEZ/2014)



Fonte: Saúde Mental em Dados 12/2005.

A Coordenação de Saúde Mental/MS, álcool e outras drogas, do Ministério da Saúde informa que, em agosto de 2017, havia 2.462 CAPS em funcionamento no país, distribuídos segundo as modalidades, e por região, da seguinte forma:

TABELA 2 – NÚMERO DE CAPS POR REGIÃO - 2017

REGIÃO	POPULAÇÃO (2015)	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS I	CAPS AD	CAPS AD III	TOTAL GERAL
CENTRO OESTE	15.442.232	79	27	3	10	20	7	146
NORDESTE	56.560.081	526	150	24	48	83	29	860
NORTE	17.504.446	96	35	6	6	11	7	161
SUDESTE	85.745.520	295	208	60	118	142	39	862
SUL	29.230.180	195	85	7	47	68	24	426
TOTAL	204.482.459	1191	505	100	229	324	106	2.462

Fonte: DAPES/SAS/MS Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/04/2a-Apresentacao-CIT-Final.pdf>

Saúde Mental e Atenção Básica

O Fórum municipal trouxe uma série de informações que geraram, além dos debates, as pactuações entre os setores presentes visando os avanços que Olga esperava para a Saúde Mental de Vila SUS. No último dia do evento, houve a participação da apoiadora do COSEMS, e de um técnico da área de Saúde Mental da SES, que trazia uma ampliação do tema, com conteúdos sobre a Saúde Mental na rede de assistência.

Ao mesmo tempo em que os CAPS foram surgindo, outras estratégias de intervenção voltadas para a área foram sendo gestadas e implantadas. Atualmente, além dos CAPS, existe uma série de dispositivos e estratégias articuladas, visando a qualificação da assistência, segundo os princípios do SUS e as diretrizes para este campo.

Como porta de entrada e base do sistema de saúde, cabe à atenção básica qualificar-se em relação às diferentes demandas e problemas de saúde pública de um território. Neste sentido, é sua atribuição ampliar o domínio sobre as diretrizes para ações em saúde mental e estratégias de manejo nas intervenções ao paciente, reconhecida suas chances de estabelecimento e manutenção do vínculo direto com o paciente da Saúde Mental, privilegiadas pela proximidade com o território de atuação e suas especificidades.

O conceito de Matriciamento surge com o desenvolvimento de ações conjuntas entre saúde mental e atenção básica, corresponde à presença de técnicos de saúde mental na atenção básica, interagindo em conjunto na assistência e promoção em saúde. Nesse sentido, o matriciamento em Saúde Mental potencializa intervenção, adesão e continuidade do cuidado.

O MATRICIAMENTO em Saúde Mental diz respeito às ações compartilhadas em que o apoio matricial de uma Equipe (Saúde Mental) a outra Equipe (Atenção Básica), amplia o escopo e a efetividade da assistência. O MATRICIAMENTO envolve:

- » **Interconsultas**
- » **Visitas domiciliares conjuntas**
- » **Intervenções e atividades de cunho terapêutico na atenção básica**
- » **Educação permanente em Saúde e transtornos mentais**
- » **Ações sobre o uso de psicofármacos na atenção primária**

Ações na Urgência/Emergência

O matriciamento se efetiva através da presença de profissionais do CAPS e de profissionais de referência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). É importante destacar que as ações de Saúde Mental na atenção básica, favorecem a promoção da saúde, não se referindo apenas à clientela elegível para assistência direta no CAPS. Isto é, tanto é possível acompanhar os pacientes portadores de transtornos mentais severos, de forma próxima, quanto é possível a atuação em problemas de saúde, cada vez mais prioritários, ligados à Saúde Mental.

Os modos de vida contemporâneos e seus determinantes culturais trazem para o cotidiano, um certo mal estar psíquico generalizado. Os sofrimentos inerentes à condição humana, como a tristeza, a solidão e o luto se potencializam, em torno da chamada medicalização da vida, em que o sofrer é ressignificado como doença e alvo de tratamento. Daí, o fenômeno do uso abusivo de medicação psiquiátrica entre a população, bem como a ampliação de diagnósticos psiquiátricos para questões cotidianas.

As ações de Saúde Mental na atenção básica referem-se, assim, ao manejo das prescrições em psiquiatria, identificando e monitorando a chamada medicamentação da existência. De forma sequencial e articulada, cabem as estratégias que dialoguem com setores diversos, em que se potencialize os recursos comunitários, através de outras possibilidades: as atividades físicas, lúdicas, artesanais e de favorecimento da sociabilidade, visando alternativas mais saudáveis de viver e interagir com o mundo.

Por outro lado, a tendência, a partir do tratamento tradicional em saúde, é que não seja identificado o componente psíquico envolvido em queixas clínicas do cotidiano da assistência. É comum, por exemplo, a ida frequente de um paciente no serviço de atenção básica, com queixas no corpo, que estão muitas vezes relacionadas a questões psicossociais. Qualificar a escuta na atenção básica, para que esteja aberta aos componentes de Saúde Mental nas rotinas de acolhimento/escuta e cuidado, é tarefa profícua, que qualifica a atenção em saúde e a torna mais eficaz.

A promoção de saúde mental em comunidades, é atuação relevante, que interfere em todo o território, uma vez que as queixas relacionadas ao sofrimento psíquico estarão presentes na atenção básica, nos consultórios das especialidades, nos atendimentos de urgência/emergência.

Atuar, neste caso, significa desconstruir a patologização do sofrimento inerente à condição humana e potencializar as alternativas de superação, presentes de outras formas na cultura. Tais questões demonstram que a educação permanente e a intervenção conjunta são pilares para a atuação do campo da Saúde Mental na atenção básica.

As ações de promoção de saúde e matriciamento devem ser, ainda, a referência para atuação nos municípios, sem porte populacional, por meio das alternativas já descritas.

Saúde Mental e Atenção Hospitalar

Além da atenção básica, o Hospital Geral é um ponto da rede de assistência municipal que passou a absorver a demanda de pacientes psiquiátricos, de forma diferenciada. Se de início eram meros encaminhadores da demanda de quadros agudos ao Hospital especializado em Psiquiatria, com o modelo de atenção de base comunitária, passaram a exercer sua função de outra forma.

A ação de Saúde Mental é imprescindível para o controle da porta de entrada de internações psiquiátricas. Antes da implantação do novo modelo, a internação psiquiátrica especializada não advinha, em muitos casos, da solicitação de intervenção em saúde, mas do imperativo do isolamento social de indivíduos.

Compete à gestão municipal a garantia de utilização de internações psiquiátricas para casos de exceção, visando sua extinção como alternativa. A parceria da Equipe municipal de Saúde Mental com a Equipe Hospitalar, através de ações de Educação Permanente e Matriciamento, devem assegurar o atendimento à crise, de forma prioritária, no território, com o segmento do cuidado na rede local, no pós alta.

O SHR (Serviço Hospitalar de Referência) é o conjunto de leitos destinados à assistência à crise em Saúde Mental, localizado em Unidade Hospitalar de referência. A prioridade é que sejam leitos que interajam com o espaço hospitalar, acolhendo a crise, de forma integrada com o restante da rede, com a participação de profissionais do CAPS e da atenção básica vinculados ao paciente, visando o cuidado em saúde no território de forma inclusiva.

Estratégias Voltadas para a Desinstitucionalização

A lei 10.718/2003 criou o PVC (Programa de Volta pra Casa) que prevê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência. A Saúde Mental conta ainda com os Serviços Residenciais Terapêuticos destinados à população de pacientes portadores de transtornos mentais e persistentes, sem retaguarda familiar, para sua reinserção social. Trata-se de Residência de cuidados assistidos financiada pelo Sistema Público de Saúde.

A implantação de Residências Terapêuticas prevê, em alguns casos, o processo de informação e negociação com comunidades locais, que se sentem ameaçadas, com a perspectiva de sua implantação, sob a ótica do estigma do preconceito em torno desta clientela. Trata-se do trabalho de conscientização, que atravessa o campo da Saúde Mental de diversas formas, e que é, em última instância, seu objetivo máximo. Já existem no país, várias Residências Terapêuticas em funcionamento há muitos anos, que comprovam que a reinserção é perfeitamente viável.

Acolhimento Transitório para Situações de Álcool e Drogas e Transtornos Mentais

A Equipe de Consultório na Rua, estratégia vinculada à atenção básica, funciona como forma de cuidado específico, itinerante, para a população em situação de rua, muitos casos acompanhados se referem à Saúde Mental, tanto para problemas relacionados ao abuso de álcool e drogas, quanto à transtornos mentais severos, sem suporte familiar. É imprescindível a presença da Saúde Mental nas ações deste dispositivo, tanto nas demandas de abordagem e interconsultas, quanto na retaguarda dos demais pontos de assistência específicos da Saúde Mental.

A UA (Unidade de Acolhimento), também disponível para crianças e adolescentes: UAi, é a Unidade de Referência específica para cuidados de portadores de transtornos decorrentes do abuso de álcool e outras drogas.

Os Serviços de Atenção em Regime Residencial, em que se incluem as Comunidades Terapêuticas, são dispositivos de assistência mais recentes, que visam a assistência a portadores de transtorno decorrente do abuso de álcool e outras drogas, destinados a cuidados transitórios de até nove meses, para pacientes com condições clínicas estáveis.

Outras Modalidades

Também recentemente, através da Portaria 3.588/2017 foram constituídos os Serviços: CAPS AD4 e a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental destinada ao atendimento aos transtornos mentais moderados, em Unidade Ambulatorial Especializada, por meio de Equipe multiprofissional própria.

Os pontos de assistência em Saúde Mental na rede de Saúde são, portanto, múltiplos e fruto do percurso de construção da Política Pública para a área, em que as demandas vão se apresentando e as estratégias e dispositivos são implantados para fazer frente às mesmas.

Questões Específicas e Desafios

Passado um mês do Fórum Municipal, Olga participou de uma Oficina da CIR, em que foi distribuído um material, fruto de um Grupo de Trabalho, que continha diferentes reflexões sobre os diferentes segmentos de clientela da Saúde Mental. Este material era bastante útil, especificando tópicos particulares de determinados segmentos e alguns pontos comuns entre os mesmos.

Apesar das bases conceituais da Saúde Mental se aplicarem ao conjunto maior da clientela, o cotidiano da assistência destacava questões próprias para diferentes linhas de intervenção. Diferenciá-las e chamar a atenção para algumas peculiaridades era interessante para o gestor.

O Coordenador Municipal de Saúde Mental era o responsável direto pela condução técnica e clínica para a área, mas Olga entendia que o domínio do conhecimento básico sobre os temas, também eram de sua responsabilidade. Por isso, é importante que o gestor seja um conhecedor da Saúde Mental, suas características e sua complexidade, para que não se torne um mero abonador da condução local pelas Equipes.

Em reuniões recentes com a Coordenação de Saúde Mental e outros setores da SMS foi discutida, por exemplo, a necessidade de alimentação dos Sistemas de Informação do CAPS, para a garantia de continuidade do repasse de verbas. Recentemente, alguns serviços de Saúde Mental, como CAPS, SHRs e SRTs tiveram seus repasses de verbas suspensos, em função da não alimentação dos Sistemas de Informação, o que é exigência imperativa, prevista em portaria, para seu financiamento e consequente funcionamento.

Outra questão relevante, pactuada entre Olga, a Coordenação do Programa e a Equipe local de Saúde Mental e a Assistência Farmacêutica era a forte articulação entre as áreas, através dos diálogos permanentes, protocolos e estratégias de monitoramento em torno de algumas questões.

A garantia do fornecimento de medicação, segundo as necessidades de saúde, deve priorizar os medicamentos para os transtornos mentais graves, para os quais a interrupção do uso envolve as crises e suas consequências. Por outro lado, há um trabalho de destaque a ser realizado, em torno desta mesma clientela, para que o isolamento social, não seja substituído pela contenção química, é preciso que as estratégias de cuidado sejam amplas e outras terapêuticas se sobressaíam.

Além disto, o controle da prescrição de medicação psiquiátrica, na rede como um todo, deve visar o combate às práticas de medicamentação e o uso excessivo e abusivo de medicações psiquiátricas. O uso racional de medicamentos é pauta que envolve a saúde mental de forma importante, chamando a atenção por exemplo, o abuso de benzodiazepínicos pela população, condição a ser enfrentada.

Ao se apropriar das questões específicas da área, Olga vinha entendendo também a necessidade do acompanhamento pelo município das publicações de portarias e normativas que determinavam os rumos para a assistência, por meio de novas alternativas de serviços e financiamentos. Segundo sua Coordenadora, a Saúde Mental está sempre sendo atualizada e é importante estar atento.

Num encontro posterior na SES, Olga esteve com alguns Secretários de Saúde, já antigos conhecidos, e outros novos, como Íris, Secretária de Saúde de Céu Azul, município com 14.500 habitantes. As dúvidas de Íris sobre a Saúde Mental mobilizaram Olga, e conversaram no intervalo, onde Olga pôde expor o que já havia assimilado, como questões fundamentais para a área.

Em primeiro lugar, Olga explicou para Íris, que não tinha CAPS implantado em Céu Azul, sobre as vantagens deste serviço, mas também das possibilidades de ações em municípios sem porte populacional para CAPS, de acordo com o que tinha compreendido no Fórum Municipal. Havia diferentes ações a serem implantadas, mesmo para os municípios sem CAPS, que atuavam diretamente na atenção básica, como base da oferta de assistência.

Íris ficou curiosa com o entusiasmo de Olga em torno da Saúde Mental. Olga, primeiro contou do caso que recebera em seu Gabinete no último mês, que afinal resolvera em parceria com o município vizinho, mantendo o paciente no leito de SHR daquele município, por meio de um pedido direto ao Secretário de Saúde, parceiro, numa exceção à regra, já que já estava convicta e empenhada na tarefa urgente de credenciamento de seus próprios leitos do SHR em Vila Feliz.

Explicou à Íris que o paciente esteve poucos dias internado, que o atendimento durante a curta internação fizera diferença, mas que o trabalho da Equipe do CAPS foi primordial. Foram realizadas visitas hospitalares e garantido o acolhimento pós alta para o paciente, com novas abordagens, pensadas especificamente para aquele caso.

Olga considerava que o CAPS e as demais estratégias para a área, eram fundamentais, além de viáveis. Percebia que antes de estruturar a Saúde Mental, de acordo com as características de seu município, gastava-se com as AIHs para internações em Hospitais Especializados, mês após mês e tal gasto foi reduzido, com o processo de reinserção dos pacientes na comunidade.

Por outro lado, o modelo de financiamento, estimulava a atenção de base comunitária, por meio do Ministério da Saúde, com verbas específicas para a implantação, construção e custeio mensal de dispositivos. Nesse sentido recorreu à tabela que recebera num encontro da SES e que agora repassava para a nova Secretária.

Quanto às dúvidas de Íris sobre o financiamento, transferência e utilização dos recursos para a atenção de base comunitária, informou que deve se dar de acordo com as normativas, com destaque para o Título I, Capítulos I e IV do Título X e Título XI da Portaria de Consolidação nº 6/2017, (redação dada pela Portaria MS/GM nº 3.992/2017). (Acessar o Capítulo 3 sobre Financiamento em Saúde deste Manual).

Relatou ainda, que a solução exitosa para os casos, superando as histórias pregressas do intenso sofrimento de pacientes que viveram por longos anos nos manicômios, a estimulava. Quanto aos desafios da Saúde Mental, acreditava que o principal deles era a gestão do equilíbrio entre as ações de promoção de saúde e a oferta direta de assistência aos diferentes casos, dos diferentes segmentos de clientela no CAPS e na Rede de Saúde.

Entendia, como compromisso do gestor, a necessidade de qualificação progressiva para um campo que consolidou tantos avanços, contribuindo com os debates e formulações, a partir das experiências locais.

Percebia também que era uma área que necessitava de desenvolvimento de instrumentos de avaliação, visando seu monitoramento e a continuidade do processo de qualificação para as políticas públicas da área.

TABELA 3: DISPOSITIVOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E FORMAS DE FINANCIAMENTO

DISPOSITIVO	INCENTIVO FINANCEIRO PARA IMPLANTAÇÃO	VALOR MENSAL DE CUSTEIO	INCENTIVO FINANCEIRO PARA CONSTRUÇÃO
<p>CAPS 1 Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam, prioritariamente, intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de 15 mil habitantes. Anexo V e Anexo 1 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de novembro de 2011).</p>	<p>R\$20.000,00 Título VIII, Capítulo 3, Seção II da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 245, de 17 de fevereiro de 2005).</p>	<p>R\$28.305,00 Título VIII, Capítulo 3, Seção III da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011).</p>	<p>R\$800.000,00 Título VIII, Capítulo 3, Seção I e Anexo XLVII da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 615, de 15 de abril de 2013).</p>
<p>CAPS 2 Atende, prioritariamente, pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes. Anexo V e Anexo 1 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de novembro de 2011).</p>	<p>R\$30.000,00 Título VIII, Capítulo 3, Seção II da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 245, de 17 de fevereiro de 2005).</p>	<p>R\$33.086,25 Título VIII, Capítulo 3, Seção III da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011).</p>	<p>R\$800.000,00 Título VIII, Capítulo 3, Seção I e Anexo XLVII da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 615, de 15 de abril de 2013).</p>

<p><i>CAPS 3 Atende, prioritariamente, pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de 150 mil habitantes. Anexo V e Anexo 1 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 3088, de 23 de novembro de 2011).</i></p>	<p><i>R\$50.000,00 Título VIII, Capítulo 3, Seção II da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 245, de 17 de fevereiro de 2005).</i></p>	<p><i>R\$84.134,00 Título VIII, Capítulo 3, Seção III da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 1.966, de 10 de agosto de 2013).</i></p>	<p><i>R\$1.000.000,00 Título VIII, Capítulo 3, Seção I e Anexo XLVII da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 615, de 15 de abril de 2013).</i></p>
<p><i>CAPS i Atende crianças e adolescentes que apresentam, prioritariamente, intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes. Anexo V e Anexo 1 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de novembro de 2011).</i></p>	<p><i>R\$30.000,00 Título VIII, Capítulo 3, Seção II da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 245, de 17 de fevereiro de 2005).</i></p>	<p><i>R\$32.130,00 Título VIII, Capítulo 3, Seção III da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011).</i></p>	<p><i>R\$800.000,00 Título VIII, Capítulo 3, Seção I e Anexo XLVII da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 615, de 15 de abril de 2013).</i></p>

<p><i>CAPS AD</i> <i>Atende pessoas de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes.</i> <i>Anexo V e Anexo 1 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de novembro de 2011).</i></p>	<p><i>R\$50.000,00</i> <i>Título VIII, Capítulo 3, Seção II da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 245, de 17 de fevereiro de 2005).</i></p>	<p><i>R\$39.780,00</i> <i>Título VIII, Capítulo 3, Seção III da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011).</i></p>	<p><i>R\$800.000,00</i> <i>Título VIII, Capítulo 3, Seção I e Anexo XLVII da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 615, de 15 de abril de 2013).</i></p>
<p><i>CAPS AD 3</i> <i>Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de 150 mil habitantes.</i> <i>Anexo V e Anexo 1 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de novembro de 2011).</i></p>	<p><i>Para CAPS AD novo R\$150.000,00</i> <i>Para CAPS AD qualificado R\$75.000,00</i> <i>Título II, Capítulo 2, Seção I, II e III da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 130, de 26 de janeiro de 2012).</i></p>	<p><i>R\$105.000,00</i> <i>Título VIII, Capítulo 3, Seção III da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011).</i></p>	<p><i>R\$1.000.000,00</i> <i>Título VIII, Capítulo 3, Seção I e Anexo XLVII da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 615, de 15 de abril de 2013).</i></p>

<p>CAPS AD 4 Ponto de Atenção Especializada que integra a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destinado a proporcionar a atenção integral e contínua à pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento 24 horas por dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. Será criado em Municípios com população acima de 500.000 habitantes, bem como nas capitais estaduais. Título II, Capítulo 3, Seção I, Anexo V, da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, (Redação dada pela Portaria 3.588, de 21/12/2017).</p>	<p>CAPS AD-IV Novo R\$200.000,00 CAPS AD-IV Reestruturado R\$125.000,00 Título VIII, Capítulo 3, Seção IV-A da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 (Portaria 3.588, de 21/12/2017).</p>	<p>A partir do credenciamento de cada CAPS AD-IV junto à Área Técnica de Saúde Mental do DAPES/SAS/MS, o Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do respectivo Estado ou do Distrito Federal ficará acrescido de R\$400.000,00 (quatrocentos mil reais) mensais, para o custeio do CAPS AD IV Título VIII, Capítulo 3, Seção IV-A da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 (Portaria 3.588, de 21/12/2017).</p>	
<p>UA Unidade de Acolhimento Adulto</p>	<p>R\$70.000,00 Título II, Capítulo 2, Seção IV e Anexo 2 do Anexo 5 da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 121, de 25 de janeiro de 2012).</p>	<p>R\$25.000,00 Título II, Capítulo 2, Seção IV e Anexo 2 do Anexo 5 da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 121, de 25 de janeiro de 2012).</p>	<p>R\$500.000,00 Título VIII, Capítulo 3, Seção I e Anexo XLVII da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 615, de 15 de abril de 2013).</p>
<p>UA i Unidade de Acolhimento Infantil Juvenil</p>	<p>R\$70.000,00 Título II, Capítulo 2, Seção IV e Anexo 2 do Anexo 5 da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 121, de 25 de janeiro de 2012).</p>	<p>R\$30.000,00 Título II, Capítulo 2, Seção IV e Anexo 2 do Anexo 5 da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 121, de 25 de janeiro de 2012).</p>	<p>R\$500.000,00 Título VIII, Capítulo 3, Seção I e Anexo XLVII da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 615, de 15 de abril de 2013).</p>

<p>SRT Serviço Residencial Terapêutico Tipo 1, 2 e 3</p>	<p>(8 a 10 leitos) R\$33.000,00 (11 a 20 leitos) R\$ 66.000,00 (21 a 30 leitos) R\$ 99.000,00 Art. 1032-A da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, (Redação dada pela Portaria 3.588/2017).</p>	<p>R\$10.000,00 – Tipo 1 R\$20.000,00 – Tipo 2 Art. 1.009, 1.010 e Anexo XX da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011).</p>	
<p>Serviço Hospitalar de Referência (SHR) Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral</p>	<p>R\$4.000,00 por leito Título VIII, Capítulo 3, Seção VII da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 148, de 31 de janeiro de 2012).</p>	<p>R\$67.321,32 de custeio anual por cada leito implantado Título VIII, Capítulo 3, Seção VII da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 148, de 31 de janeiro de 2012).</p>	
<p>Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental Tipo 1, 2 e 3</p>		<p>TIPO 1 - R\$12.000,00 TIPO 2 - R\$21.000,00 TIPO 3 - R\$30.000,00 Art. 1062-A da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 (Redação dada pela Port.3588/2017).</p>	
<p>Componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial (Iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais)</p>		<p>R\$15.000,00 para 10 a 15 usuários R\$30.000,00 para 51 a 150 usuários R\$50.000,00 para mais de 150 usuários Título VIII, Capítulo 3, Seção XI da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 132, de 26 de janeiro de 2012).</p>	

Fonte: Sistematização de Portarias pelos editores

PARA SABER MAIS:

- » TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 80 aos dias atuais: história e conceito. História, Ciências e Saúde – Manguinhos. Rio de Janeiro, vol. 9 (1):25-29, 2002.
- » PINHEIRO, Roseni, GULJOR, Ana Paula, JUNIOR, Aluisio Gomes da Silva e MATTOS, Ruben Araujo (Organizadores). Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos. CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, Rio de Janeiro, 2007.
- » Saúde Mental em dados 12. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília. Ano 10, nº 12, outubro de 2015.
- » Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília 2004.
- » Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde Mental: www.portalms.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/04/2a-Apresentacao-CIT-Final.pdf
- » Saúde Mental em dados 12. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília. Ano 10, nº 12, outubro de 2015.
- » Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental. Dulce Helena Chiaverini (Organizadora). Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, Brasília, 2011.
- » Saúde Mental – Cadernos de Atenção Básica, n.34. Ministério da Saúde. Brasília, 2013.
- » ALARCON, Sergio e JORGE, Marco Aurelio Soares (orgs.). Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. Ed. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2012.

- » COUTO, Maria Cristina Ventura, DUARTE, Cristiane S. delgado, Pedro Gabriel Godinho. A Saúde Mental Infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. Rev. Brasileira de Psiquiatria, 30 (4). Rio de Janeiro, 2008.
- » FURTADO, Juarez Pereira, ODA, Wagner Yoshizaki, BORYSOW, Igor da Costa e KAPP, Silke. A concepção de território na Saúde Mental. Cad. Saúde Pública 32 (9) 10 Out 2016.
- » BRASIL, 1991. Portaria 189, de 19 de novembro de 1991. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, DF.
- » _____, 1992. Portaria 224, de 19 de janeiro de 1992. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, DF.
- » _____, 2002. Portaria ,.189, de 22 de março de 2002. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, DF.
- » _____, 2017. Portaria 3588 de 21 de dezembro de 2017. Ministério da Saúde.
- » _____, 2017. Portaria de Consolidação nº 2/GM. Ministério da Saúde
- » _____, 2017. Portaria de Consolidação nº 3/GM. Ministério da Saúde
- » _____. 2017. Portaria de Consolidação nº 6/GM. Ministério da Saúde.
- » Lei n.10.216. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 06 de abril de 2001.
- » Lei n. 10.708. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 31 de julho de 2003.

CAPÍTULO

14



GESTÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA E REGULAÇÃO DO SUS NO MUNICÍPIO

O acesso às ações e serviços de saúde com qualidade e resolutividade na Rede de Atenção do SUS é um dos maiores desafios dos gestores da saúde e esse acesso é marcado por desencontros na Rede de Atenção à Saúde (RAS), em especial na Média e Alta Complexidade.

A regulação no setor saúde é compreendida como ação social e abrange ações de regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação de determinado sujeito social sobre a produção de bens e serviços em saúde, sendo o Estado um desses sujeitos e os outros sujeitos não estatais,



como segmentos privados lucrativos presentes no setor (planos e seguros de saúde), corporações profissionais, usuários organizados (conselhos de saúde, por exemplo), dentre outros¹.

O gestor da saúde depara-se com gigantescos problemas para regular o acesso das pessoas pelo desconhecimento das reais necessidades de saúde, falta de ferramentas adequadas para gerir o sistema e o subfinanciamento da atenção básica, da atenção especializada de média complexidade (área preterida em todo o período de construção do SUS) e da alta complexidade, que consome grande parte dos recursos públicos, além de outras limitações.

A atenção especializada de média e alta complexidade ofertadas no SUS compõe a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases). Seus atributos, descrição e valores constam do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) utilizada para processamento dos procedimentos cobrados nos sistemas de informação: ambulatorial (SIA/SUS) e Hospitalar (SIH/SUS). É de domínio público e está disponível em : <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>.

Historicamente, na maior parte dos estados brasileiros, esses procedimentos de média e alta complexidade foram majoritariamente contratados/conveniados junto aos serviços de saúde, sejam privados com fins lucrativos, sejam filantrópicos ou universitários públicos, priorizando a capacidade e interesse de oferta dos prestadores, e seu acesso para a população sempre dependeu, fortemente, da procura espontânea e voluntária dos pacientes. Esta situação dificulta enormemente a alocação racional de serviços e equipamentos de saúde, criando desigualdades regionais, até hoje ainda não resolvidas pelo SUS².

Os serviços de especialidade e a atenção hospitalar de média complexidade tornaram-se, frequentemente, a verdadeira porta de entrada do sistema, atendendo diretamente grande parte da demanda que deveria ser atendida na rede básica, perdendo-se tanto a qualidade no atendimento primário quanto no acesso da população aos tratamentos especializados, representando, além disso, ampliação ineficiente dos gastos do SUS³.

Esse processo desordenado fere o princípio constitucional da Regionalização do SUS, sem o qual, dificilmente o SUS poderá garantir a integralidade das ações de saúde para a população brasileira. Diante dessa realidade o CONASEMS, como protagonista em defesa das necessidades da assistência à saúde da população nos municípios brasileiros, luta pela adoção de critérios de rateio e o financiamento tripartite e sustentável do SUS.

A Atenção Especializada de Média Complexidade ambulatorial é com-

1 CONASS. Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS. 2011. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/guiainformacao/a-regulacao-no-sus-alguns-conceitos/>>. Acesso em 19 jan. 2019.

2 BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007. 248 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 9) .

3 Ibidem, p. 248.

posta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento⁴.

A Atenção Especializada de Alta Complexidade caracteriza-se pelo conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em “redes de alta complexidade”, são:

- » **assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise);**
- » **assistência ao paciente oncológico;**
- » **cirurgia cardiovascular;**
 - *cirurgia vascular;*
 - *cirurgia cardiovascular pediátrica;*
 - *procedimentos da cardiologia intervencionista;*
 - *procedimentos endovasculares extracardíacos;*
 - *laboratório de eletrofisiologia;*
 - *assistência em traumatologia ortopedia de alta complexidade;*
 - *procedimentos de neurocirurgia;*
- » **assistência em otologia e cirurgia de implante coclear;**
- » **cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical;**
 - *cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático;*
 - *procedimentos em fissuras lábio palatais;*
 - *reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático;*
 - *procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono;*
 - *assistência aos pacientes portadores de queimaduras;*
 - *assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica);*
 - *cirurgia reprodutiva;*
 - *genética clínica;*
 - *terapia nutricional;*
 - *distrofia muscular progressiva;*
 - *osteogênese imperfecta;*
 - *fibrose cística,*
 - *reprodução assistida*⁵.

4 Ibidem, p. 248.

5 BRASIL. Ministério da Saúde. Portal do Ministério da Saúde. Atenção Especializada. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/estrutura-do-sus/770-sistema-nacional-de-saude/40317-atencao-especializada>>. Acesso em 28 dez. 2018.

Um exemplo de desencontros na Rede de Atenção é o acesso aos serviços de Terapia Renal Substitutiva (TRS), com crescimento diário de filas de pacientes com necessidade de um rim artificial, os quais, em sua maioria, não tiveram acesso ao cuidado básico de qualidade, com suporte para o diagnóstico precoce da doença renal crônica e conseqüentemente são diagnosticados, na maioria das vezes, em pronto atendimentos ou hospitais, já em condições irreversíveis da terapia dialítica.

A situação-problema descrita neste capítulo, pretende apresentar a dificuldade que os gestores têm em gerir o acesso aos serviços especializados para tratamento do paciente renal crônico/agudo, por protagonistas da Vila SUS, com inserções de referencial teórico, bases legais e a experiência dos autores frente à problemática apresentada.

Discussão da Situação-Problema na reunião da Comissão Intergestores Regional (CIR):

Durante o intervalo da reunião da CIR, Íris, a nova gestora de Céu Azul, solicita ajuda à Olga, gestora de Vila SUS, pois frequentemente fica em apuros por receber muitos pedidos de hemodiálise da rede de saúde do município, originários tanto da Atenção Básica (AB) quanto do Pronto Atendimento (PA). Como gestora ainda com pouca experiência, não conhece os fluxos para os serviços, além do que, a AB/Atenção Primária em Saúde (APS) encontra dificuldades no diagnóstico dos quadros iniciais de doença renal e na proposição de cuidados para o acompanhamento desses casos.

I: Olga, como funciona para eu encaminhar pacientes para fazer hemodiálise ou tratamento em serviços de Terapia Renal Substitutiva?

O: Bem, normalmente, solicitamos o encaminhamento por meio de Tratamento Fora de Domicílio (TFD) para serviço(s) de referência da nossa macrorregião (Bons Caminhos), pois são serviços de alta complexidade ambulatorial que devem ofertar todas as condições para o diagnóstico, acompanhamento e tratamento (ambulatorial e hospitalar), conforme a regra estabelecida pelas Portarias 1.675/2018 e 3.415/2018 do Ministério da Saúde.

Diante desse questionamento de Íris, Olga fica preocupada com a situação e alerta a todos os gestores presentes na reunião sobre a necessidade de fazer essa discussão. Assim, foi pactuado que seria inserido como ponto de pauta da CIR e inicia-se uma ampla discussão regional.

Após o debate, o primeiro passo sugerido pelos gestores e técnicos foi conhecer melhor o problema, iniciando com um levantamento de dados dos pacientes em tratamento no serviço de TRS de referência. Olga se coloca à disposição e disponibiliza sua equipe para efetuar o levantamento.

Olga, chegando em Vila SUS, solicita a Eduardo, Valéria e Lúcia (Técnicos da VS, AB e Regulação de Vila SUS), para realizarem um diagnóstico dos pacientes da TRS da região, por serviço(s) e como vem se comportando a assistência e gastos, pois também já vivenciou vários problemas de falta de

vagas e tem muitos pedidos de exames especializados dos serviços de TRS para o seu município. Além disso, ela também desconhece a programação existente e a legislação pertinente a essas ações e serviços.

Ainda, Olga sugere que Lúcia, Coordenadora de Regulação de Vila SUS e representante do município no Grupo Técnico (GT) de Planejamento e na Câmara Técnica (CT) da CIR, discuta essa pauta regionalmente.

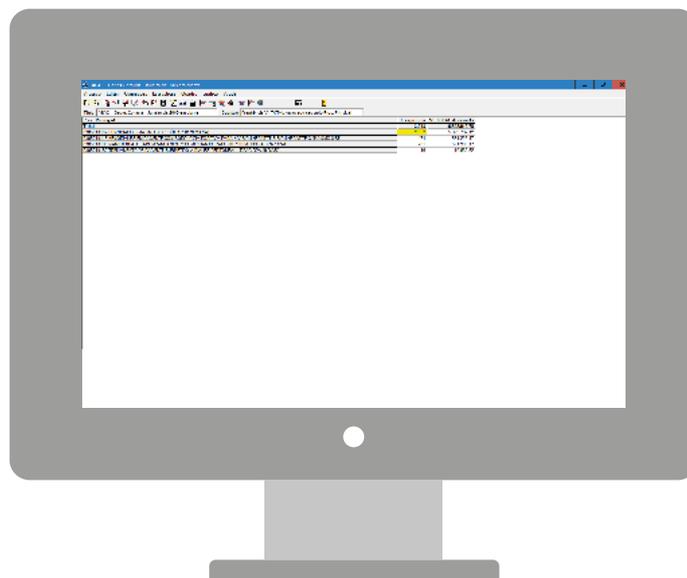
Solicitam ajuda à Thaís para levantar a legislação da Doença Renal Crônica (DRC), das normas que tratam do Planejamento Regional Integrado (PRI) e outros referenciais teóricos sobre a governança macrorregional, Política Nacional de Regulação e outros referenciais sobre essas matérias.

Após distribuição das tarefas na equipe assessora da Olga, são iniciados os trabalhos de coleta de informações.

Valéria e Eduardo começam o levantamento epidemiológico com a utilização do programa **Tab para Windows - TabWin, versão 4.15**, tabulando rapidamente diversos dados em planilhas de fácil compreensão. O aplicativo permite a tabulação de dados existentes em formulários de coleta de processamento e pagamento como: Autorização de Pagamento de Alta Complexidade (APAC), Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Boletim de Produção ambulatorial e Individualizado (BPA- I), estatísticas vitais como a Declaração de Óbito (DO) e Declaração de Nascido Vivo (DN), além de outros dados como os de estrutura de serviços do SUS. Para esse trabalho utilizaram os bancos de dados: SIA/SUS. Este programa é gratuito e disponível para download em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060805>.

Tabularam, ainda, as causas de internação e mortalidade, utilizando os bancos de dados do Sistema de Informações Hospitalares - SIH (RD.dbc) e de o Sistema de Informação de Mortalidade - SIM (DO.dbc) de acordo com os códigos secundários da CID-10 referente à Insuficiência renal, disponíveis em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901>.

Abaixo segue exemplo de tabela de dados que podemos tabular no Tabwin para verificar a frequência e gastos de procedimentos da TRS:



Além dessa informação os técnicos também verificaram as internações e óbitos nas regiões de saúde por causas ligadas à qualquer tipo de agravo constantes da CID-10 que foram atendidos pelo SUS, mesmo havendo restrições com relação à qualidade dos dados informados nesses sistemas.

Coube à Thaís fazer um compilado da legislação e outros documentos que considerou importante para as equipes como:

- 1- *Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica, que é um documento de caráter nacional, podendo ser utilizado pelas Secretarias de Saúde Estaduais, do Distrito Federal e dos Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos, podendo ser alterado, desde que de forma suplementar, considerando as especificidades locais. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf;*
- 2 - *Portaria GM 1.675/2018 que altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) no âmbito do SUS. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt1675_08_06_2018.html;*
- 3 - *Portaria GM 3.415/2018 que altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria nº 1.675/2018, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) no SUS. Encontra-se disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/KujrwoTZC2Mb/content/id/46885994;*
- 4- *Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) que versam sobre o Planejamento Regional Integrado (PRI): Resolução nº 23/2017-CIT de 17/08/2017 que trata da regionalização por meio do PRI e da Resolução nº 37/2018-CIT de 22/03/2018 que define a modelagem da organização do Sistema Único de Saúde (SUS) nas macrorregiões de saúde.*
- 5- *Tratamento Fora do Domicílio (TFD): A Portaria nº 55/1999 dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prto055_24_02_1999.html.*

O TFD é um benefício concedido ao usuário residente em um determinado estado, ou município, que necessite de tratamento em serviços localizados em municípios do seu próprio estado ou estados diferentes daquele que ele reside, quando esgotados todos os meios para o tratamento ou inexistência do serviço no local de origem. As despesas permitidas pelo TFD são aquelas relativas a transporte aéreo, terrestre e fluvial; diárias

para alimentação e pernoite para paciente e acompanhante (caso previsto na legislação ou necessário por motivos clínicos), devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do município/estado. Os valores relativos às despesas de TFD constam do SIGTAP.

Assim como a maioria de procedimentos da tabela do SUS, o TFD não tem reajuste dos valores há longa data. No entanto, é usual que estados e municípios normalmente estabeleçam o cofinanciamento do transporte sanitário de pacientes.

Ver Tabela SIGTAP disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>.

De posse de todo o material levantado pelos técnicos de Vila SUS, Olga propõe ainda, que haja uma ampla discussão sobre as normativas que dispõe sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento da Linha de Cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica no SUS.

Lúcia apresenta no Grupo Técnico (GT) e na Câmara Técnica (CT) da CIR, o fluxo do doente renal na atual Rede de Atenção, conforme foi sugerido pela gestora de seu município, considerando os problemas de acesso dos pacientes e que os mesmos necessitam de suporte laboratorial, e de equipe multidisciplinar para o diagnóstico e tratamento da doença, além de suporte medicamentoso e familiar/comunitários e que há fila de espera nos serviços de TRS da região. Após a apresentação feita no GT e a discussão na CT da CIR, foi sugerido que Valéria e Lúcia apresentassem na CIR todo esse conteúdo, conforme descrito a seguir.

Abordagem sobre a atenção na Linha de Cuidado do paciente portador de doença renal crônica na RAS:

Valéria inicia sua apresentação aos gestores abordando que a Política Nacional de Atenção Básica (Anexo XXII da PRC nº 2, de 28/09/2017) estabelece que a Atenção Básica *“será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede”* - Art. 2º - §1º⁶, (ver Capítulo 10).

Diante dessa premissa, a discussão aponta a necessidade de se investir em processos do cuidado, por meio da reorganização de territórios de responsabilidades das equipes de AB e Vigilância em Saúde, reorganizar a oferta de ações e serviços da Atenção Básica (Carteira de Serviços) com base no enfoque de risco, e atendendo todo o território de responsabilidade de cada Unidade Básica de Saúde, e, principalmente, investir financeiramente neste nível de atenção.

As ações e serviços da Atenção Básica devem ter seu financiamento pactuado nas instâncias interfederativas de forma tripartite. A relação de

6 BRASIL, Ministério da Saúde. Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 1.559, de 01 de agosto de 2008). Institui a Política Nacional de Regulação no Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html>. Acesso em: 25 abr. 2019.

serviços ofertados em cada UBS deverá estar disponível e visível de forma clara, concisa, conforme padronização pactuada, desenvolvida em parceria com o controle social.

Valéria sugere na reunião que a AB deve sempre participar da programação e contratação de serviços e coloca a importância deste nível de atenção no monitoramento e avaliação da atenção a todos os pacientes, fazendo assim a coordenação do cuidado, nos diversos pontos da RAS. Enfatiza, ainda, a importância do papel do gerente e do coordenador da AB nestes processos de gestão, trazendo a AB para o centro da coordenação da RAS. Refere que os pacientes renais crônicos, a partir do momento que necessitam da Terapia Renal Substitutiva, iniciando sua terapia, perdem contato com as equipes e serviços da Atenção Básica, inclusive quanto a informações sobre a condição clínica e evolução dos pacientes, desvinculando-os do cuidado das equipes da AB.

Há ainda que priorizar os processos de Educação na Saúde:

A 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 curricular⁷. Para Falkenberg⁸, os cenários de atuação dos profissionais da saúde são os mais diversos e estão em constante desenvolvimento de novas tecnologias, exigindo inteligência emocional e relações interpessoais que perpassam o ambiente de formação, indo muito além da graduação.

Valéria continua explicando que a complexidade de processos existentes na Atenção Básica exige profissionais sempre aptos a atuarem de maneira a garantir a integralidade do cuidado, a segurança deles próprios como trabalhadores e das pessoas que eles atendem e a resolubilidade do sistema. Assim, a Educação na Saúde é colocada nos contextos: social, político e ético-ideológico, tornando-se permanente, quebrando o tabu de que há idade para se educar: consequentemente ela estende-se por toda a vida.

A AB pode gerir os recursos disponíveis e contratualizados para o cuidado de sua área de atuação, responsabilizando-se pelo “caminhar” das pessoas na RAS, por meio do referenciamento aos serviços de atenção de média e alta complexidade e esses devem contrarreferenciar os casos para o acompanhamento na AB.

Conforme estabelecido nas Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica (DRC) no SUS, boa parte dos pacientes adultos, costumeiramente atendidos na atenção básica, apresentam um ou mais fatores de risco para a DRC. São mais relevantes a hipertensão arterial, a diabetes, a população idosa, portadores de obesidade, tabagistas, bem como pes-

7 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 56 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_srgtes.pdf>. Acesso em 25 abr. 2019.

8 FALKENBERG, MB; MENDES, TPL.; MORAES, EP; SOUZA E.M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Rev. Ciência & Saúde Coletiva 19(3) p. 847-852, 2014.

soas com história de outras doenças do aparelho circulatório e história de DRC na família, dentre outros fatores de risco.

Considerando, portanto, os fatores de risco, se evidencia a necessidade de que as equipes de atenção básica estejam sensíveis e atentas ao diagnóstico de DRC e sua classificação, quando presente, para estabelecer os planos de cuidado mais adequados para cada caso.

Outro papel relevante da atenção básica se refere à avaliação contínua das pessoas com fatores de risco, pois são preditores da progressão da DRC situações em que pessoas não controlam adequadamente esses fatores, como as que apresentam níveis pressóricos e glicêmicos mal controlados, manutenção do uso do tabaco e, inclusive, a presença de DRC em estágios iniciais não identificada.

Íris, gestora de Céu Azul, reflete com Valéria, que, até o momento, houve poucas iniciativas para envolver os profissionais da AB no tema. Com isso, muitas vezes as pessoas com DRC somente eram identificadas nos estágios mais avançados, por vezes, inclusive, quando de um evento de desequilíbrio clínico, na emergência ou em uma internação.

Na prática, os exames complementares necessários para a identificação da DRC estavam disponíveis na AB na grande maioria, senão a totalidade, dos municípios da região. No entanto, não havia a prática de se preocupar com a questão. Em conversa sobre o tema, Íris e Valéria refletiram que uma ação de mobilização dos profissionais da AB para discutir o tema seria uma estratégia apropriada para que a preocupação do diagnóstico da DRC fosse incorporada no cuidado de todos os pacientes com fatores de risco presentes, em avaliação periódica.

A partir da identificação da DRC e da classificação dos estágios clínicos, a AB poderia garantir, com recursos já disponíveis, o cuidado aos casos nos estágios iniciais, e, em paralelo, qualificar o encaminhamento para serviços especializados dos pacientes que, efetivamente, apresentassem condições clínicas que requeressem procedimentos mais complexos.

Lúcia explica que a Rede de serviços deve ser organizada, tendo a AB como principal porta de entrada, atuando na prevenção, com acompanhamento multiprofissional e terapia medicamentosa (Assistência Farmacêutica). Ofertar os exames de média complexidade para o diagnóstico precoce pela avaliação da Taxa de Filtração Glomerular (TFG), alterações parenquimatosas e avaliação de imagem em serviços de referência, quando indicado, e garantir acesso aos serviços de Terapia Renal Substitutiva de acordo com o estágio da doença prevista nas Diretrizes do Ministério da Saúde.

Lúcia destaca a utilização do Caderno 1 - Critérios e parâmetros assistenciais para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde⁹, para realizar a programação da assistência dos pacientes

9 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://portal-arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/13/Caderno-1-Criterios-e-Parametros-ASSISTENCIAIS-1-revisao.pdf>>. Acesso em 25 abr. 2019.

renais crônicos em seus diferentes estágios. Com os parâmetros recomendados pelo Ministério é possível quantificar os procedimentos de saúde para determinada população e por nível de assistência, já que, segundo as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com DRC, os estágios clínicos de 1 a 3 serão cuidados pela AB e de 4 a 5 pela atenção especializada.

PARA SABER MAIS:

» http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf

Lúcia expõe sua preocupação a partir dessa análise, uma vez que a maior parte dos pacientes renais (10,1% da população acima de 20 anos) serão acompanhados na AB e a menor parte na atenção especializada (0,36% da população acima de 20 anos). Assim, boa parte do custeio para o diagnóstico e acompanhamento desses pacientes não serão financiados pelos tetos específicos dos cuidados aos doentes renais crônicos, impactando no Piso de Atenção Básica (PAB) e na Média e alta complexidade (MAC) do município de origem do paciente.

• *Os gestores da região comentam que, na vida real, o que se observa é a publicação de novas políticas sem o devido aporte financeiro para a sua implementação. O caso da TRS é um exemplo: foi publicada a Portaria 1.675/GM, de 07/06/2018, mas não houve pactuação financeira de exames de média complexidade para que a AB pudesse realizar a classificação do risco dos doentes renais crônicos.*

Continuando sua exposição, Lúcia explica que compete aos serviços de Alta Complexidade em TRS:

- Acompanhar os casos por equipe multidisciplinar;
- Realizar a terapia dialítica indicada para cada paciente;
- Realizar os exames de acordo com o estágio (mensal, trimestral, semestral e anual);
- Encaminhar para os serviços especializados de transplante (seguir orientações da Portaria GM/MS nº 2.600/2009 ou a que venha substituí-la);
- Realizar confecção de fístulas arterio-venosas;
- Efetuar treinamento para diálise peritoneal (DPAC ou DPA) de familiares e pacientes, bem como o seu monitoramento;
- Tratamento de anemias e distúrbio metabólico mineral ósseo, quando houver;
- Tratamento hospitalar das intercorrências da DRC;
- Educação em saúde.

Para ilustrar a situação, Vitória (apoiadora Regional) que conhece bem as demandas dos gestores da região, trouxe para o debate o caso do Sr. Jorge, de um município da região, que ela preferiu não identificar, pois isso era corriqueiro:

“Sr. Jorge, um senhor de 53 anos, motorista de caminhão, hipertenso, diabético, obeso, sempre viajando de um lado para outro, com pouca aderência ao tratamento. Iniciou os sintomas de insuficiência renal crônica, apresentando dificuldade para enxergar, edema em membros inferiores, e, mesmo sendo diabético tipo II, consumia muitos doces e outros alimentos ricos em carboidratos. Foi até uma UBS pois não se sentia muito bem. O médico da ESF solicitou os exames de laboratório, ultrassonografia dos rins e vias urinárias para diagnóstico da IRC e consulta especializada de oftalmologia, por conta das complicações oftalmológicas da diabetes tipo II e o potencial impacto em sua atividade profissional de motorista.

A UBS do município encaminhou o Sr. Jorge para os serviços de apoio diagnóstico, mas nem todos ele conseguiu, pois, segundo o prestador, o contrato com o Serviço não previa alguns daqueles exames. O Sr. Jorge voltou ao município com o pedido dos exames de Taxa de Filtração Glomerular (TFG) e ultrassonografia dos rins e vias urinárias. O gestor tomou a decisão de ligar para a Referência da Secretaria de Estado para pedir ajuda, mas disseram que não havia programação e nem financiamento para esses exames .

Diante da situação, o gestor se viu obrigado a fazer um contrato paralelo, pagando por procedimento, com um custo muito maior do que o SUS paga. Além disso, não havia vaga na Central de Regulação para que o Sr. Jorge pudesse passar por avaliação de oftalmologista, pois a fila de espera era de 2 anos.

Pobres do Sr Jorge e do gestor!!! O Sr. Jorge teve um AVC isquêmico, teve de fazer hemodiálise de emergência e agora encontra-se cadastrado em serviço de TRS e o gestor está respondendo no Ministério Público por conta dos contratos paralelos”.

Vitória continua dizendo que, toda essa problemática de acesso à exames de média e também da alta complexidade não foi resolvida no SUS, e isso ocorre em todas as áreas de assistência. Normalmente quem banca esses gastos são os municípios. Somente tomando decisões e organizando a RAS de forma colegiada e solidária, os gestores (tripartite) poderão minimizar esses problemas, exercendo a governança e o Planejamento Regional Integrado (PRI) ascendente, utilizando parâmetros de cobertura assistencial e lançando mão de critérios da economia (escala e escopo), eficiência de gastos e favorecendo a resolutividade.

O PRI precisa ser construído em uma macrorregião. Mais adiante traremos algumas reflexões e regulamentações sobre o assunto. **(Ver Capítulos 16 e 17)**.

Outra reflexão feita por Íris refere-se à necessidade de construir indicadores de avaliação do cuidado e do manejo clínico das DRC. Para isso, e considerando o conjunto de fatores de risco, que abrangem grande

número de pessoas, Íris pondera a importância de contar com sistemas informatizados de registro de atendimento em saúde, funcionando de maneira integrada entre os diferentes níveis de atenção e capazes de produzir marcadores que permitam aos próprios profissionais, de um lado, conhecer os casos em seus diferentes estágios, promover o acompanhamento e avaliar o cuidado oferecido. Na prática, soluções já disponíveis no SUS, como o prontuário eletrônico do paciente (ESUS-AB, da Atenção Básica) e outros sistemas de registro do cuidado hospitalar, poderiam servir como fonte de dados para a obtenção desses indicadores, porém todos concluem ser importante maior desenvolvimento das tecnologias de informação, bem como processos educativos entre profissionais para uso das ferramentas, inclusive com criação de meios para disseminação das informações para os pacientes.

Íris propõe, que seria importante, também, conhecer a situação dos pacientes que já se encontram em Terapia Renal Substitutiva, para reconstruir os caminhos do cuidado que foram trilhados e identificar eventuais oportunidades perdidas de ação para evitar o agravamento dos casos. A partir da recuperação das informações desses pacientes, seria possível motivar a reorganização do sistema, desde a atenção básica, para qualificar o cuidado à população e reduzir as situações de risco.

Ainda avaliando a situação dos pacientes que já se encontram em TRS, Íris sugere que outro ponto de partida seria a avaliação do cuidado aos familiares dos pacientes. Além do fator de risco pela questão da hereditariedade e dos hábitos de vida familiares, a situação da convivência, na família, com uma pessoa em TRS, muitas vezes muda completamente as relações intrafamiliares, seja nas questões afetivas ou mesmo de atividades sociais e econômicas. Portanto, conhecer melhor as famílias, dar apoio aos cuidadores diretos, identificar situações de risco entre os familiares e, até mesmo, possíveis novos casos de DRC também poderia ser uma estratégia para qualificar o cuidado para as pessoas com DRC.

Há iniciativas de associação entre pacientes e familiares para dar apoio às pessoas com DRC, em diversas localidades. Uma atenção mais próxima a essas famílias poderia fortalecer esses laços, favorecer a associação e, inclusive, facilitar a inserção social desses grupos familiares em busca de outros apoios intersetoriais, como a facilitação de acesso a trabalho e renda, busca de direitos sociais, convivência como elemento de mitigação do sofrimento psíquico e outras iniciativas.

Abaixo segue o conteúdo teórico que Lúcia preparou e disponibilizou aos gestores sobre a Regulação da Saúde e a Contratualização no SUS.

A Regulação da Saúde e do acesso (ou assistencial) para a Região de Vale Feliz

Antes de abordarmos a regulação do acesso ou assistencial propriamente dita, é importante nos atentarmos para os diversos empregos do termo regulação e regulação no setor saúde.

O termo regulação é bastante usual em diversas áreas como: regulação financeira, regulação de mercado, regulação normativa, regulação da força de trabalho, regulação da oferta de insumos e tecnologias, entre outros empregos em que ela pode ser usada. No setor saúde, a regulação também tem uma aplicabilidade abrangente, com definições distintas dependendo do advérbio que a acompanha, tais quais: regulação de sistemas de saúde; regulação da atenção à saúde; regulação do acesso à assistência; regulação da qualidade e eficiência da atenção.

Para melhor entendimento, usaremos a citação do Manual de Regulação em Saúde¹⁰ emitido pelo CONASS que faz a seguinte definição para a Regulação no Setor Saúde:

“Compreende um considerável número de atividades, instrumentos e estratégias, considerando que o setor é composto por um conjunto de ações, serviços e programas de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, que incluem tanto cuidados individuais quanto coletivos e que requerem a atenção em distintos pontos de atenção à saúde ambulatoriais e hospitalares.”

Este considerável número de atividades, instrumentos e estratégias constituem, desde a elaboração de normas, as ações de vigilância, o CNES, CADSUS, PPI/PGASS, além de uma série de outras ações, até, finalmente, a regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial.

Na atual Política Nacional de Regulação (PNR), publicada pela Portaria GM/MS nº 1.559 de 2008, a regulação do SUS é organizada em três dimensões¹¹:

» **I. Regulação de Sistemas de Saúde: têm como objeto os sistemas municipal, estadual e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo, a partir dos princípios e das diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas.**

- *Elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão.*

10 BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011. 126p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 10).

11 BRASIL, Ministério da Saúde. Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, (anteriormente Portaria MS/GM nº 1.559, de 01 de agosto de 2008). Institui a Política Nacional de Regulação no Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html>. Acesso em: 25 abr. 2019.

- *Planejamento, Financiamento e Fiscalização de Sistemas de Saúde.*
- *Participação da Comunidade e Ouvidoria em Saúde.*
- *Vigilância Sanitária e Epidemiológica.*
- *Regulação da Saúde Suplementar.*
- *Auditoria Assistencial ou Clínica.*
- *Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde.*

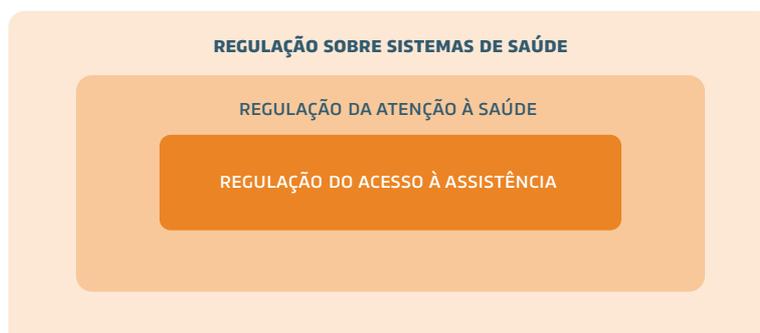
» **II. Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS.**

- *Cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).*
- *Cadastramento de usuários do SUS no sistema do Cartão Nacional de Saúde (CNS).*
- *Contratualização de serviços de saúde segundo as normas e políticas específicas do Ministério da Saúde.*
- *Credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde.*
- *Elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais.*
- *Supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar.*
- *Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS).*
- *Avaliação analítica da produção.*
- *Avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários (PNASS).*
- *Avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde.*
- *Avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde.*
- *Utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso.*

» **III. Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.**

- *Regulação do acesso a partir da Atenção Básica.*
- *Regulação médica da atenção pré-hospitalar e 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;*
- *Estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes.*

FIGURA 1: CLASSIFICAÇÃO DA REGULAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL



Fonte: OPAS, 2006.

Segundo Cavalcanti¹², a PNR se destacou pela estruturação da regulação do acesso, embora haja a necessidade de criar mecanismos que assegurem a relação entre a oferta de serviços e a demanda existente.

O Ministério da Saúde, no âmbito do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS), vem discutindo uma nova proposta para substituir a atual política.

A nova proposta é pautada no fortalecimento da atenção primária em saúde como coordenadora do cuidado, sendo parte de uma rede estruturada e conectada de serviços de saúde. As novas discussões ratificam a APS como porta de entrada prioritária, resolutiva e capaz de atender a maior parte das necessidades de saúde do usuário, no âmbito da UBS/USF ou garantindo a continuidade do cuidado. Nessa perspectiva a regulação do acesso será fundamental para viabilizar o acesso mais equitativo da oferta de serviços de saúde, contribuindo para a organização da Rede de Atenção à Saúde¹³.

O DRAC/MS, em apresentações recentes, deixa claro que é preciso esgotar diversos temas visando uma nova política que atenda aos anseios dos gestores, órgãos de controle e da população assistida pelo SUS¹⁴:

- *O desenvolvimento de protocolos de regulação que definam quais situações precisam de encaminhamento para a Atenção Especializada e quais devem ser tratadas pela Atenção Básica;*
- *A governança sobre as ofertas da Atenção Especializada, com transparência na sua organização, distribuição e acesso, envolvendo a Atenção Básica, as Centrais de Regulação e a própria Atenção Especializada;*
- *A distribuição das ofertas da Atenção Especializada, considerando as consultas de 1ª vez e retorno, o apoio diagnóstico, as reservas técnicas e o estabelecimento de cotas para a Atenção Básica e para a Atenção Especializada;*
- *A estruturação do Núcleo Interno de Regulação (NIR), no âmbito da Atenção Especializada, visando o desenvolvimento de competências regulatórias e a captação e distribuição das agendas;*
- *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;*
- *O desenvolvimento de práticas de regulação na Atenção Básica, que considerem a gestão do acesso à atenção especializada e a gestão da demanda reprimida.*

12 CAVALCANTI, RP; CRUZ, DF; PADILHA, WWN. Desafios da Regulação Assistencial na Organização do Sistema Único de Saúde. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. V. 22. Número 2. p. 181-188. 2018.

13 ALMEIDA, PF et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde., V. 42, Número especial 1, p. 244-260, Rio de Janeiro, 2018.

14 BRASIL, Ministério da Saúde. Apresentação do DRAC/SAS/MS no XXXII Congresso de Secretarias Municipais de Saúde. Fortaleza, 2016.

Nas discussões em pauta fica clara a necessidade de enfatizar o protagonismo da AB como a ordenadora do cuidado e desencadeadora dos fluxos de acessos aos serviços de saúde no diferentes níveis de atenção. Nesse sentido, o estudo recente sobre a Coordenação do Cuidado e a Atenção Primária no SUS, realizado por Almeida¹⁵, cita alguns fatores fundamentais para o êxito da Coordenação de Cuidado e de seus desdobramentos:

- *A expansão da AB, priorizando a ESE, mais efetiva, com diminuição das barreiras de acesso e consolidação da função de porta de entrada;*
- *Criação de serviços de especialidades médicas nos distritos/regiões de saúde, para conferir equidade ao sistema;*
- *Implantação de Sistemas Informatizados de Regulação;*
- *Informatização dos prontuários;*
- *Implementação do gestor de caso como 'coordenador' do cuidado ao usuário na rede de serviços institucionais e comunitários;*
- *Desenvolvimento de protocolos gerenciais e clínicos, sobretudo se elaborados de forma compartilhada;*
- *Iniciativas de comunicação formal/informal e apoio matricial entre profissionais das equipes de APS, NASF, Centros de Atenção Psicossocial e atenção especializada, assim como envolvimento dos ACS em atividades de Coordenação.*

Diante dos pontos abordados acima, verifica-se uma base sólida para a emissão de uma nova Política de Regulação, abrangente e que permeia os diversos segmentos do SUS, condizente com os objetivos da regulação pública da saúde.

No cenário que vivenciamos na região de saúde Vale Feliz ficou evidente a necessidade do entendimento da regulação do acesso à assistência e o funcionamento dos Complexos Reguladores.

Podemos, portanto, utilizar a seguinte definição para a regulação do acesso à assistência:

“A Regulação Assistencial, ou regulação do acesso à assistência, pode ser definida como: um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que respondem às necessidades e demandas dos usuários por serviços de saúde, buscando garantir acesso equitativo, ordenado, oportuno e qualificado”¹⁶.

Em termos gerais, podemos dizer que a regulação do acesso é o instrumento que irá ajustar a oferta existente com as necessidades de saúde dos usuários do SUS. O ponto fundamental desse ajuste é a otimização dos recursos existentes, já que a oferta existente, por muitas vezes, será insuficiente em determinado município ou região. Assim, a regulação além de

15 ALMEIDA, PF et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde., V.. 42, Número especial 1, p. 244-260, Rio de Janeiro, 2018.

16 GONÇALVES, IM et al. Avanços e resultados da regulação do acesso aos serviços de saúde no SUS de Minas Gerais. Apresentação no III Congresso CONSAD de Gestão Pública. p 24. Brasília, 2010.

realizar essa interlocução entre municípios e regiões, também tem a função de qualificar as demandas dos usuários, com o estabelecimento de prioridades na atenção, ou seja, a regulação deverá fazer a gestão da demanda e não somente a gestão da oferta juntamente com os prestadores de serviços e os gestores que a contratualizam.

Na gestão da demanda serão utilizados os protocolos gerenciais com a definição dos critérios de encaminhamento e os fluxos de acesso; os protocolos clínicos discutidos no âmbito local e regional com a participação de equipes multidisciplinares, a fim de gerar documentos elaborados coletivamente e com consenso; e a classificação de risco. Já na gestão da oferta, será necessária a utilização dos seguintes instrumentos de gestão: um sistema de regulação com tecnologia capaz de atender as necessidades da gestão; a PPI (PGASS) com a definição física e financeira dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares, por município, seja para a população própria ou referenciada; os contratos de prestação de serviços; além de ser imperativa a participação nos espaços de gestão regional e do estado: CIR e CIB.

Já nos processos reguladores no âmbito do município, com o entendimento de que a AB será o início do caminhar do usuário na rede de atenção, o cuidado integral deverá ser a pauta prioritária. Caberá a regulação, coordenar a elaboração, implantação e o acompanhamento de protocolos de regulação, com fluxos de acesso aos serviços de saúde bem definidos e pactuados. Nesse processo, a clareza dessa oferta será traduzida em um CNES atualizado e fidedigno e em contratos que deixem transparente a relação dos serviços com os usuários, prevendo desde as regras do acolhimento até às metas quantitativas e qualitativas do prestador de saúde. A gestão da clínica, bem como o matriciamento, a promoção de encontros técnicos, o Telessaúde e a gestão das filas também são parte integrante desse processo.

Para a organização da regulação do acesso a nível municipal, regional e estadual contamos com os Complexos Reguladores, conceito trazido pela PNR, que podem ser compostos por uma ou mais Centrais de Regulação. O complexo regulador tem como tarefa agregar as ações/atividades do acesso à saúde por meio das centrais reguladoras:

- *Central de Regulação Ambulatorial: acesso dos usuários aos serviços ambulatoriais, incluindo consultas especializadas, exames, terapias e cirurgias ambulatoriais;*
- *Central de Regulação Hospitalar: acesso dos usuários às internações hospitalares com a participação dos Núcleos Internos de Regulação, que terá como maior função a gestão dos leitos no âmbito hospitalar;*
- *Central de Regulação de Urgência/Emergência: acesso dos usuários que necessitam de atendimento pré-hospitalar de urgência/emergência. A Central Médica de Urgência do SAMU 192 poderá ser adjuvante desse processo.*
- *Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade (CERAC): acesso à procedimentos de alta complexidade dos usuários advindos de outros estados.*
- *Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC):*

gerido pelo MS, esta Central tem como objetivo dar acesso à pacientes dos diferentes estados da União, aos procedimentos eletivos de alta complexidade nas especialidades de Cardiologia, Oncologia, Neurologia, Neurocirurgia, Traumatologia/Ortopedia e Cirurgia Bariátrica, quando houver ausência ou insuficiência comprovada de oferta desses procedimentos no estado de origem do paciente.

Nesse contexto, a interlocução do setor regulação com as demais áreas da gestão será fundamental para esses ajustes, seja ajuste da oferta necessária para a população alvo, ou ajustes orçamentários. Assim a articulação com os setores de Planejamento, Programação, Contratação, Controle, Avaliação e Ouvidoria será fundamental para o êxito dos processos de acesso à assistência.

Contratualização de serviços de saúde

A Política de Regulação do SUS define, entre outros aspectos, a contratação de prestadores de serviços de saúde como competência comum dos entes federativos. A contratação de serviços de saúde de forma complementar das instituições privadas, e a sua relação com o gestor, deve ser estabelecida por vínculos formais, permitindo-lhe suprir a insuficiência dos serviços no setor público, assegurada a preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos, conforme Art. 199, §1º da C.F, observadas as exigências gerais aplicáveis.

A celebração de vínculos formais entre gestores e prestadores de serviços de saúde tem dupla função:

- - *Estabelecer uma ferramenta formal de compromisso entre as partes no aspecto qualiquantitativo e;*
- - *Garantir a legalidade dos repasses dos recursos financeiros.*

Para assegurar o atingimento dessas funções, deverão as partes cumprir as regras fixadas na legislação pertinente às Licitações e aos Contratos Administrativos.

A formalização da participação complementar das entidades privadas no SUS se reveste de importância na atividade assistencial e deve, ainda, ser entendida como importante mecanismo de gestão, controle e avaliação dos serviços contratados, conforme institui a PNR, na dimensão regulação da atenção¹⁷.

17 BRASIL, Ministério da Saúde. Manual de Orientações para Contratação de Serviços de Saúde. 1ª edição Brasília, 2016. Disponível em:

<<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/06/MANUAL-DE-ORIENTACOES-PARA-CONTRATACAO-DE-SERVICOS-DE-SAUDE.pdf>>. Acesso em 14 dez. 2018.

Entendendo os conceitos:

Contratação dos serviços de saúde: é o ato ou efeito de contratar; é o acordo estabelecido entre o gestor e o prestador que entre si transferem direito ou se sujeitam a uma obrigação.

Contratualização: O momento atual da gestão do SUS tem provocado mudanças na relação entre gestor e prestador, passando de um processo meramente burocrático a uma nova modalidade contratual (contratualização). Essa modalidade não se restringe ao ato formal de contratação de serviços, ela consiste em uma pactuação entre gestor e prestador de serviços, na qual são estabelecidas metas quantitativas e qualitativas de acordo com as necessidades de saúde da população e do perfil assistencial do prestador. São especificadas obrigações e responsabilidades para as partes envolvidas e estabelecidos critérios para o monitoramento e avaliação de seu desempenho.

Segundo a CF de 1988 e a Lei n. 8.080/1990, são consideradas atribuições, tanto do gestor estadual como do gestor municipal, a gestão e a execução de serviços públicos de atendimento à saúde da população, podendo eles recorrer de forma complementar aos serviços ofertados pela rede privada, quando os serviços de saúde da rede pública forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial necessária. Ainda de acordo com a Lei n. 8.080/1990, a participação da iniciativa privada deverá ser baseada nas diretrizes do SUS e mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

A formalização contratual entre o poder público e a iniciativa privada é de suma importância, pois estabelece de forma clara os direitos e deveres de cada uma das partes, legitima o repasse de recursos públicos para o setor privado, de mecanismos de subordinação do processo de contratação às diretrizes das políticas de saúde do SUS e torna-se um forte instrumento de regulação e de avaliação dos resultados na prestação de serviços¹⁸.

Entretanto, deve ser lembrado que, antes da formalização contratual, é imprescindível planejar a compra de serviços com base no diagnóstico das necessidades de saúde da população e na capacidade de oferta da rede pública. A definição do escopo, quantidade, e qualidade dos serviços a serem contratados deve ter como base os protocolos assistenciais, bem como as prioridades definidas pelo gestor no seu plano de saúde.

As bases legais para formalização de contratos e convênios são as Leis nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e nº 9.648, de 27 de maio de 1998. A Lei nº 8.666/1993 institui as normas para licitação e contratos da administração pública e traz, no seu artigo 55, as cláusulas necessárias para compor qualquer contrato firmado entre o gestor público da saúde e os prestadores de

18 CONASS. Seminário do CONASS para entender o Pacto pela Saúde. Legislação e Notas Técnicas do CONASS. Livro do Pacto pela Saúde 2006.

serviços de saúde. A Lei nº 9.648, de 27 de maio de 1998, altera dispositivos da Lei nº 8.666, incluindo a celebração de contratos de prestação de serviços com as organizações sociais qualificadas no âmbito das respectivas esferas de governo para as atividades contempladas no contrato de gestão¹⁹. Além da legislação federal, os estados também possuem legislação específica para a contratação na administração pública.

Complementação dos serviços públicos de saúde: Quando as disponibilidades de oferta de serviços próprios forem insuficientes para garantir o atendimento à população, o gestor de saúde poderá complementar a oferta com serviços privados de assistência à saúde, respeitando as competências que lhes são atribuídas pela lei, a legislação aplicável às licitações e os limites de seu território no planejamento de ações garantidoras da suficiência da assistência. Mas, é sempre bom lembrar a opinião de Marlon Alberto Weichert, acerca da participação da iniciativa privada no SUS:

“(...) somente pode haver contratação de serviços privados quando forem insuficientes as estruturas do Poder Público. A simples menção a uma participação complementar permite concluir que a Constituição concedeu primazia à execução do serviço público de saúde por uma rede própria dos entes federativos. Atendimento público através de serviços privados deve consistir em exceção, tolerável apenas se e enquanto não disponibilizado diretamente pelo Poder Público”²⁰.

Nas contratações complementares de serviços de saúde, além de obedecer os princípios e as diretrizes do SUS, deve-se avaliar a necessidade de ampliação da oferta, assim como as pactuações, a programação, os parâmetros de cobertura assistencial e os recursos financeiros disponíveis para a definição do objeto e do quantitativo a ser contratado, sendo assegurada a preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, conforme previsto no Art. 199, §1º, da C.F., devendo o gestor, persistindo a necessidade quantitativa dos serviços demandados, recorrer às entidades com fins lucrativos.

Não se pode jamais perder de vista que toda transferência de recursos públicos, independentemente de sua finalidade, está subordinada aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, conforme dispõe o Art. 37 da Constituição Federal.

A previsão da necessidade de complementação de serviços deverá constar no Plano de Saúde respectivo (Plano Estadual de Saúde (PES) ou Plano Municipal de Saúde (PMS), sendo detalhada na Programação Anual de Saúde (PAS), com sua formalização jurídica por meio de instrumento contratual que estabeleça, de forma clara e objetiva, os direitos e deveres de cada uma das partes.

19 CONASS. Regulação em Saúde e suas atualizações, 2011.

20 WEICHERT M., A.Saúde e Federação na Constituição Brasileira. Rio de Janeiro, Lumen Juris, 2004. 199 p.

É importante reforçar que deverá ser observado nas contratações os ditames constitucionalmente impostos à Administração Pública e para o estabelecimento dos vínculos formais, o cumprimento da legislação de licitações e contratos administrativos, Lei nº 8.666/1993.

ATENÇÃO - No Acórdão nº 1.189/2010 (Plenário) do Tribunal de Contas da União²¹, ficou determinado que as contratações não formalizadas por instrumentos jurídicos sejam reavaliadas pelos gestores do SUS. Caberá aos gestores do SUS promover as regulares contratações, sob pena de incorrerem em ato de improbidade administrativa, previsto na Lei nº 8.429/1992.

Merece destaque nas ações acima descritas, aquela que poderá ser verificada logo no início do processo quando do estabelecimento de relação de complementação de serviços com entidade filantrópica ou sem fins lucrativos. Para o atendimento da demanda deverá o gestor implementar medidas de ampliação do próprio público. Restando demanda, a complementação inicialmente deverá ser feita por entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos, observando a preferência destas. Se ainda persistir demanda, o gestor promoverá a contratação de empresas junto a iniciativa privada, com a celebração de contratos administrativos decorrentes de licitação.

Passos para a Contratação dos serviços:

- 1. O gestor consulta o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e verifica a capacidade instalada no seu território;
- 2. De acordo com as necessidades populacionais, devem ser definidos os protocolos assistenciais, indicando as ações e serviços que devem ser disponibilizados na Programação das Ações e Serviços de Saúde (antiga PPI);
- 3. O próximo passo é a elaboração do Documento Descritivo previsto na Portaria 3410/2013 (contratualização de hospitais) de cada unidade pública sob sua gerência, com a finalidade de identificar o que eles ofertam e levantar a necessidade de complementação de serviços da atenção especializada e de organização da rede devendo conter a definição de oferta, fluxo de serviços e pactuação de metas. Deve constar do Documento Descritivo: definição de todas as ações de saúde abrangendo as áreas de assistência, gestão, ensino e pesquisa (se houver) que serão

21 TCU. Tribunal de Contas da União. Acórdão 1.189/2010 – TCU – Plenário. Disponível em: <https://contas.tcu.gov.br/pesquisaJurisprudencia/#/detalhamento/11/*KEY:ACORDAO-COMPLETO-1335070/DTRELEVANCIA%20desc/false/1>. Acesso em 25 abr. 2019.

prestadas; metas físicas, metas qualitativas, descrição da estrutura física, tecnológica e recursos humanos necessários; indicadores de avaliação e os recursos financeiros e fontes envolvidas.

- 4. *Após a verificação do desenho da rede, caso se constate que a rede própria é suficiente para atender às necessidades populacionais, não é preciso contratar os prestadores da iniciativa privada;*
- 5. *Caso se verifique que a rede própria é insuficiente, e que há necessidade de complementação: em primeiro lugar verificar se em sua rede existem instituições públicas de outra esfera de governo, com as quais deverá formalizar um acordo para compra de serviços destas, por meio do protocolo de cooperação entre entes públicos;*
- 6. *Caso persista a necessidade de complementação da rede, deverá recorrer à rede privada, priorizando as entidades filantrópicas. Deve ser lembrada a necessidade de sempre fazer uso da Lei nº 8.666/1993 para a realização de qualquer contrato ou convênio com particular;*
- 7. *Para a complementaridade de serviços de saúde com instituições privadas com ou sem fins lucrativos serão utilizados os seguintes instrumentos:*
 - 7.1. *Convênio, firmado entre ente público e a instituição privada sem fins lucrativos, quando houver interesse comum em firmar parceria em prol da prestação de serviços assistenciais à saúde;*
 - 7.2. *Contrato administrativo, firmado entre ente público e instituições privadas com ou sem fins lucrativos, quando o objeto do contrato for a compra de serviços de saúde;*
- 8. *A necessidade de complementação de serviços deverá ser aprovada pelo Conselho de Saúde e constar no Plano de Saúde respectivo;*
- 9. *A legislação prevê dispensa de licitação nos §§ 2º e 4º do Art. 17 e nos incisos III a XXIV do Art. 24 – as situações de inexigibilidade referidas no Art. 25, necessariamente justificadas, deverão ser 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;*
- 10. *Quando existir impossibilidade ou inviabilidade de concorrência entre os prestadores, haverá inexigibilidade de licitação e, nesses casos, poderá fazer uso do chamamento público;*
- 11. *Em caso de realização do procedimento licitatório, este gerará um contrato administrativo com as entidades privadas com ou sem fins lucrativos²².*

22 FELICIELLO, D., et al. *Contratualização do SUS*, UNICAMP, 2016.

Todas as normativas do processo de contratualização no SUS partem do princípio da direção única, integralidade, regionalização solidária, mas, na realidade, o que se observa é uma prática de contratos realizados individualmente, sem discussão na região sobre as reais necessidades e muitas vezes fora do seu próprio território, sem considerar os princípios fundantes do SUS. Há ainda, a compra de serviços de saúde sem a devida obediência à legislação infraconstitucional, com duplicidade de objetos (contratação do mesmo serviço realizado pelos estados e municípios) e em casos mais abusivos como o pagamento de serviços a prestadores sem nem mesmo realização de processo licitatório. Diante dessa celeuma, o Planejamento Regional Integrado, parece lançar luz nesse debate.

Processo de Regionalização - Planejamento Regional Integrado

Para qualificar o processo de regionalização, buscando a garantia e o aprimoramento dos princípios do SUS, os gestores de saúde da região deverão constituir um espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa por meio da Comissão Intergestores Regional (CIR). A CIR se constitui num espaço de decisão por meio da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva;

Esta comissão tomará suas decisões sempre por consenso, pressupondo o envolvimento e comprometimento do conjunto de gestores com os compromissos pactuados. Um desafio permanente da gestão do SUS, para a efetiva implantação de uma das suas diretrizes organizativas, a regionalização, é o fortalecimento dos vínculos interfederativos. As CIRs constituem-se foros permanentes de negociação, articulação e decisão entre os gestores na construção de consensos federativos para a organização da RAS, em cada nível da organização do SUS²³.

Desde a publicação da NOAS/SUS e do Pacto pela Saúde, a regionalização é tida como uma importante estratégia de organização do SUS, e de implantação de seus princípios e diretrizes e o Decreto 7508/11 dispõe sobre novas regras visando a organização de Redes de Atenção à Saúde como estratégia para o avanço do SUS. Em 2017 e 2018 foram publicadas as Resoluções 23/2017 e 37/2018 que lançam luz à esse debate.

A negociação contratual é o grande elemento de equilíbrio e de alcance da equidade regional. Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, cabe aos entes federativos, nas CIRs, garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde; orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde; monitorar o acesso

23 CONASS. Seminário do CONASS para entender o Pacto pela Saúde. Legislação e Notas Técnicas do CONASS. Livro do Pacto pela Saúde 2006.

às ações e aos serviços de saúde; e ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde²⁴.

O planejamento regional, mais que uma exigência formal, deverá expressar as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território e o conjunto de objetivos e ações que contribuirão para a garantia do acesso e da integralidade da atenção, devendo as prioridades e responsabilidades definidas regionalmente estarem refletidas no plano de saúde de cada município e do estado.

As CIRs deverão ser apoiadas por meio de câmaras técnicas permanentes que subsidiarão com informações e análises relevantes como: a existência de infraestrutura de transportes e de redes de comunicação, que permita o trânsito das pessoas entre os municípios; a existência de fluxos assistenciais que devem ser alterados, se necessário, para a organização da rede de atenção à saúde.

Algumas premissas são essenciais para a consolidação da regionalização:

- *Os municípios são responsáveis pela atenção básica e pelas ações básicas de vigilância em saúde;*
- *O desenho da região/microrregião propicia relativo grau de resolatividade àquele território, como a suficiência em Atenção Básica e parte da Média Complexidade;*
- *A suficiência está estabelecida ou a estratégia para alcançá-la está explicitada no planejamento regional, contendo, se necessário, a definição dos investimentos;*
- *O desenho considera os parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilize economia de escala com equidade no acesso;*
- *O desenho garante a integralidade da atenção e, para isso, as Regiões devem pactuar entre si arranjos inter-regionais, se necessário com agregação de mais de uma região em uma macrorregião; o ponto de corte de média e alta complexidade na região ou na macrorregião deve ser pactuado na CIB, a partir da realidade de cada estado²⁵.*

Papel dos Consórcios Públicos

Os consórcios configuram pessoas jurídicas as quais poderão assumir personalidades variadas, tanto uma personalidade de direito público, quando constituirão uma associação pública integrante da administração indireta, ou privado, quando deverão atender às exigências da norma de direito público e também os requisitos da legislação civil. Previstos na Lei nº 11.107/2005, que regulamentou o Art. 241 da Constituição Federal. A Lei estabelece normas gerais de contratação dos consórcios públicos e são aplicáveis à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios.

24 FELICIELLO, D., et al. Contratualização do SUS, UNICAMP, 2016.

25 CONASS. Seminário do CONASS para entender o Pacto pela Saúde. Legislação e Notas Técnicas do CONASS. Livro do Pacto pela Saúde 2006.

Para tanto a lei ainda atribui uma série de prerrogativas aos consórcios, incluindo:

- 1 *firmar convênios, contratos, acordos de qualquer natureza, receber auxílios, contribuições e subvenções sociais ou econômicas de outras entidades e órgão do governo;*
- 2 *nos termos do contrato de consórcio de direito público, promover desapropriações e instituir servidões nos termos de declaração de utilidade ou necessidade pública, ou interesse social, realizada pelo Poder Público;*
- 3 *ser contratado pela administração direta ou indireta dos entes da Federação consorciados, dispensada a licitação.*

Visando efetivar as regiões e microrregiões de saúde, os consórcios têm amparo legal e, atualmente, é a única alternativa viável para efetuar a contratação de serviços em nível intermunicipal, desde que garantidos os princípios fundantes do SUS, em relação a direção única e não configuração da duplicidade de contratualização de ações e serviços de saúde²⁶.

Como princípios orientadores do processo de regulação, fica estabelecido que:

- *Cada prestador responde apenas a um gestor;*
- *A regulação dos prestadores de serviços deve ser preferencialmente do município conforme desenho da rede da assistência pactuado na CIB, seguindo os seguintes princípios: descentralização, municipalização e comando único; da busca da escala adequada e da qualidade; considerar a complexidade da rede de serviços locais; considerar a efetiva capacidade de regulação; considerar o desenho da rede estadual da assistência; a primazia do interesse e da satisfação do usuário do SUS²⁷.*

PARA SABER MAIS, ACESSE:

- » Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017. Disponível em:
» http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0023_18_08_2017.html.
- » Resolução nº 37, de 22 de março de 2018. Disponível em:
» http://www.lex.com.br/legis_27629181_RESOLUCAO_N_37_DE_22_DE_MARCO_DE_2018.aspx.

26 FELICIELLO, D., et al. *Contratualização do SUS*, UNICAMP, 2016.

27 CONASS. *Seminário do CONASS para entender o Pacto pela Saúde. Legislação e Notas Técnicas do CONASS. Livro do Pacto pela Saúde 2006.*

Considerações finais

A tentativa de se garantir acesso às pessoas que necessitam passar pelos serviços de saúde públicos numa etapa posterior à utilização dos serviços de atenção básica, ou seja, consultas e exames especializados, hospitalizações, dentre as quais o acesso a leitos de terapia intensiva foi feito por meio da criação das Centrais de Regulação voltadas para as áreas ambulatorial e/ou hospitalar e enfocando prioritariamente as linhas de cuidado relacionadas à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede Cegonha (assistência ao pré-natal, parto e puerpério), Rede de Atenção Psicossocial, Ações e serviços de diagnóstico e tratamento do câncer de mama e do câncer do colo do útero e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência²⁸.

No entanto, essa tentativa não conseguiu abarcar a diversidade das ações e serviços e foi ineficiente no controle da oferta de serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

A gestão desse nível de assistência, adotou a política do “salve-se quem puder”. De um lado, as esferas estaduais e federal renegando o financiamento e a organização de parâmetros e critérios, especialmente na média complexidade, e de outro lado, os municípios, vendo-se pressionados pela população e pelos órgãos de controle (especialmente o Ministério Público), viram-se obrigados a suprir essa oferta e a estão fazendo de forma desordenada.

O exemplo desse descaso com a média e alta complexidade, é a elaboração dos critérios para a realização da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS), antiga PPI, que apesar de ter sido publicada em portaria específica, não foi implementada devido aos custos para o seu financiamento. Porém, como foi publicada é utilizada pelos órgãos de controle como regra para suprir as necessidades de saúde da população, obrigando os municípios a prover essa assistência.

A regulação da assistência à saúde, pode ser feita a partir da AB, que conhece o território onde vivem as pessoas. Mas há que se investir nesse nível de atenção, provendo financiamento adequado de suas estruturas físicas, recursos humanos competentes e em número suficiente para atender toda a população de sua área de cobertura, necessita de apoio técnico e operacional com implementação de sistemas de informação para realizar a coordenação do cuidado e ordenação da Rede de Atenção, evitando assim, encaminhamento de casos desnecessários a outros pontos de atenção.

Cabe aos gestores da saúde, proverem estas condições para a melhoria da Atenção Básica, realizando a participação proativa em seu próprio território e efetivar o protagonismo, a que tem direito, nas instâncias gestoras do SUS, garantindo assim, a governança do sistema de saúde.

28 BARROS. FPC; AMARAL, TCL. Os desafios da regulação em saúde no Brasil. Artigo Original. An Inst Hig Med Trop 2017; 16 (Supl. 3): S39- S45.

O caso da TRS é apenas um, dos diversos desencontros da regulação do acesso no SUS!

Mesmo com todas essas questões a serem respondidas, o processo de estudo, articulado, entre gestores e técnicos da região de Vila SUS e Céu Azul, incluindo o conjunto de municípios, foi avaliado como positivo para que as questões suscitadas fossem dimensionadas em sua complexidade e, a partir daí, se pudessem implementar medidas que sejam efetivas na qualificação do cuidado em média e alta complexidade. Inclusive, o grupo considerou que a situação da Doença Renal Crônica poderia servir como exemplo para que outras ações comuns fossem pactuadas para melhor organizar os processos de atenção e avaliação em média e alta complexidade, sempre na perspectiva da integração regional e do fortalecimento dos princípios do Sistema Único de Saúde.

PARA SABER MAIS:

- » BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.675, de 7 de junho de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- » BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.414, de 22 de outubro de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria nº 1.675/GM/MS, de 7 de junho de 2018, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- » BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Artigos 102 a 106. Critérios e Parâmetros Assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS).
- » BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Artigos 102 a 106. Critérios e Parâmetros Assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS).
- » BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Artigos 102 a 106. Critérios e Parâmetros Assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS).
- » CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 588, de 12 de julho de 2018. Aprova a Política Nacional de Vigilância em Saúde. 2018.
- » PASCHOAL, AS.; MANTOVANI, M.F.; MEIER, MJ. Percepção da Educação permanente, continuada e em serviço para Enfermeiros de um do hospital de ensino. Rev. Esc. Enferm. USP. v.41, n.3, p. 478-484, 2007.

CAPÍTULO

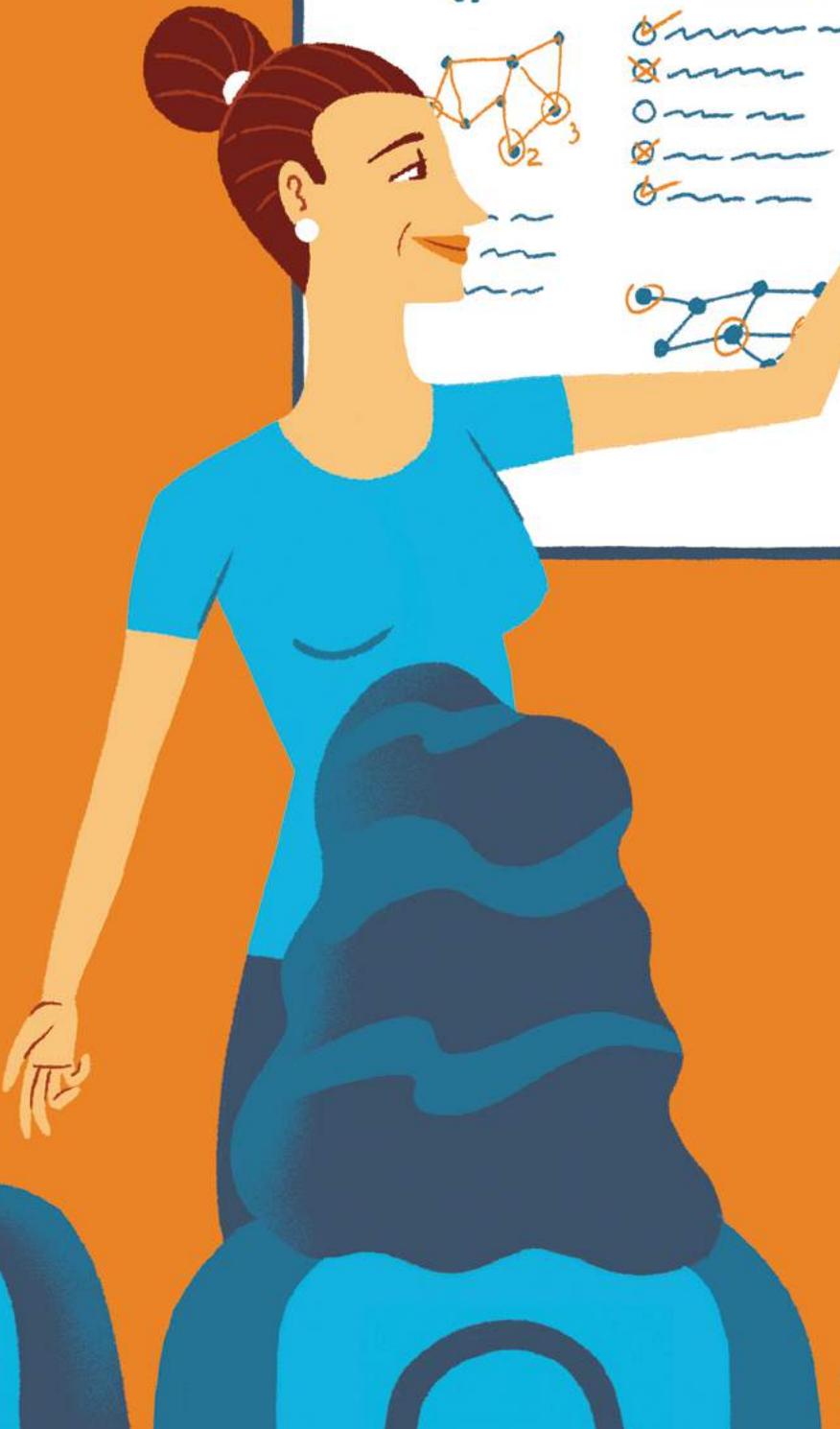
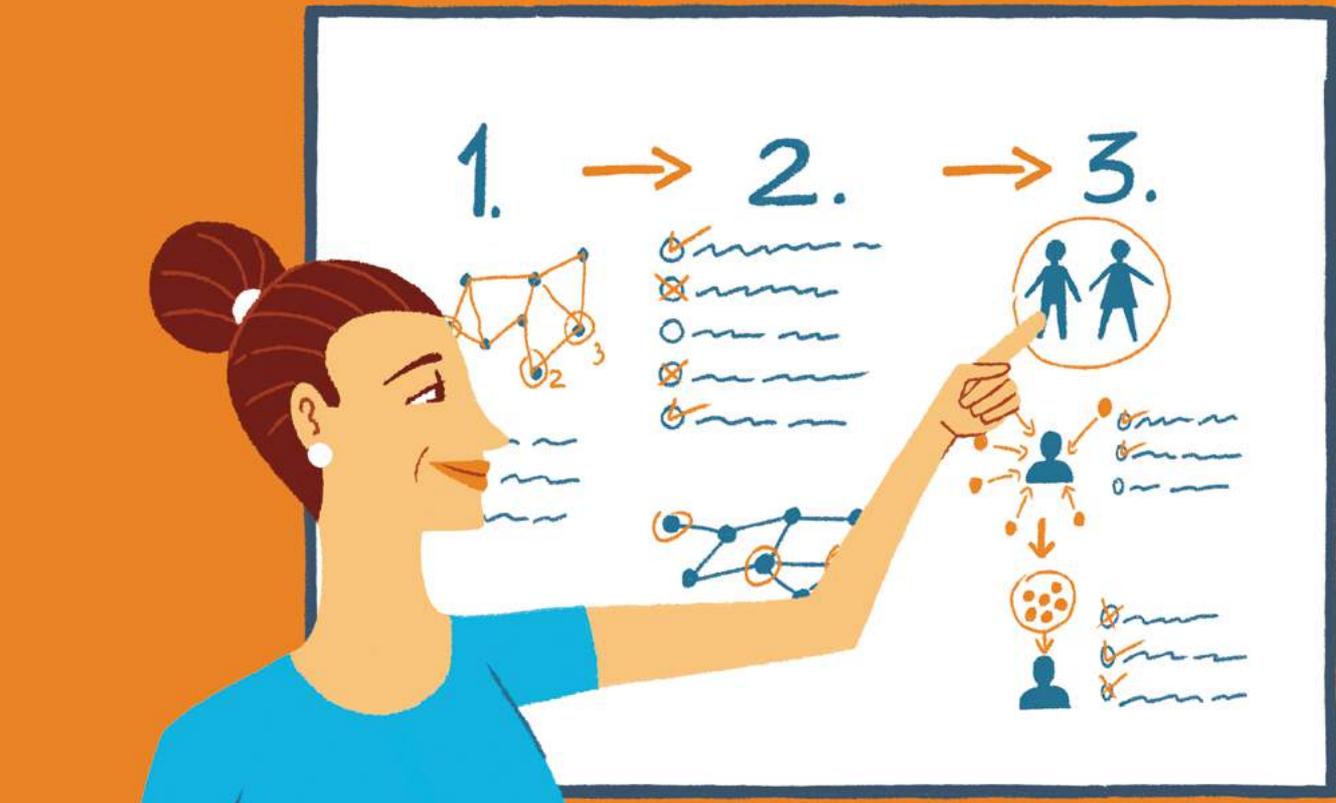
15

GESTÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E DA ATENÇÃO HOSPITALAR

O Tempo de espera pelo atendimento de emergência está insuportável!

A assessoria de comunicação da Prefeitura de Vila SUS solicita uma agenda com Olga para tratar de uma demanda do prefeito do Município. Olga fica curiosa e marca uma reunião para o mesmo dia no começo da tarde, pensando que quando a assessoria de comunicação pede agenda, muitas vezes é porque vem bomba por aí. Mas enfim, restava aguardar e deixar algumas pessoas de sua equipe de sobreaviso, pois poderiam ser necessárias na conversa que estava por vir.





Procurando se antecipar, pois afinal de contas, hoje em dias as coisas estão sendo ditas nas mídias sociais, principalmente no WhatsApp, Facebook e Twitter, Olga pede ajuda à sua equipe para dar uma “rastreada”, ou seja dar uma olhada nesses canais instantâneos, e ver se havia alguma coisa “bombando”¹. Não deu outra coisa: nas redes sociais “o assunto” era uma criança que demorou a ser atendida e teve uma convulsão na sala de espera do atendimento médico. A imagem era de uma emergência lotada, inclusive com pessoas idosas aguardando por uma internação em leitos improvisados em seus corredores. A mãe da criança pergunta na rede social se é necessário ficar pior para ser atendido com dignidade na emergência...

- *Este assunto é dos mais complicados, é a demora, a fila, o sofrimento...*
- *E tem mais uma coisa: é sempre uma enorme dificuldade de se inventar algo que funcione e descomplique a situação! Melhor já ir chamando Lúcia, Simone, que é a diretora do hospital e a Vitória também.*

Olga ligou imediatamente para a Simone a fim de saber melhor acerca do estado do menino e como as coisas estavam na porta de entrada da emergência naquele momento.

Pelo telefone, diante da indagação de Olga, Simone responde:

S: Já está tudo controlado e as coisas estão mais calmas por aqui...

O: Mas, e o menino, como ele está? O que houve com ele?

S: Na verdade, ele está bem após a convulsão, você sabe né? Chegou aqui com um mal estar e uma febrícula, disseram-me que nem chegava a 38° C... Bom, hoje as coisas estão mais complicadas por aqui, estamos tendo uma pequena epidemia de diarreia por rotavírus e não para de chegar gente e tem que observar, hidratar e aí o tempo de espera foi aumentando e ninguém viu que a criança abriu um febrão – 39,5°C - do nada. Era uma amigdalite, a criança já está medicada e vai ficar um pouco em observação para ver se tudo vai bem...

O: E as pessoas no corredor? Isto não acontece tanto assim, não é?

S: Olha Olga, apesar de nosso esforço, tem sido mais frequente do que a gente gostaria ficar com pessoas, as quais resolvemos a demanda por urgência, mas temos dificuldades para cuidar da saída daqui, tanto para a continuidade do cuidado na internação hospitalar aqui ou em outra unidade da Rede, além das pessoas que poderiam até ir para casa, para a atenção básica, não temos como garantir a continuidade do projeto terapêutico, porque aqui nós dispensamos medicamentos e monitoramos com recursos

¹ “bombando” é uma gíria de comunicação referente à capacidade de uma notícia postada produzir um desencadeamento de respostas e comentários de grande intensidade e velocidade.

diagnósticos os que estão sob nosso atendimento, mas não temos como garantir isso para quem vai para casa... Além disso, Olga, você sabe: alguns de nossos médicos acham que quem está lá na atenção básica não dá conta do recado depois que a agente estabiliza os nossos usuários aqui... Este assunto é muito complicado!

O: É mesmo! Mas venha ao nosso encontro de hoje a tarde, acho que sua visão sobre este problema é muito importante, ok?

S: Se por acaso as coisas estiverem pegando fogo por aqui – você sabe que sou a comandante dos bombeiros do hospital para apagar incêndios - aí mando a minha substituta em meu lugar...

O: Simone! Está na hora de mais gente saber apagar incêndios, não é? Faça o favor de vir, porque você vai ser insubstituível nesta conversa de hoje!

S: Está bem, está bem! Estarei aí com vocês, até já. Mas antes vou dar mais uma olhada para sentir como as coisas estão indo.

O: É isso aí, assim que se fala! Se você achar necessário, pode trazer quem você quiser ou necessitar contigo para esta conversa, pois quanto mais olhares diferentes mais a gente vai ver a coisa por inteiro. Tchau!

Esta questão que Olga está se deparando é muito complexa e envolve algo que chamamos de “fila”, ou seja, há um processo de busca ou demanda, há também um funcionamento, com um ou mais processos de trabalho e cuidado aplicados durante certo tempo e uma saída, como fim de processo ou como transferência de responsabilidade do cuidado para outra unidade assistencial, na mesma unidade de saúde ou em outra regulada pelo Sistema Único de Saúde. É claro que, por vezes, em certos processos mais complexos de trabalho em saúde, ao se encerrar o processo de atenção que é adequado numa unidade, a saída é postergada, porque ela dá entrada em outra fila, de outra unidade, ou de outro processo, na mesma unidade.

Resumindo esta questão, e preparando um pouco a discussão, vamos nos aproximar da Teoria das Filas, algo recente nas discussões da saúde, mas talvez importante, que neste sentido, podem permitir uma abordagem analítica que abra o problema, que mostre um pouco dos fatores que estão intervindo no seu acontecimento.

“As filas são caracterizadas por cinco componentes principais, a saber: (1) a taxa de chegada dos usuários; (2) o padrão de chegada ou a disciplina da fila; (3) o número de servidores²; (4) a distribuição do tempo de serviço; (5) e a saída da fila”.³

Por outro lado, no caso das filas, sejam elas visíveis ou invisíveis, ela se apresenta de distintas formas de acordo com a situação de quem está enxergando-a, ou sofrendo-a. Mas como assim? A fila na qual estão a mãe e seu o filho adoentado ou com dor, não é a mesma fila que o gestor maior do município vê, nem aquela que o secretário de saúde está vendo, e também não é a mesma que está pressionando o gestor do serviço e, é claro, também não é a mesma que os diferentes trabalhadores da equipe de saúde sentem e têm à suas portas. Esquecemos alguém? Sim, faltam aí os demais membros da sociedade, a população organizada ou não, seus conselhos de participação popular e as outras instituições, que mesmo que não queiram, fazem parte do mesmo processo, como as outras unidades e atores da rede de serviços de saúde.



O mapa que vai se construindo no pensamento e na sensibilidade de Olga vai ficando grande demais, complicado demais, com gente demais. O que fazer? - pergunta-se Olga. Por onde começar? Bem, pelo começo... Daqui a pouco estaremos com alguns destes atores conversando sobre a situação em cena. E aí, Olga pensa no que tem aprendido nestes últimos anos: quanto aos problemas a resolver, a gente sabe como começa, mas não sabe ao certo como termina. Vida de gestor do SUS!

2 Servidores aqui tem a conotação de uma unidade de serviço, uma unidade de capacidade, como um consultório de classificação de risco, um consultório médico, uma poltrona para medicação e observação, um módulo na sala vermelha, etc.

3 Goldwasser RS. Planejamento da rede de atenção aos pacientes críticos no Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2018. 98f. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, 2018.

Bem no comecinho da tarde, quase uma hora antes da conversa marcada, que a essa altura já era a “agenda da gestão”, a assessoria de comunicação do prefeito manda um WhatsApp para Olga dizendo que “há mais posts positivos do que negativos nas redes sociais, e que as pessoas do povo estão defendendo a emergência do hospital, alegando que às vezes uma eventual demora acontece, mas que é um lugar em que se pode confiar para se ir, em situações de emergência e urgência” e por este motivo, “poderiam deixar esta conversa para alguns dias depois, pois outras questões estavam pressionando mais neste momento a agenda da prefeitura”. Ok, disse Olga, estou à sua disposição! Mas pensou imediatamente: o problema é que não é fácil assim tirar a pulga que ficou atrás da orelha. Se existe problema, vamos conversar sobre isso e pronto! A reunião está mantida!

Olga tenta fazer aquele pré-processamento indispensável para uma boa reunião, como escolher um eixo de compreensão que ajude os diversos atores e olhares a conversarem entre si de forma colaborativa, mesmo diante dos conflitos e tensões que são constitutivos da gestão do trabalho em saúde. Pensa que é necessário manter uma centralidade na criança e sua mãe e nas pessoas que estavam “fora do local adequado” e que a partir daí, se possam estabelecer os descritores dos problemas nomeados, as possibilidades de intervenção e uso de ferramentas de gestão do cotidiano e por aí afora.

Na análise do problema, Olga já organizou um processamento para um diagnóstico situacional inicial. Para isso, é necessário nomear bem os problemas, definir seus descritores para não perder tempo com aquilo que não se sabe ao certo se está ou não acontecendo e na discussão complexa dos problemas, analisar suas cadeias causais e consequenciais, apontando para possíveis medidas de intervenção rumo à solução. Firmando uma situação objetiva e desenhando um Plano Operativo eficaz, com as diversas responsabilidades definidas e indicadores de acompanhamento para o monitoramento das ações, quem sabe, não se avance na construção de soluções.

O: Bom gente, vamos conversar um pouco sobre o que aconteceu hoje em nossa emergência do hospital. Acho que todas já se conhecem, certo? Mas, para que a gente não entre num chororô ou em questões sem saída e de difícil conexão neste problema complexo, vamos tentar conversar pensando na centralidade do usuário, certo? Assim, é o menino e sua mãe e os velhinhos nos corredores da emergência, que devem animar nossa reunião. Por exemplo, quem é este menino? Quem é sua mãe? De onde são? Ela procurou a Unidade de Saúde da Família antes de ir ao Hospital?

S: Pois é, acho que não sabemos muita coisa, né?... mas, se nós buscar-

mos em seu registro deveremos saber, pois na entrada da emergência é perguntado além do bairro, qual é a equipe de referência da ESF, mas a gente não faz muita coisa com esta informação... Acho que começamos a registrar esta informação quando pensamos num projeto de “Alta Segura”, que consistia em acionar a ESF de referência para a devolução de casos mais sensíveis, tentando produzir responsabilidade compartilhada, lembra Olga?

O: Lembro sim! Me dá vontade de perguntar o que vocês avançaram nisso, talvez até possa ajudar nessa discussão, mas é melhor agora ouvir um pouco mais.

Médica: Oi gente! Eu sou pediatra e atuo no hospital, na emergência e também no cuidado com as crianças, na unidade de internação que tem apenas oito leitos e Sueli me chamou para ter alguém envolvido mais de perto com o problema que tivemos, assim como a enfermeira da Emergência que está aqui pelo mesmo motivo, mas creio que ela você já conhece...

Bom, é bem importante notar que por vezes o trabalho em saúde é muito fragmentado na rede de serviços, e quem está num ponto, ou numa estação da linha de cuidado, não vê, ou não sente as inquietações de quem está em outro lugar e muitas vezes não consegue ter informações que seriam muito importantes do ponto de vista da gestão e organização do próprio trabalho de saúde. Por exemplo, ninguém sabia muito mais sobre a criança, além do diagnóstico, do inconveniente episódio de crise convulsiva na espera do atendimento médico e de que tudo ficou bem com a criança depois. Ah! Ficou também uma exposição negativa da instituição nas redes sociais, e, mesmo havendo a defesa nas redes do serviço, fica sempre este prejuízo “moral” de ser colocado como quem não está cumprindo de forma adequada as promessas da política de uma vida boa para todos.



Você convidaria a equipe de saúde da família responsável pela criança para esta reunião?

As unidades da Atenção Básica não deveriam estar conectadas com a atenção de urgência e emergência na RAS? ⁴

Não é a Atenção Básica que deve ordenar a atenção para produzir a Integralidade?⁵

O: Bem gente! Acho que faltou chamar a Equipe de Atenção Básica, os profissionais de medicina e enfermagem, não é? Acho que eles saberiam dizer algo mais sobre esta criança e sua rede de vínculos... Mas vamos seguir, já estamos mesmo por aqui sem estes trabalhadores e, se for o caso, depois vamos a eles.

Médica: Às vezes acho que uma criança como esta poderia ter sido atendida rapidamente na Unidade de Saúde da Família, a amigdalite teria sido vista prontamente, o projeto terapêutico seria de uma intervenção medicamentosa simples e nada disso teria ocorrido. Mas também não sei como é o trabalho lá... Me dizem, por vezes, que é tudo muito programado e tem pouco espaço para intercorrências das pessoas que estão inscritas na unidade (ver Capítulo 10). Confesso que não sei o que fazer com isso, mas acho que quando fizeram o treinamento sobre a Rede de Urgência e Emergência (RUE), falaram que a Unidade Básica da ESF seria um ponto de atendimento, podendo ser a primeira estabilização, se fosse o caso.

4 BRASIL. PRC MS/GM nº3, Anexo III, de 28/09/2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Suplemento de 03/10/2017. Art. 4º. A Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes componentes: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º)

I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, I);

II - Atenção Básica em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, II);

III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, III);

IV - Sala de Estabilização; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, IV);

V - Força Nacional de Saúde do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, V)

VI - Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, VI);

VII - Hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, VII);

VIII - Atenção Domiciliar. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, VIII).

5 BRASIL. Decreto Presidencial 7508 de 28/06/2011. 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. Diário Oficial da União, 29/06/2011, seção I.

Mas, será que isto acontece? ^{6,7}

Enfermeira: Bom como a Dra. falou, tem uma parte que deveria acontecer fora da unidade, mas não aconteceu, não é? Aí, acho que a bola está com a gente, chegou lá na emergência, é porta aberta, certo? Então é com a gente! Continuando, nossa média de classificação de risco é de dez minutos, se aumenta a demanda, mais um trabalhador da enfermagem abre um consultório de classificação de risco e em dez minutos no máximo as mães sabem quem é amarelo, quem é verde e quem é azul. Quem é vermelho não tem conversa, chegou, entrou! Tudo para! Porque em crianças ou adultos, vermelho é para atender imediatamente, e vamos acolher a vida no limite!⁸

O: Mas é tranquilo assim?

Enfermeira: Quando tudo está calmo é... Mas quando o bicho pega, sai de baixo! As mães e os acompanhantes dos adultos e idosos associam logo a cor à expectativa de sofrimento de espera pela qual vão passar, ao invés de associarem à priorização como a gente vê. A gente tenta conversar, mas ninguém quer ser classificado verde, não é? E quando eu acho que é verde, a mãe, o pai, a tia ou a avó, pode achar que não é nada disso porque a criança está sofrendo, está com dor, está mal... e é a sua criança, ou é o seu avô!

O: Vamos tentar ser mais específicos: a que horas esta criança entrou na emergência e como estava o movimento nesta hora?

S: Olga, nós monitoramos a chegada da demanda e ela tem um padrão que é assim⁹, como estou projetando para vocês verem:

6 BRASIL. PRC MS/GM Nº3, Anexo III, de 28/09/2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Suplemento de 03/10/2017.

7 BRASIL. MS/SAS /DAB. 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). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2019.

8 BRASIL. MS/SAS. PNH. 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. 56 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2019.

9 Estas informações se referem a uma emergência pediátrica de um município de médio a grande porte de uma região metropolitana do Brasil e seus números são maiores do que o esperado para Vila SUS, mas o comportamento probabilístico pode ser o mesmo, para considerar o perfil da demanda pelo momento da chegada na unidade.

FIGURA 1: PERFIL DE ENTRADA NA EMERGÊNCIA X HORÁRIO DE CHEGADA, 2018



Fonte: Elaborada pelo próprio autor/colaborador

O menino entrou às 10h12, quando o pico de atendimentos começa a ficar de forma muito intensa, particularmente quando estamos nos meses de maior impacto sazonal, e nas crianças este período é entre abril e agosto (outono-inverno).

O: Mas as equipes da emergência estão distribuídas para estes patamares que variam ao longo dos dias?

S: Na verdade não! Sempre foi meio assim, todo mundo entra no plantão às 7h e sai às 19h, aí entra outra equipe às 19h e sai às 7h e assim vai...

O: Vejamos: tem um padrão de chegada muito estável, não é? Não seria interessante que a equipe fosse reforçada entre as 9h e 21h horas? Até porque a chegada da demanda faz pico na hora que as pessoas sentem fome, não é? E todos precisam estar bem para trabalharem bem. Já, entre as 21h e 7h, o volume de atendimento é bastante reduzido o que pode tranquilamente propiciar uma mudança nos tempos das disponibilidades dos trabalhado-

res, ou das unidades de serviços, como diria a teoria das filas¹⁰.

S: Boa proposta! Mas isso mexe com a vida das pessoas, dos trabalhadores, não é?

Médica: Mexe sim! Mas às vezes tem sempre quem possa mexer nos seus horários, e se for para melhorar o nosso trabalho e o fazer com mais segurança, certamente é uma ideia válida.

O: Tudo muito bom! Mas uma reorganizada no tempo e nas ofertas de unidades de serviço, ou capacidades seria o suficiente para que o problema não houvesse acontecido?

Enfermeira: Talvez, mas é importante sempre lembrar que a gente não controla a chegada das pessoas, mas podemos mudar a nossa organização do trabalho... (ver Capítulo 4).

O: Antes de você continuar, é melhor anotarmos esta ideia para entrar em nossas contrapropostas de negociação com a pauta sindical, certo? Nestes dias mais complicados de grande demanda onde chegam muitos ao mesmo tempo, vocês fazem uma reclassificação de risco, ou seja, vocês dão uma reavaliada nos usuários para ver se se mantêm na mesma classificação ou se agravaram, por exemplo?

Enfermeira: Infelizmente a gente acaba reclassificando quando somos motivadas pela queixa dos usuários. Isto acontece quando eles percebem que as coisas estão piorando. Ainda não incluímos em nosso processo de trabalho um olhar, persistente, atento às possibilidades de desestabilizações do que acabamos de ver e classificar, talvez seja uma ideia bem boa a de preparar um processo de revisão permanente da classificação de risco. Afinal de contas, o importante mesmo é acolher não é?

O: Pois é! Quem sabe se ao menos quando a espera passasse de um tempo razoável, uma hora de espera média, por exemplo, não se devesse criar uma rotina de reclassificação... Será que isto seria viável? Será?

Médica: Concordo: É sim, é isso o que mais importa! Mas não adianta acolhermos as pessoas, os usuários e em seguida colocarmos outra barreira para o atendimento. Tem acesso, ou tem barreira? Quando a gente precisa de cuidado para nós e para nossos amigos e familiares, quando é com a gente, não é assim que a gente pensa?

O: Bem, já vimos que existe um perfil de chegada, e que ele é o primeiro

10 Goldwasser RS. lb.

passo da análise da teoria das filas e estamos começando a ver que existe também uma disciplina, um funcionamento regrado e ali já identificamos que quando as coisas saem do esperado, ou talvez em certa rotina mesmo, deva ser estabelecido um processo permanente de revisão da classificação de risco... Esta é a disciplina da fila de entrada: as pessoas são classificadas e isto ordena de certa maneira uma priorização. Quem é vermelho é pra já! Amarelo é urgente, verde dá para esperar um pouco e temos também os azuis. Particularmente este último grupo quando se trata de mães, de certa forma mais concreta, quase significa uma indicação que a desistência do atendimento é melhor...

Enfermeira: Mas não precisava ser assim, não é?

Médica: Não mesmo!

O: Como poderia ser? Fiquei interessada!

Enfermeira: Gente, se nós pudéssemos marcar da classificação de risco um encaixe para os usuários classificados com azuis direto na ESF a gente ia fazer o tal do Acolhimento com A maiúsculo! Ninguém mais iria dizer que acolhimento é “uma forma elegante de dizer não”, que fazer acolhimento é oferecer barreira, estas coisas que tanto discutimos nas EP (Educação Permanente). Olga, estamos avançando, cada vez garantindo mais o direitos de cidadania das pessoas, mas podemos ir mais longe...

Médica: O que é que impede que a gente agende direto na unidade de atenção básica quem deveria estar sendo atendido lá? Não é para se livrar das filas, mas talvez isto pudesse ajudar a cultura de nossa gente, esta ideia forte de que se alguém precisar resolver um problema de saúde rápido, é lá na emergência que se encontra o lugar certo, porque lá, pode não ser, não é?

O: É gente, mas tem os Conselhos Profissionais, que normalizaram que todos os classificados, seja o nível que for, devem ser vistos pelos médicos. Isto é uma questão importante...

S: Sabe o que está me ocorrendo? A gente sempre pensa na Regulação do mais simples para o mais complexo, da atenção básica para a especializada, da emergência para a internação, da especializada para o Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e assim por diante. E o caminho inverso, não como contrarreferência, mas como referência para o lugar certo, que não é ali, naquele momento, a gente não consegue fazer!

Lúcia: Estava aqui quietinha e achava que, mais tarde um pouco, ia ter que me manifestar, lá na história das pessoas no corredor etc. e tal. Mas já que estão falando disso, precisamos lembrar que a regulação é

só a operação daquilo que foi combinado! Explicando melhor: todos os envolvidos com as diversas linhas de cuidado combinam em que participam, com quais capacidades, quais recursos assistenciais, enfim, é isto que faz da Rede de Atenção à Saúde (RAS)¹¹ uma trama de disponibilidades, mas precisamos lembrar que elas não são infinitas, pelo contrário, olhem bem: falo combinar porque não gosto da ideia de negociar, esta história de mercado de compra e venda de serviços de acesso como consumo, não é? Nesse sentido, nada impede que uma unidade de maior porte ou situada em um nível de complexidade maior que também é porta de entrada do sistema, regule usuários para o nível de atenção básica, que, aliás, tem a incumbência formal de ordenar o cuidado, não é mesmo? O que falta para isto acontecer? É claro! Só acontece este trânsito, estas responsabilidades compartilhadas se existir uma combinação entre as partes envolvidas.

Uma das questões que envolvem as filas e sua disciplina são estes critérios de inclusão ou não do usuário naquela espera, naquela expectativa de atendimento, pois por vezes os critérios de admissibilidade tornam a demanda excessiva para a capacidade das unidades de serviço disponíveis. Acolher, ou ser hospitaleiro com quem está demandando cuidado não implica apenas em classificar o risco para ordenar o atendimento através de priorização. Por vezes o acolhimento nos motiva a entrar em processos comunicativos com o restante da rede para que se garanta a melhor assistência e a maior garantia de continuidade do cuidado.

Quando acolhemos o usuário afirmamos a ele que está sob nossa responsabilidade e que faremos o que for de mais adequado para cuidar de sua vulnerabilidade e por vezes o melhor a ser feito não é colocá-lo na fila de espera do atendimento de urgência, mas de garantirmos uma atenção mais imediata em outra unidade da rede, particularmente aquela a qual ele já está vinculado territorialmente e muitas vezes afetivamente.

A demanda na porta de urgência pode ser aumentada por problemas de capacidade da atenção básica ou de outros recursos como os da Atenção Psico-Social e estas capacidades podem ser moduladas pela cobertura da AB, organização dos serviços, a forma de agenda, os mecanismos de garantia de espaço para intercorrências e demandas es-

11 Ver Capítulo 9

pontâneas. Mas, podem também ser consequências das sobrecargas de eventos episódicos de surtos e epidemias, de fatalidades da natureza e eventos imprevisíveis. É importante estarmos sempre atentos nas articulações Municipais, Regionais e Nacional de contingenciamento de catástrofes¹², pois é melhor estarmos preparados minimamente para aquilo que é imponderável, do que apenas lamentar o que não pode mais ser nosso objeto de intervenção.

Enfermeira: Muitas vezes, a espera pelo atendimento nem é tão grande, mas uma vez atendidos, muitos usuários precisam realizar um procedimento terapêutico, ou uma investigação diagnóstica com exames complementares, tais como imagens de radiografias e ultrassonografias, bioquímica, hemograma, urinálise, eletrocardiograma ou qualquer outro apoio diagnóstico complementar. Aí às vezes, o que fica embolado é o movimento de chegada com o de revisar e resolver quem já está em atendimento. Se ninguém estiver observando estes movimentos e gerenciando estes fluxos, as coisas podem dar muito errado... Outro dia mesmo, houve uma confusão danada porque uma mãe estava já há seis horas dentro da emergência e ainda não teria havido a reavaliação de sua filha e ela não identificou nenhum canal para conversar sobre isto. E aí, quando falta um canal de conversa, tem gente que parte “pro grito”, né?

Médica: Uma amiga minha que trabalha na Atenção Básica, queixou-se comigo que por vezes bastava poderem solicitar uma realização de exame complementar em caráter de urgência que seria o bastante para que muita gente não precisasse vir a emergência. Sei que foge ao nosso assunto, mas será que não poderíamos pensar em uma forma de existir um pouco mais de articulação neste sentido? Se a AB solicita, o Raio-x é marcado sei lá pra quando, mas se eu solicito na emergência, faz na mesma hora – como fica a demora oportuna e autorizada da Medicina de Família?

O: Vou só anotando estas novas agendas que a gente vai ter que dar um jeitinho de dar conta, mas é conversa com muito mais gente, não é Lúcia?

V: Bom, voltando um pouquinho pro nosso foco de hoje e, não porque este assunto não seja muito oportuno, mas por uma questão de administrarmos nossa agenda, gostaria de saber uma coisa: Vocês já ouviram falar em KANBAN¹³?

12 BRASIL. MS/SVS/DVSAST. Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde. 2014. 44 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_resposta_emergencias_saude_publica.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2019.

13 KanBan é a junção de duas palavras japonesas, onde Kan quer dizer Visual e Ban informação. Por isso tipicamente o KANBAN é um sistema de informações por cartões com informações sobre o tempo

S: É uma metodologia industrial da Toyota, fábrica de automóveis, não é?

V: É sim, só que em vários lugares esta metodologia foi criada para uma economia máxima e uma produção enxuta, fazendo só o que fosse o mínimo que seria vendido e no menor tempo possível (*Just-in-Time*) foi sendo adaptada para unidades assistenciais da saúde, havendo experiências como as de Limeira (SP), ainda na década de 90 e, depois da organização da RUE, em vários outros lugares pelo país afora^{14 15}. No KanBan tradicional, a unidade de produção final avisa a anterior do que está precisando e assim sucessivamente, pois o desfecho do processo é a venda de um carro. Se há carros demais no estoque, a unidade final não manda a informação e a unidade anterior para e termina apenas o que já está fazendo e assim sucessivamente. Se houve algum problema, imediatamente a gestão de qualidade vai tentar esclarecer e resolver, se for uma superprodução, vai ter que segurar o processo de montagem. Vejam que estou simplificando demais... Tem toda uma filosofia de automação com humanização por trás destas ferramentas, mas vamos lá: e na saúde? No nosso caso, as primeiras aplicações foram feitas nas unidades de internação e nas salas vermelhas e amarelas das unidades de emergência, já que nestes lugares a ocupação acima dos limites pode produzir subjetivamente e objetivamente uma situação de insegurança no cuidado aos usuários. Então, o nosso KanBan é de certa forma invertido e o que nos interessa é monitorar se as coisas estão indo bem, nos tempos adequados. Não é uma linha de montagem de fábrica, mas as equipes podem estabelecer os tempos em que se esperam a resolução dos problemas de saúde, se o tempo vai se alargando, as equipes devem se debruçar sobre o usuário e entender o que possa estar acontecendo, particularmente revendo o projeto terapêutico e atualizando-o se necessário. Nós trabalhadores de saúde temos ou fazemos uma previsão, temos certa expectativa ou uma probabilidade de que dependendo do diagnóstico e da idade e das vulnerabilidade às quais as pessoas estão submetidas, os tempos dos processos terapêuticos, que são singulares, vão variar dentro de certas faixas. Por exemplo, só para tentar dar um pouco mais de concretude na ideia: uma celulite na face de uma criança de 3 anos, com estado nutricional prejudicado, quanto tempo deveria estar na emergência? A resposta seria o menor tempo possível,

e a adequação do processo de produção. Em nosso caso, este processo produtivo é o trabalho em saúde buscando o melhor desfecho para o usuário.

14 Essinger LA. Implantação da ferramenta kanban como indutora da melhora do fluxo dos pacientes em um hospital de emergência. Rio de Janeiro, 2017, 67 p. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2017.

15 Mattos CM. Aplicação da ferramenta Kanban no processo de internação de uma unidade hospitalar pediátrica. Niterói, 2016. 108 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial) - Universidade Federal Fluminense, 2016.

pois ali, a tarefa deste lugar é realizar o diagnóstico global, instituir o projeto terapêutico e imediatamente ingressar em um leito adequado em unidade de internação. Se esta criança fica até seis horas ali enquanto o NIR (Núcleo Interno de Regulação) providencia o recurso adequado está tudo ok e seu KanBan é classificado como I (ou verde). Este cartãozinho ou cartão estará fixado na maca ou poltrona e ao mesmo tempo estará no mural, que pode ser um quadro branco ou uma planilha do Excel®. Mas digamos que os leitos do hospital destinado a crianças estão lotados e o NIR não consegue através da Coordenação de Regulação outra posição disponível na Região e com isso o tempo vai passando e a criança já está com mais de seis horas? A classificação muda e o KanBan agora é nível II (amarelo), o que é um sinal de alerta para a equipe, pois talvez tenha que acionar a unidade de internação para tentar construir uma alta segura possível e resolver, pois esta criança já estará num local inadequado, pois a tarefa da Emergência já está concluída. Agora imaginemos que já serão mais de 24 horas inadequadamente na emergência. O Kanban agora é III (vermelho) e a equipe tem que resolver mais algumas coisas, pois o paciente fora do lugar pode se tornar um paciente de ninguém, certo? Por outro lado, como acomodar mãe e filho num espaço que foi concebido apenas para uma observação rápida, e os riscos de queda? Além é claro, que esta presença no local inadequado vai dificultar as ações de terapêutica e observação dos usuários, que continuarão chegando...

Enfermeira: E quantas vezes conseguimos uma vaga de internação em outro município da nossa Região de Saúde, mas falha o processo de transferência do SAMU? Não é fácil trabalhar em municípios pequenos, com os recursos compartilhados e muitas vezes escassos e antes que nossa Secretária diga, digo eu: Mais uma agenda que tem que ser enfrentada, afinal, o SAMU é muito estratégico para garantir este trânsito na rede de urgência e emergência e na atenção hospitalar...

O: Ufa! De certa forma o tal do KanBan não faz mágica, não é? Para criar um espaço para a demanda daqui, tem que ter uma gestão do espaço ali na outra unidade e para criar o espaço na outra unidade, para produzir uma alta segura, tem que haver compartilhamento de responsabilidade dos trabalhadores da unidade de internação com os das ESF ou outros recursos da rede de serviços de saúde!

O Problema

Trajeto na abordagem do problema;

Identificar e ponderar o problema;

Mapa mental;

Análise situacional com atores envolvidos no problema;

Definição de causas;

- *Uma atenção básica insuficiente na visão dos médicos;*
- *sobrecarga de atenção na urgência emergência; e*
- *causas relacionadas à teoria das filas.*

Coleta de dados com monitoramento e avaliação;

Explicitação das consequências sociais;

Construção de proposta para solução.

Ambiente interno

- *Reestruturação dos atos normativos;*

- *Comunicação com rede aprimorando a conexão: alta segura, ficha azul e unidades de retaguarda;*

- *estabelecimento do KanBan (gerenciamento dos fluxos e tempos).*

No ambiente externo

- *Regulação deve diminuir a fragmentação da atenção;*

- *Rever a gestão de pessoas;*

- *Rever a logística do apoio ao serviço;*

- *Integrar a logística ao cuidado.*

Complexidade das interações não devem gerar encaminhamento simples;

Construção de um projeto de integração

S: O pior é que a gente acaba fragmentando o cuidado nas diversas unidades, aqui e nos outros lugares...

L: Esta é uma das nossas tarefas na Regulação: reduzir a fragmentação e produzir mais solidariedade entre as diversas unidades e entre os seus trabalhadores, claro que com o centro da atenção em nossos usuários, afinal, é pela redução do sofrimento, pela defesa da vida e pelo acolhimento das pessoas com suas necessidades de saúde que estamos trabalhando!

O: Vejam que com esta discussão passamos para o ponto 3 e 4 da teoria das filas que dizem respeito a capacidade de atender às demandas das pessoas, que pode ser um pouco mais elástica, como por exemplo, concentrar férias nos períodos de baixa sazonalidade, reforçar a equipe entre

as 9h e 21h, questões que podem e devem fazer parte da negociação com a base das categorias de trabalhadores (ver Capítulo 4), como também podemos deslocar alguém para acelerar e rever a classificação de risco quando a sala fica lotada, mas também de monitorar e tentar rever os projetos terapêuticos quando o tempo excede...

Médica: Mas quem define o tempo?

O: Ou se compra pronto, ou as equipes vão definindo aos poucos, acho a segunda medida melhor, mas vale muito a pena ver as outras experiências, certo? Por fim a questão talvez crítica seja a referente à saída, pois muitas vezes não conseguimos produzir a capacidade para fora de nossos alcances e aí só tem um jeito: a rede tem que ser rede e rede pra valer é “Rede Viva”, conexões permanentes e afetivas entre os trabalhadores, motivados pelo rosto do outro que sofre e por isso Acolhemos.

É claro que esta conversa muito produtiva e esclarecedora poderia ter acontecido em qualquer lugar, mas sempre que o eixo de discussão é sobre a centralidade do usuário no nosso Trabalho de Saúde, as coisas ficam mais tranquilas. Por vezes, a gestão das unidades e dos serviços não consegue evitar eventuais superlotações, excessos de demanda, inclusive com os perigos de se produzir escassez de materiais necessários, pois haja logística para garantir os insumos muitas vezes contratados para um volume de atendimento, que vai pressionando o consumo para cima. Neste sentido, o KanBan também é interessante, pois poder-se-ia sempre manter um suprimento automático que mantenha os níveis adequados de estoque diário, mas se tenha um mecanismo de pronta informação quando a coisa sai do esperado.

Quem trabalha com procedimentos eletivos, tem uma previsibilidade muito boa de seu consumo, mas quem tem suas portas abertas, precisa estar de olho no histórico de consumo, mas também nas percepções imediatas de surgimento de imprevistos de consumo, que vão gerar imprevistos de custeio, e isto, não pode estar fora do pensamento dos trabalhadores em suas equipes, pois faz parte do processo de assistência, da prática cuidadosa, de fazer o máximo para que tudo dê certo para os nossos usuários, dentro de nossas capacidades que são finitas. Aqui o KanBan, como instrumento de informação de alerta pode ser de grande valor para todos.

Por vezes, o trabalhador de saúde se sente à parte das questões orçamentárias e financeiras, nem pensa se a arrecadação municipal está aumentando ou diminuindo. Normalmente o que se sente é o desejo que tudo o que seja necessário para que se trabalhe bem e cumpra-se a minha missão, esteja disponível. É neste aspecto, que a gestão da clínica precisa incorporar estas questões em suas decisões. A informação gerada pelos sistemas logísticos (informatizados ou não) deve fazer parte das decisões clínicas, das avaliações e revisões de projetos terapêuticos.

Normalmente, na gestão da clínica o problema a ser trabalhado inicialmente não é que falta um insumo, que não se tem vaga para transferência, que a emergência está lotada, mas sim, a resposta e decisões que tomaremos sobre o que faremos com a falta do insumo, como providenciaremos mais altas seguras, como compartilharemos o trabalho com a equipe da emergência para garantir a longitudinalidade necessária do trabalho e do cuidado, como acionaremos da atenção hospitalar e de urgência a Atenção Básica, na busca de responsabilidades compartilhadas e gestão solidária do cotidiano do cuidado. Isto seria uma forma de desfragmentar o cuidado nos hospitais e cultivar um sentido de solidariedade interna que é muito necessária.

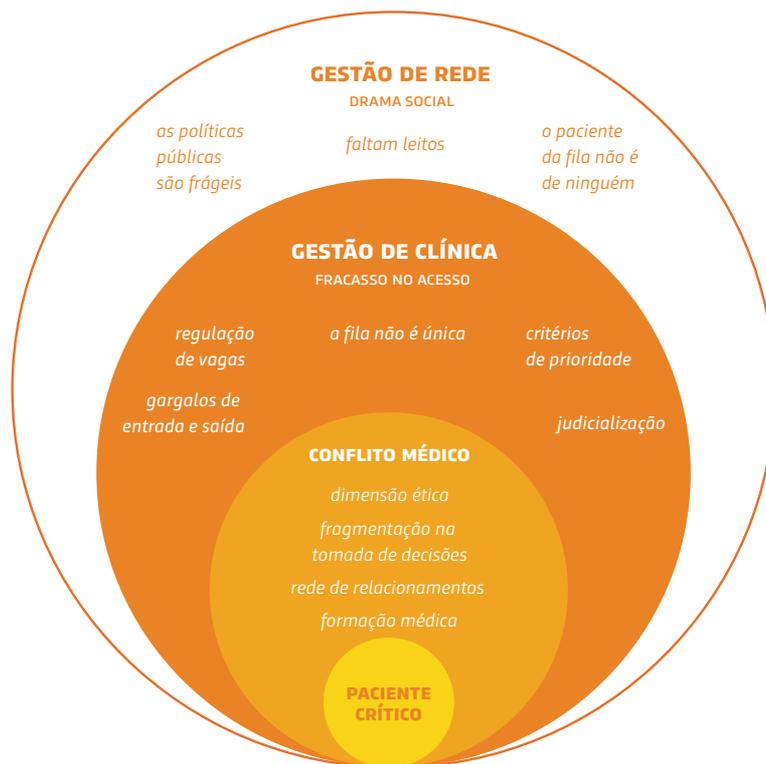
Por outro lado, muitas daquelas pessoas que estão nos corredores das emergências precisam de outro tipo de cuidado, tais quais os cuidados previstos na Portaria dos Cuidados Prolongados¹⁶, que na literatura internacional se chama de cuidados intermediários, lugares para que usuários mais vulneráveis sejam acolhidos e preparados para retornarem à sua vida cotidiana e que já não mais precisam de cuidados hospitalares, mas ainda não estão em condições de irem para suas casas. Talvez seja interessante que se produzam momentos de encontro entre equipes de unidades diferentes para a discussão e manejo destes casos mais complexos, criando para além do vínculo necessário entre usuários e cuidadores, vínculos também dos trabalhadores entre si, afetivos inclusive.

Goldwasser¹⁷ após realizar toda uma pesquisa operacional e realizar grupos focais com médicos de emergência e de UTI tentou a partir das falas e de sua discussão modelar organizar algumas dimensões que nos ajudam a pensar nesta questão do paciente crítico, que precisa ou não de cuidados e intensivos. Seu quadro é o seguinte:

16 BRASIL. PRC MS/GM Nº3, Anexo III, de 28/09/2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. TÍTULO XI Da Organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Art. 149 ao Art. 174) DOU. Suplemento de 03/10/2017, p.192. Disponível em: <<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

17 Goldwasser RS. lb.

FIGURA 2: REPRESENTAÇÃO DOS TEMAS HIERARQUIZADOS. A GESTÃO DA REDE DOS PACIENTES CRÍTICOS ENVOLVE TODAS AS DIMENSÕES: A SOCIAL AMPLA (O DRAMA SOCIAL), O COLETIVO-ORGANIZACIONAL (O FRACASSO NO ACESSO), E O INDIVIDUAL (O CONFLITO MÉDICO). O PACIENTE CRÍTICO ENCONTRA-SE NA PARTE CENTRAL DAS TRÊS DIMENSÕES



Fonte: Elaborada pelo próprio autor/colaborador

Quando olhamos para o usuário em situação crítica, vemos problemas distintos de acordo com o lugar de onde olhamos, porém ao colocarmos os diferentes olhares de forma simultânea podemos puxar uma das pontas soltas do novelo e começarmos a processar de forma mais complexa os problemas que são de verdade muito mais complexos do que imaginamos a partir de um olhar simplista e fragmentado.

Por fim, Olga termina seu produtivo encontro com trabalhadoras que fazem a diferença em sua gestão, mas compreende cada vez mais que o

conceito de complexidade deve ser sempre preservado, pois, a simplificação pode conduzir a soluções muito pontuais que não repercutam sobre a dinâmica dos problemas complexos. É preciso por vezes ir por partes, ponto a ponto, mas este tipo de situação demonstra como é produtivo ampliar os olhares, e, como é que quando na gestão o ponto de vista do outro é válido, já não mais simplesmente tolerável, mas necessário, assim como os trabalhadores são válidos e reconhecidos em seus saberes, conhecimentos e práticas, até os problemas mais complexos ficam convidativos para uma boa prosa, um bom debate e para a construção imediata de um Projeto de Intervenção, um Plano Operativo que produza ali, nas relações entre as pessoas e seus trabalhos e com os seus usuários com seus familiares e amigos as possibilidades de cuidado cada vez melhor das vidas que sofrem.

PARA SABER MAIS:

- » BRASIL. MS/SAS. PNH. 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. 56 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- » BRASIL. Decreto Presidencial 7508 de 28/06/2011. 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. Diário Oficial da União, 29/06/2011, seção I.
- » BRASIL. MS/SAS /DAB. 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.)
- » BRASIL MS/SVS/DVSAST. Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 44 p.
- » BRASIL. PRC MS/GM Nº3, Anexo III, de 28/09/2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Suplemento de 03/10/2017, p.192.
- » GOLDWASSER, RS. Planejamento da rede de atenção aos pacientes críticos no Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2018. 98f. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, 2018.
- » ESSINGER, LA. Implantação da ferramenta kanban como indutora da melhora do fluxo dos pacientes em um hospital de emergência. Rio de Janeiro, 2017, 67 p. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2017.
- » MATTOS, CM. Aplicação da ferramenta Kanban no processo de internação de uma unidade hospitalar pediátrica. Niterói, 2016. 108 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial) – Universidade Federal Fluminense, 2016.

PARTE 3

REGIONALIZAÇÃO E GOVERNANÇA NA SAÚDE

CAPÍTULO

16

REGIONALIZAÇÃO NO SUS

Em seu trabalho diário, Olga possui uma agenda organizada a partir de um processo de planejamento da Secretaria. Sempre apoiada por Marlene que aprendeu com o tempo a necessidade de uma estrutura de sala de situação que evidencie o monitoramento das ações pensadas neste planejamento. Ambas acompanham satisfeitas o desempenho possível da saúde em Vila SUS. A instituição de reuniões semanais com os coordenadores de área e gerentes de serviços tem afinado a sua equipe no cumprimento do que tem sido pensado coletivamente. Todos estão motivados e a liderança de Olga a cada dia se consolida no município.



Esta equipe e seu trabalho é cada vez mais reconhecida pelas lideranças políticas no município. Isto, de uma certa maneira, causa alguma disputa no município para aproximar Olga desta ou daquela corrente política por seus representantes em Vila SUS. Este movimento não passa despercebido pelo Prefeito. Em conversas com Olga, seu Prefeito fica satisfeito e ao mesmo tempo preocupado.

Prefeito: Fiquei sabendo de suas conversas com o líder do Partido da Mais Democracia PMD esta semana, conte-me como foi isso.

Olga: Vivem me convidando para filiação e disputa de um cargo eletivo, mas não tenho nenhum interesse em política partidária. Meu negócio é política em saúde e não partidária. Meu compromisso é contigo nesta gestão. Depois quero continuar no SUS mesmo.

Prefeito: Caso você queira, sempre haverá espaço em nosso partido para suas pretensões partidárias. Mas não é isso que preciso acertar contigo. Esta semana, o líder de um dos partidos adversários na Câmara Municipal fez o relato do drama de uma família que não conseguiu marcar consulta com endocrinologista e a criança, com diabete, acabou falecendo. O que está acontecendo Olga?

Olga: Soube do caso. Lúcia me relatou que tentou uma UTI para Clínica Médica com referência em endocrinologia, mas não conseguiu. Nossa região está com dificuldade em fixar alguns especialistas. Jorge da regional costuma dizer que não há população suficiente em nossa região para garantir algumas especialidades e mesmo alguns serviços.

Prefeito: Como vamos resolver isto? Não podemos expor nossa população a nenhuma desassistência. Dissemos na nossa campanha que iríamos resolver isto.

Olga: Teremos uma reunião da CIR na semana que vem e isto já está na pauta. Vou mantê-lo informado sobre estas questões de referência regional. Talvez necessitemos de seu apoio para uma conversa com outros prefeitos da região com vistas a encontrarmos soluções.

Casos como este sempre trazem um componente amargo em nosso trabalho, pensou Olga no caminho para a Secretaria de Saúde. O sol pareceu incomodar ao lembrar quantas tristezas e famílias sofridas. Liga para Joana, sua colega de Girassol que soube do caso. Disse que o seu município também tem dificuldade de acesso a este serviço.

Joana: Vamos pedir um levantamento regional sobre estas questões de dificuldade de acesso.

Olga: A câmara técnica da CIR tem avaliado estes dados que são monitorados na regulação. Farão um relato na CIR, são dados preocupantes segundo a Marlene. Precisamos conversar mais sobre isto com todos os secretários.

Joana: Talvez pudéssemos nos reunir antes da CIR? Vamos tentar.

Neste mesmo dia, ao abrir seu computador, observa o recebimento de duas comunicações importantes.

Uma mensagem de Jorge, da regional de saúde, que dizia sobre a necessidade do Planejamento Regional Integrado (PRI) discutindo também a necessidade de inclusão deste tema na CIR; e outra encaminhada por João Pedro, de Freire. Esta veio com um arquivo sobre regionalização¹. Até por isso, resolveu abrir e se tratava do documento elaborado pela Rede Cosems-Conasems em 2019. Viu numa passada de olhos que havia uma coincidência com o que tinha vivenciado de dificuldades recentes.

Marcou como pauta com a sua equipe para discutir o documento, o que foi feito na reunião semanal. No fim, esta reunião deu maior lucidez sobre seu papel na discussão a respeito das questões regionais.

Respondeu à João Pedro e comentou a necessidade de maior apropriação deste conhecimento por parte de todos os secretários municipais.

Joana e Olga conseguiram com Vitória que os Secretários se reunissem antes da CIR e a reunião sobre as dificuldades de acesso foram intermeadas por reflexões, algumas das quais se percebia que os colegas já tinham lido o documento de regionalização.

- *Nossa região não está sendo suficiente para garantia do acesso...*
- *Está difícil conversar com outras regiões...*
- *A falta de financiamento nem sempre se relaciona com iniquidade de acesso...*
- *Esqueceram de nós, os pequenos...*
- *Vamos garantir um PRI que dialogue com nossas necessidades...*

1 Disponível em: <https://www.conasems.org.br/orientacao_ao_gestor/rede-conasems-cosems-lanca-documento-para-a-regionalizacao-da-saude/>. Acesso em: 25 abr. 2019.

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

É reconhecida a sistematização das ações de saúde segundo sua capacidade de intervir e impactar sobre o dinâmico processo saúde-doença, em termos de redução do risco de ocorrência e da evolução da doença e agravos à saúde, visando o melhor nível e condições de saúde, individual e coletiva.

Por outro lado, a busca da adequada oferta e aplicação prática destas ações de saúde, para garantia de cobertura e acesso populacional, dá-se pela sua melhor possível composição e distribuição técnico-operacional, genericamente conhecidos como Níveis de Atenção, expressos em Atenção Primária (Básica), Secundária e Terciária (alguns consideram também a Quaternária), que indica e refere a ideia e o termo de hierarquização das Ações de Saúde, ressaltando-se que isto não indica, não induz, não pressupõe e não condiciona diferenciais de importância, de conhecimento, de complexidade e de poder, daí outros termos, como “Ponto de Atenção”.

Assim, em resumo, a regionalização assume um objetivo funcional de compor “Regiões de Saúde”, com grau de suficiência, expresso na máxima oferta e disponibilidade de ações de saúde para a população de um dado território, instrumentalizada por uma rede, articulada e integrada.

Ressalte-se ainda que, a Atenção Básica, como base da Regionalização do Sistema de Saúde, deve ser considerada, valorizada e operacionalizada como momento, ponto ou unidade de máxima abrangência e resolutividade, ultrapassando a conceituação e prática, muitas vezes existente de “nível simples, de poucos recursos, para o atendimento de necessidades menos complexas”.

Garantir o acesso apenas da Atenção Básica é insuficiente para a garantia da integralidade. Garantir acesso e integralidade sem equidade gera injustiças regionais. Conasems 19².

2 Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Documento-T%C3%A9cnico-regionaliza%C3%A7%C3%A3o-DIAGRAMADO-FINAL-1.pdf>>. Documento técnico político sobre regionalização. 28p. Acesso em: 25 abr. 2019.

Durante a reunião da CIR, Olga percebeu também que a reunião prévia deu maior consistência aos argumentos dos municípios que viram a pauta reproduzir as discussões sobre as dificuldades do acesso e regulação.

Jorge: Devemos reconhecer o bom trabalho feito pela nossa câmara técnica ao avaliar os dados de monitoramento da regulação. Importante salientar como isso dialoga com a nossa futura agenda neste semestre quando se discute o PRI.

Olga: Dá para ver que algumas alterações poderão ser feitas de imediato, precisamos conversar com nossos gerentes de serviços.

Joana: É, mas uma boa parte não podemos intervir porque está fora dos limites de nossa região e não somos gestores da rede em todos os seus pontos. Alguns estão em outra região.

Durante a reunião, Olga manifesta a necessidade de rever o processo de regionalização, ao observar, por exemplo, uma linha de cuidado materna infantil, há duas regiões e um serviço sob gestão estadual, fazendo gestão desta linha com critérios diferentes de acesso. Não há unicidade da gestão da RAS na qual se reproduz esta situação em diferentes momentos.

Olga: como pode uma rede ser organizada, planejada e operada diferentemente em seus pontos?! Nunca haverá equacionamento entre a demanda e a capacidade de oferta. Esta semana perdemos uma criança...que região é esta que não consegue ter domínio sobre os destinos de seus usuários?

Ficou evidente durante a reunião da CIR que o documento da Rede Cosems-Conasems provocou uma maior preocupação com o sentido de qualificar uma região de saúde e suas responsabilidades de gestão com a RAS.

Jorge: Se de fato esta preocupação é de todos, então deveríamos nos organizar para fazer o PRI, pois este momento pode facilitar a revisão do processo de regionalização. A CIB determinou a organização de uma comissão estadual para organizá-lo. Precisamos indicar os participantes

Joana: Queria indicar a Olga como representante dos municípios da região para participar da comissão estadual.

Olga foi convidada pelo Cosems para participar de uma reunião prévia ao primeiro encontro da Comissão do PRI. Vários documentos foram entregues na reunião, e muito discutida a proposta de instituição de macrorregiões no estado, que foi elaborada por algumas universidades, sugeridas pela CIT e encaminhada pelo Ministério da Saúde. No seu ver, a organização de uma macrorregião, contemplando duas regiões, poderia melhorar as questões vividas por ela na região do Vale Feliz.

João Pedro: Tudo bem, a proposta parece ser de fato boa, mas não podemos abrir mão da permanência das nossas regiões atuais. Elas são muito importantes na troca de experiências e estão garantindo participação e crescimento dos gestores municipais.

Sabendo da importância de uma gestão unificada sobre a rede e de um planejamento que contemple as necessidades da região do Vale Feliz, Olga se motiva, mas outra vez João Pedro questiona:

“Mas como vai ser esta gestão? Quem vai participar? Qual vai ser o papel destes participantes da gestão da Rede de Atenção? Vai ficar na mão do estado?”

Depois de muita discussão, o Cosems construiu uma boa proposta para a Comissão do PRI que teve agendada suas primeiras reuniões. Na abertura da reunião da comissão, o Secretário de Estado da Saúde esteve presente e ressaltou sua importância na garantia do componente regional do plano estadual de saúde. Para Olga, também era a oportunidade de melhorar a atenção e que as necessidades de saúde da sua cidade pudessem ser reconsideradas. Para João Pedro, era o momento de rever a governabilidade e governança da RAS. Para Jorge, que também foi incluído na Comissão pelo Secretário de Estado, era a oportunidade de inserir as demandas da região no processo administrativo orçamentário regional do estado.

Na comissão, muitos técnicos estaduais e do Cosems apontam para as dificuldades de conseguir os dados regionalizados para uma análise da situação. Lembram que para a promoção da equidade se faz necessário muito cuidado com a produção destes dados para que se possa analisar todos com os mesmos critérios.

Vitória: Será um trabalho gigantesco, mas no fim valerá o empenho de todos e relata o bom trabalho que as câmaras técnicas das CIR têm realizado pontualmente. Agora é a hora de sistematizar o verdadeiro impacto que as 42 políticas públicas nacionais de saúde e as políticas locais têm sobre a população do município, da região, da macrorregião e mesmo do estado. Como está o desempenho dos serviços, quais as necessidades de saúde e as prioridades apontadas, desde os conselhos locais e municipais.

Jorge: Vamos listar o que será necessário e organizar esta análise. É bom lembrar que não podemos apenas nos basear em dados dos indicadores, necessitamos também de descritores que considerem nossas vulnerabilidades, ou vamos construir uma regionalização e plano apenas no sentido economista do planejamento. O plano tem que dialogar com o modelo de atenção. O orçamento deve ser pensado também no modelo que queremos. (destacar)

João Pedro: Se o planejamento é ascendente o que se espera é que o retorno atenda o que está previsto na lei 141, ou seja, voltar na forma de rateio dos recursos. Sabemos das limitações quantitativas orçamentárias, mas necessitamos garantir uma integralidade com maior equidade regional, este é um dos princípios mais inclusivos do SUS.

Durante as primeiras reuniões da Comissão Estadual do PRI, algumas propostas foram analisadas, discutidas e organizadas. Duas propostas foram encaminhadas à CIB para aprovação: a primeira foi a sugestão de acatar a proposta vinda do Ministério sobre macrorregião, apenas com uma pequena alteração; a segunda foi a de formalizar as comissões do PRI nessas macrorregiões.

Com o aval da CIB sobre o processo, Olga vai participar da comissão da macrorregião, formada pelo Vale Feliz e Serra do Sonho com a expectativa de qualificar a gestão da RAS, lembrando as palavras de João Pedro e do documento da rede Cosems-Conasems que espera uma mudança na divisão das responsabilidades regionais, ampliando a participação dos gestores municipais.

Nas discussões no Cosems, Olga e João Pedro compreendem o momento histórico de revisão da regionalização e tendo como entendimento defendido no âmbito nacional pelos secretários municipais de que regionalização é a busca ou a instrumentalização da melhor disposição e distribuição técnica e espacial dos serviços, visando cobertura e acesso da população às ações de saúde, com máxima eficiência institucional e social. Entendem ainda que se a Regionalização implica na subdivisão do universo espacial e populacional que garanta sua macro organicidade e sua operacionalização, em termos de cobertura e acesso, com ações de saúde compatíveis com as características, que responda às necessidade de saúde e demandas de cada um e de todos esses conjuntos espaciais e populacionais, com eficiência e impacto nas condições de saúde, então temos muito que discutir na região e no estado.

As reuniões ocorridas na Comissão do PRI da macrorregião conhecida como Bons Caminhos tiveram a participação de Jorge, Olga e João Pedro que também participam da comissão estadual. Tanto o estado como o Cosems se prepararam para este processo de planejamento.

PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO

Trata-se de um grande esforço de integração entre o que pensam os governos estaduais e federal e o que os municípios querem para um sistema de saúde que se movimenta a partir de uma governança federativa.

Há um duplo componente deste momento do PRI. O primeiro momento é o de ouvir e organizar o que pensam os municípios quanto a regionalização, macrorregião e governança da RAS, o que pode se dar mais rapidamente. O segundo deve ocorrer a partir do início da gestão estadual/federal, quando for iniciado o processo de discussão e elaboração do plano estadual em conformidade com a Lei 14¹012. Atrasos na elaboração do plano estadual implicará na não integração do plano na composição do plano nacional, aprofundando as irregularidades do financiamento e das ações necessárias à uma RAS de qualidade, desrespeitando o planejamento ascendente.

Há, portanto, uma exiguidade de tempo para um levantamento de dados e uma análise de situação que inclua as demandas e necessidades apontadas pelas regiões. Cada um dos momentos do planejamento a seguir deve estar embasado em dados reais, de estrutura, funcionamento e resultados, perante as necessidades de saúde. Quanto mais tempo se demora para produzir isso, menor será o tempo para a formulação do plano e programação e incluir nas leis do Plano Plurianual (PPA) e Orçamentária dos estados para o primeiro ano de sua vigência. O atraso para a produção limitará a possibilidade de um plano que contemple a posição dos municípios nas demandas regionais. Conasems 19²

Nas primeiras reuniões ocuparam espaço a organização e busca de dados para compor uma análise da situação de saúde. Técnicos estaduais e municipais participam da partilha de responsabilidade nestas buscas organizadas pela comissão. Foi muito discutido o papel das regiões que compõe a macro e definiu-se por acatar as diretrizes definidas nas CIR sobre as questões regionais, além das definidas pela comissão estadual e aprovadas na CIB.

Muitas dúvidas surgem neste processo de planejamento, uma vez definidas as diretrizes, a partir de uma análise de situação, tiveram o apoio da área de planejamento de alguns municípios e do estado para organizar o processo no âmbito regional. Nas reuniões dos grupos de trabalhos para desenvolvimento das tarefas estabelecidas pela comissão regional, tiveram a participação dos técnicos de Vila SUS: Eduardo teve uma participação importante, organizando os dados sanitários; Valéria participa do grupo de trabalho sobre o estudo das necessidades em saúde que deveriam ser garantidas em uma atenção regional; Marlene no grupo de dados financeiros.

3.2 ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA REGIONALIZAÇÃO²- CONASEMS 19

Menor custo

Financiamento com equidade

Pactuação: - Na alocação dos recursos - Na organização dos serviços em rede - No modelo de atenção a partir do cuidado integral.

Usuário como foco: •Na governança da RAS • Nos protocolos de regulação com a participação da APS • Na regulação • Na logística do transporte sanitário • No acolhimento em todos os serviços.

Olga e João Pedro, ao analisar os dados, discutem a necessidade de aprimorar o monitoramento. Apresentaram argumentação consistente durante a reunião da comissão. Relatam suas impressões e outras dificuldades ainda não consideradas na elucidação das verdadeiras causas dos problemas levantados pelos dados dos GTs do PRI.

João Pedro: A garantia da integralidade de todas as necessidades de saúde é um desafio, mas não basta definir os serviços da RAS e achar que vai funcionar. Está evidente que deve haver um processo de melhora na gestão e operação da RAS.

Jorge: Também é preciso melhorar a capacidade resolutiva da atenção básica nos municípios de nossa região. Observamos uma grande quantidade de usuários encaminhados desnecessariamente.

Olga: Sim Jorge, mas também é preciso melhorar o apoio do estado para esta missão, na maioria dos municípios nessa situação não há mais espaço orçamentário e de pessoal para uma atenção básica adequada.

E com um espírito democrático e de colaboração as reuniões da comissão, dos GTs, e da CIR transcorreram bem, apesar do sufoco que é participar deste processo e ainda garantir as tarefas da gestão local.

Olga lembrou ainda que tem de atualizar o prefeito sobre o processo e em uma das conversas relata:

Olga: Estamos participando regionalmente e na comissão estadual que está elaborando o planejamento ascendente regional. Nossa equipe tem se dedicado muito.

Prefeito: Ainda bem, pois tive uma conversa com o promotor que cobrou esta questão de referências organizadas.

Olga: É bom lembrar prefeito que ainda teremos dificuldades em atender a plenitude de nossas necessidades. Aqui na região está difícil o acesso a alguns serviços de apoio para diagnóstico.

Prefeito: Os outros prefeitos também relatam este problema, estamos pensando em organizar um consórcio, o que você acha?

Olga: Seria um bom complemento aos serviços regionais, mas vamos discutir melhor. Vou me informar e voltamos a discutir...

Prefeito: Gostei do documento sobre regionalização do conselho de vocês, a questão de governança dava uma boa discussão aqui também.

Olga: Interessante, quero participar. Agora tenho uma reunião com o Conselho Municipal de Saúde para inteirá-los da situação e discutir sobre a integralidade.

Em conversas posteriores, João Pedro relata à Olga que teve um diálogo parecido com seu prefeito e que também considera participar de um consórcio.

Olga: Depois de tanta reunião, fico com a sensação de que o planejamento não vai terminar nunca, tem sempre mudanças importantes ocorrendo e com consequências.

João Pedro: Processo permanente de planejamento, isto é gestão qualificada. A regionalização e a hierarquização não podem ser consideradas como fins em si mesmas, mas sim como instrumentos para que sejam alcançados os princípios fundamentais do SUS – a universalidade, a integralidade e a equidade. Dá um trabalho “federal”.

O espírito de Olga foi incorporado ao processo de participação macrorregional e estadual. A sua busca em garantir a integralidade a levou a foros de negociação e percebeu que era preciso garantir maior participação de todos onde se incluía a capacidade de decidir sobre a gestão da rede.

Olga: Parece que houve uma melhora da participação do Ministério da Saúde no âmbito regional e, questões antes sem resposta, parece que, gradativamente, se organizam, em especial na alta complexidade.

João Pedro: Ainda falta qualificar na macrorregião a nossa capacidade de monitoramento. É preciso sistemas de informação mais simplificados e que forneçam dados reais e regionalizados para o planejamento.

Íris, que também participou das reuniões da comissão regional e da CIR, se assusta e se encanta pelos desafios onde observou o protagonismo de Olga e João Pedro. Na volta para casa, o sol sobre seu rosto refletia seu cansaço e satisfação por manter a esperança em um futuro da saúde com as suas necessidades reais supridas.

PARA SABER MAIS:

- » Viana Ana Luiza d'Ávila, BousquatAylene, Melo Guilherme Arantes, Negri Filho Armando De, Medina Maria Guadalupe. Regionalização e Redes de Saúde. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2018 Jun [citado 2018 Dez 13]; 23(6): 1791-1798. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601791&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>.
- » Mendes Áquilas, Louvison Marília C. P., Ianni Aurea M. Z., Leite Marcel Guedes, Feuerwerker Laura C. M., Tanaka Oswaldo Y. et al . O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. Saude soc. [Internet]. 2015 Jun [citado 2018 Dez 13]; 24(2): 423-437. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO104-12902015000200423&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/SO104-12902015000200003> .
- » Resolução CIT: 23 e 37/2018 http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/KujrwoTZC2Mb/content/id/19245656/doi-2017-08-18-resolucao-n-23-de-17-de-agosto-de-2017-19245539
- » Cosems São Paulo, Associação Paulista de Saúde Pública; Regionalização é o caminho; volume 4; São Paulo; 2015.
- » Santos Lenir, Campos Gastão Wagner de Sousa. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. Saude soc. [Internet]. 2015 Jun [citado 2018 Dez 14]; 24(2): 438-446. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO104-12902015000200438&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/SO104-12902015000200004>.
- » Campos Gastão Wagner de Sousa. SUS: o que e como fazer?. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2018 Jun [citado 2018 Dez 14]; 23(6): 1707-1714. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601707&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05582018>.
- » A regionalização pode contribuir para o avanço do SUS? <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/35859>
- » Bretas Junior Nilo, Shimizu Helena Eri. Planejamento regional compartilhado em Minas Gerais: avanços e desafios. Saúde debate [Internet]. 2015 Dez [citado 2018 Dez 14]; 39(107): 962-971. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO103-11042015000400962&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151070397>.
- » DOCUMENTO TÉCNICO-POLÍTICO SOBRE REGIONALIZAÇÃO, Posicionamentos e orientações, Rede Cosems Conasems, 2019.

CAPÍTULO

17

GOVERNANÇA NO SUS

Olga sai de uma reunião dos secretários municipais de saúde, prévia a CIR, que aconteceria no dia seguinte em Aurora. Os secretários resolveram fazer a reunião prévia de forma itinerante para permitir troca de experiências. Dessa vez, a reunião foi em Céu Azul, onde Íris, a nova Secretária, assumiu a gestão faz dois meses e está encontrando muitas dificuldades. Na reunião, Íris enumerou seus principais problemas e Vitória fez uma síntese das dúvidas expressas em mensagens que Íris lhe enviou desde que assumiu o cargo de secretária municipal de saúde. Foi uma reunião muito instigante, pois além de lidar com a agenda da CIR do dia seguinte, onde havia pauta da Atenção básica a alta complexidade, com aprovação de pleitos de habilitações e ampliação de serviços nos municípios da região, a reunião foi muito produtiva para o COSEMS ao possibilitar a aproximação dessa agenda à realidade do município de Céu Azul com seus aprendizados e problemas.



**MINISTÉRIO
DA SAÚDE**

Após o jantar com os membros da CIR, Olga foi descansar, mas sem conseguir dormir, pensando em tudo que presenciara e fora debatido durante o dia. Acessou a ferramenta fórum para ver as mensagens novas e responder o que fosse preciso, pois Vitória apresentou durante a reunião atividades importantes do CONASEMS e do COSEMS que precisavam da indicação de técnicos de cada município, pois as iniciativas iriam apoiar fortemente o enfrentamento de problemas para melhorar a qualidade da Atenção Básica, e integrar vigilância em saúde e assistência farmacêutica no modelo de atenção do município, outra iniciativa apoiará no lidar com demandas judiciais, presentes em todos os municípios. Parece que foi combinada a oportunidade desses projetos com a reunião em Céu Azul e para cada um dos municípios da região.

A PAUTA DA CIR:

1. apresentação da experiência da AB de Freire que conseguiu viabilizar residência médica para 2 MFC – RENASES AB avançada - João Pedro
2. habilitação de 2 equipes de EAB e 1 NASF de Céu Azul, citar a mudança necessária no SCNES–Iris
3. alocação de recursos para TRS :
 - . sessões de hemodiálise no HR de Girassol da SES –Jorge
 - . Pleito de uso de uma UPA pronta em girassol, construída por meio de emenda parlamentar de um deputado federal do município, para funcionamento de um ambulatório de DRC – Doença renal crônica, com oferta de 3 turnos de sessões de hemodiálise. Serviço a ser operacionalizado mediante PPP com OS formada por médicos nefrologistas da região- Joana
 - . Construção em terreno limítrofe ao Hospital Municipal de Aurora, de serviço de referência em cardiologia na pactuação microrregional com capacidade limitada para a região, embora com potencial de expansão da oferta- José Carlos
4. Pedido de devolução de recursos de duas emendas parlamentares para construção de duas UBS e uma UPA em Céu Azul – obras sequer começadas –Olga
5. demanda CIB de pactuação de alocação de recursos financeiros para cardiologia na macrorregião de bons caminhos contemplando Resolução 37 – Jorge e Olga

Muito mais que oferta de cursos, Olga e todos os gestores municipais compreenderam, pela explicação de Vitória, que são estratégias de apoio técnico aos municípios para fortalecer a AB do município, pensando no seu potencial de atendimento às necessidades de saúde do território, e qualificar a capacidade de resposta do SUS na região aos problemas de saúde da região. Além disso, a possibilidade de contar com o apoio da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP) para construção e adoção dos protocolos de cuidado à saúde na região, apoiava muito, pois possibilitará a unificação dos critérios de acesso nos diferentes serviços da região e qualificará a referência e contrarreferência na macrorregião. Mas foram tantas indicações que, se não fosse a informação qualificada transmitida por Vitória sobre cada uma das demandas, os gestores da região não iriam priorizar e lidariam com elas como mais uma oferta de cursos.

Faz dois anos que Olga trabalha com a ferramenta fórum e agora, já acostumada com a comunicação rápida e informação qualificada de Vitória, rapidamente responde ao que é demandada pois conhece e tem contato com toda sua equipe em reuniões semanais de planejamento e diariamente em função da agenda da saúde no município, além de contato via *WhatsApp* de forma rápida pelo celular. Olga então se dedica a refletir sobre esse processo da gestão do SUS participativo, colaborativo e em rede. Como dividia o apartamento com Marlene, que a acompanhara, e também estava sem sono, partilhou com ela suas reflexões.

A apresentação por Íris da situação de saúde do município evidenciou para todos os presentes na reunião que sem processo de planejamento na saúde acabamos por lidar com muitas demandas, mas que são pouco analisadas e que acabam consumindo não somente recursos financeiros, mas o potencial de trabalho das equipes, a confiança da população e não direcionam rumos para um sistema de saúde melhor.

A SITUAÇÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

- Equipes de saúde sem médicos;
- Pedidos de devolução de recursos financeiros;
- Recursos financeiros em saldo de contas do Fundo Municipal de Saúde;
- Enorme pressão do procurador jurídico do município aumentando seu medo de gastar, pois todos ex-secretários de Céu Azul respondiam a ações do MP e do judiciário.

Por outro lado, um processo permanente de planejamento com monitoramento e avaliação contínuos sempre aumentam a complexidade e dificuldades nas ações a serem desenvolvidas. Da mesma forma que Íris compreendeu melhor que as discussões da CIR sobre PRI, critérios de acesso a serviços, linhas de cuidado e itinerários terapêuticos, organização de referências, tinham a ver com um melhor funcionamento do sistema de saúde de Céu Azul também, estava evidente que na pauta da

CIR do dia seguinte, tinham inúmeros pontos de vista e visões diferentes com inúmeros interesses envolvidos.

A posição de Joana e Jorge de que só era possível enfrentar as necessidades da cardiologia da região no HR de Freire da SES e a partir do investimento a ser feito lá, depois organizar os demais serviços da rede, conflitava, por exemplo, com a posição de José Carlos de Aurora que além de cardiologista era um polo microrregional. Era preciso conhecer os pontos de vista de todos e quais interesses defendiam por meio das consequências de suas proposições.



Será que é preciso
disputar as propostas
ou elas são passíveis
de integração?

Ao mesmo tempo, para Olga a definição passava por articular linhas de cuidado e itinerários terapêuticos na RAS, o que requeria, além de governança política, um processo de governança executiva da RAS, envolvendo não somente os secretários de saúde, mas coordenadores de serviços e outros atores.

Marlene, que participou de um evento dos apoiadores da Rede CONASEMS-COSEMS em São Paulo, observou com Olga alguns aspectos do tema Governança que poderiam ajudar no debate:

- *A clareza de que sem novos mecanismos de coordenação e controle associados da rede e alguma distribuição de poder para os fóruns intergestores não iriam acontecer mecanismos de governança.*
- *Observar o debate sobre Comando único¹ do sistema X direção única sobre prestadores de serviços. A ativação (fazer funcionar) da RAS na macrorregião pode falsamente parecer deslocar poder para mais longe dos municípios pois, o município de Freire também polo regional com HR da SES, tinha melhor estrutura e capacidade de serviços de referência. Mas, para Marlene, Olga tinha razão, pois além de alocar recursos, que exige análises de demanda e de oferta, gerenciamento de riscos, cálculos de rateio dinâmicos e complexos, o funcionamento da RAS, depende muito mais fundamentalmente que os serviços adotem os mesmos critérios no seu dia a dia e o comitê gestor da RAS na macrorregião garantiria aos gestores municipais e à SES o comando único do sistema e sua rede.*
- *Este debate englobava disputas de poder na região, mas também acesso e cobertura de serviços, necessidades de saúde, fluxos de demanda e oferta, além de sistemas logísticos e de apoio e governança política e executiva¹ para se concretizar^{2,3}. Seria muito boa a reunião do dia seguinte, pois além de contar com a presença de João Pedro, mesmo que convidado para a CIR, a discussão contaria com a decisão dos prefeitos de incorporar o serviço de referência de média complexidade na clínica e no apoio ao diagnóstico na cardiologia a ser construído em Aurora por meio de consórcio. Propuseram organizar o consórcio com participação do governo do estado e governos municipais para toda a cardiologia na região, incluindo na rede os serviços da atenção básica de todos os municípios e a alta*

1 Descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

2 SILVA, SF (Org.). REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE. 2ed. CAMPINAS: SABERES, 2013, v. 1, p. 159-200.

3 SANTOS, L. Regionalização é o caminho. Série cadernos COSEMS SP, Pyxis Editorial. V.4, p 54-59., 2015.

complexidade de Aurora. Segundo o relato do prefeito de Olga, feito por telefone durante o jantar, não resolve a prioridade ainda deles, a saúde materno infantil e acesso a serviços especializados (consultas e exames) na endocrinologia e outras especialidades, mas pode apontar uma forma de enfrentar os problemas, ampliando a capacidade governativa⁴ na região, além de alocar a demanda da emenda parlamentar feita pelo deputado federal.

- Marlene pontuou que participar de fóruns de governança significa lidar com essa questão da autonomia de decisão dos gestores da saúde frente a decisão de atores externos que acabam por determinar a decisão dos fóruns de governança do SUS⁵. É assim com os prefeitos e governadores, mas é observado, no judiciário e legislativo e nos órgãos de controle interno e externo. A pauta da cardiologia, a despeito da sua importância para a região, tinha sido provocada por uma emenda parlamentar de um deputado federal. Dado o volume de recursos de emendas no orçamento federal e estadual, quase sempre o investimento em saúde é determinado externamente aos fóruns intergestores. Embora a prioridade da região fosse outra, ela estava prevista para acontecer no fórum da macrorregião, visando a proposta de PRI da macrorregião de Bons Caminhos.

- Concordando, Olga pontuou como era fácil não enfrentar os problemas como no caso da desgastante discussão envolvendo Joana e José Carlos e como isso enfraquece os municípios no debate com Jorge que aconteceria na CIR. Como a reunião prévia dos secretários municipais havia se transformado em importante fórum de governança, cabia a ela, como representante do COSEMS, estar atenta as relações de cooperação e disputa, junto a Vitória, implementar criticamente processo de apoio técnico e político nas reuniões prévias dos gestores municipais e evitar e chamar atenção para as posturas de busca de culpados ao invés de iniciativas de cooperação entre os municípios.

Olga e Marlene acabaram adormecendo... Pela manhã, a caminho de Aurora para a reunião da CIR, Olga fala com seu prefeito por telefone. Houve concordância do governador com as propostas para a cardiologia envolvendo o consórcio, mas uma série de agendas tratando não somente a formalização do consórcio, mas também a operacionalização da cooperação interfederativa no rateio dos recursos, na apropriação da informação sobre produção de serviços nos diversos sistemas de informação, a inserção dos coordenadores dos serviços dos consórcios na governança executiva da RAS, precisavam ser resolvidas.

Além disso, o prefeito conversou com o Governador e o Secretário de

4 SANTOS, M. H. de C. Governabilidade, Governança e Democracia: Criação de Capacidade Governativa e Relações Executivo-Legislativo no Brasil Pós-Constituinte. Dados, v.40, n. 3,1997.

5 BOURDIEU, Pierre. Razões práticas: sobre a teoria da ação. Campinas: Papirus, 1996.

Estado da Saúde sobre a prioridade da região e acertado que essa pauta seria prioritária nas reuniões da CIR e da macrorregião, mesmo que para viabilizar os investimentos necessários fosse preciso audiências com deputados e senadores e com o Ministro da Saúde, em Brasília. Olga lembrou ao prefeito que o MS e a SES participavam do fórum da macrorregião e que lá poderiam tratar do assunto. O documento orientador elaborado pela Rede CONASEMS-COSEMS era claro quanto ao fato de que o PRI, conforme a Lei 141/2012, prevalecerá sobre todas as normas infralegais (portarias) que venham dificultar sua implantação.

A reunião da CIR transcorreu de forma muito produtiva. Toda a pauta foi analisada e a discussão prévia dos secretários municipais foi decisiva, pois evitou muitos desentendimentos desnecessários. Jorge observou que parecia que os gestores municipais haviam ensaiado as falas. O Secretário de Estado da Saúde também havia entrado em contato com Jorge pela manhã e informado das decisões com os prefeitos das duas microrregiões de Bons Caminhos. Englobando a questão das especialidades com dificuldades de acesso na região aos serviços de saúde, pois o MPE havia inclusive proposto um TAC sobre a questão estabelecendo prazo para a organização da referência e ameaçado penalizar prefeitos, secretários municipais, governador e secretário estadual, caso não fosse estabelecida urgência na questão.

Como nem tudo se resolve tão facilmente, infelizmente Íris teria que devolver os recursos pois eles ficaram parados na conta bancária por mais de dois anos e nem sequer os projetos arquitetônicos das obras ou a licitação haviam sido feitos. Para Céu Azul, tudo bem devolver os recursos da UPA, pois ela seria realmente desnecessária e onerosa ao município, mas mesmo com a importância das UBS para o momento de Céu Azul, não foi possível um pleito, pois havia lei e determinação do TCU sobre o assunto. Para outras obras paradas, e com menos de dois anos de emenda, mas que dependiam apenas de execução dos planos de trabalho, contrato licitado para executar, era possível pleitear. Todos se comprometeram na reunião em buscar recursos para fortalecer a AB em Céu Azul e a SES foi convocada pelos municípios a apoiar intensivamente na organização da rede básica e ampliação da capacidade de resposta da AB de Céu Azul. As equipes de EAB foram aprovadas, mas seu cadastramento no CNES dependia, ainda, da liberação de acesso à versão atualizada do sistema pelo MS e a SES e ainda não haviam recursos definidos para remunerar a gerência das UBS.

Por sua vez a questão na DRC levou não somente a aprovação da proposta de Girassol – dependente da aprovação pela Comissão de Avaliação do MS para as UPAS e outros serviços – e não aprovação de simplesmente mais oferta de sessões, mas também a instituição de um GT na câmara técnica para unificar os critérios de acesso e protocolos em uso na rede. Olga ficou de discutir junto a Rede CONASEMS-COSEMS um grupo específico para isso junto a RNP. Jorge também deixou claro que ele não tinha autonomia para discussão do orçamento do HR de Girassol, pois algumas áreas da SES ainda eram bastante centralizadas e a proposta de Girassol ainda dependeria de identificação de recursos a serem debatidos no PRI.

No caminho para Vila SUS, Olga foi refletindo o quanto seria necessário avançar, ainda, para a consolidação de um melhor modelo de atenção e de um SUS melhor na região, mas preocupava-a, particularmente, o fato de que várias ações no PRI eram demandas para a SES ou MS e continham pouca responsabilização na região. Também assustava o quanto eram grandes as expectativas para a Rede CONASEMS-COSEMS e seus limites de atuação. Era preciso debater bastante com a SES e com o MS as diferentes naturezas do apoio técnico prestado pela rede e o papel das instituições no apoio.

Pessoalmente, preocupava bastante o fato de que restava pouco mais de um ano de gestão, não sendo possível realizar todas as demandas e necessidades. Por indicação de Vitória, depois de acessar o portal do CONASEMS e assistir uma videoaula e um tutorial que ajuda a compreender o que sua equipe tinha que fazer para manter atualizado o DIGISUS GESTOR, acessou também a sessão sobre os 30 anos completados em 2018 e compreendeu o quanto é interminável o trabalho para melhoria e consolidação do SUS. Em silêncio refletiu que, em 2020, seria necessário preparar o encerramento da gestão.

PARA SABER MAIS:

- » Modelos organizacionais e reformas da administração pública. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, v.43. p. 347-369, mar./abr. 2009
- » Freeman J. Collaborative governance in the administrative state. UCLA Law Review 1997; 45:1
- » Klijn, E.; Koppenjan, J. F. M. Public management and policy networks: foundations of a network governance. Public Management, v.2,2000
- » Calmon C, Costa ATM. Redes e Governança das Políticas Públicas. RP3 Revista de Pesquisa em Políticas Públicas 2013; 1:1-29
- » CASTELLS, M. A sociedade em rede. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999
- » RAQUEL, I. VAN BELLEN, H.M. Contribuição à Concepção da Governança Pública: Uma Análise a partir da Visão de Especialistas. XXXVI Encontro da ANPAD, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: < http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2012_APB1003.pdf > Acessado em 09 set 2018
- » ROBICHAU, R. W. The Mosaic of Governance: Creating a Picture with Definitions, Theories, and Debates. The Policy Studies Journal, vol. 39, n. 1, p. 113-131, 2011
- » SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, v.43. p. 347-369, mar./abr. 2009

- » PETERS, B. G. e PIERRE, J. Governance Without Government? Rethinking Public Administration. *Journal of Public Administration Research and Theory*, University of Strathclyde, Scotland, n.8, p. 223-24, 1998
- » KOOIMAN, J. Governing as governance. London: SAGE, 2003
- » Anexo I da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 (Anteriormente Portaria MS/GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010). Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no Âmbito do SUS.
- » ALEXANDER, E. R. A structuration theory of interorganizational coordination: cases in environmental management. *The International Journal of Organizational Analysis*, v.6, n.4, 1996.
- » MATIAS-PEREIRA, J. Manual de gestão pública contemporânea. 2. ed. rev. e atual. São Paulo (SP): Atlas, 2009.
- » BRESSER PEREIRA, L. C. O modelo estrutural de governança pública. *Revista Eletrônica da Reforma do Estado*, n.10, jun./jul./ago. 2010.
- » Shimizu, HE, Cruz, MS, Junior, NB, Schierholt, SR, Ramalho, WM, Ramos, MC, Mesquita, MS, Silva, EN. O protagonismo dos Conselhos de Secretários Municipais no processo de governança regional. *Ciência e Saúde Coletiva*.
- » Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS Debate – Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2016. 118 p. – (CONASS Debate, 6) ISBN 978-85-8071-039-7.

A CONSOLIDAÇÃO DE NORMAS NO SUS¹

Uma consolidação consiste na integração de todas as normas pertinentes a determinada matéria revogando-se formalmente os atos normativos incorporadas à consolidação, sem modificação do alcance nem interrupção da força normativa dos dispositivos consolidados.

A consolidação não altera os conteúdos das normas consolidadas, mas tem a finalidade de organizá-los, conforme eixos temáticos, em consonância com o que determina a Lei Complementar nº 93 de 1998.

A iniciativa realizada pelo Ministério da Saúde é uma iniciativa inédita que permitiu, pela primeira vez, a aplicação do disposto no artigo 59 da Constituição Federal, bem como da Lei Complementar nº 95/98, que prevê a consolidação das normas. O Ministério da Saúde, assim, foi o primeiro Ministério a promover a consolidação que está determinada na lei desde 1998.

Ao todo, o processo de consolidação, restrito ao conjunto de portarias emitidas pelo gabinete do Ministro da Saúde (Portarias GM/MS), promoveu a análise de mais de 17 mil portarias, sendo efetivamente consolidadas aquelas que tinham o caráter da abstração e generalidade, o que totalizou cerca de 700 portarias.

Embora a Consolidação de Normas Infralegais do SUS tenha uma unidade, em razão da quantidade de dispositivos² ela foi dividida em 6 instrumentos normativos conectados entre si e dispostos segundo uma lógica.

1 Texto elaborado pelo Prof. Phd. Márcio Iorio Aranha, Professor de Direito Constitucional e Administrativo da Faculdade de Direito da Universidade de Brasília, como conteúdo do Curso de Especialização em Direito Sanitário com ênfase em Judicialização à Saúde, este desenvolvido no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS) pelo Hospital do Coração (HCor).

2 Ao todo a Consolidação possui 9.045 artigos, 7.314 parágrafos, 15.301 incisos, 3.699 alíneas, distribuídos em 6 portarias, 117 títulos, 370 capítulos, 335 seções e 78 subseções.

Se um instrumento normativo, digamos uma lei, disciplina uma temática e altera dispositivos de outra lei, sendo, posteriormente, alterado ele próprio para em seguida ser revogado por uma quarta lei, o esforço de consolidação envolve, necessariamente, resgatar cada um desses passos legislativos para que se identifique a redação atual e válida de cada dispositivo. No caso da Consolidação de Normas Infralegais do SUS, esse esforço de precisa identificação do histórico de cada dispositivo a ser consolidado foi realizado para mais de 35.000 artigos, parágrafos, incisos, alíneas e itens, bem como 900 agrupamentos das unidades de articulação dos instrumentos normativos, ou seja, Títulos, Livros, Capítulos, Seções e Subseções, que foram compilados, antes de serem consolidados.

Um exemplo dessa complexidade pré-consolidação pode ser visto na disciplina do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Antes da publicação das portarias de consolidação números 1 a 6, em 3 de outubro de 2017, esse programa da maior relevância para todos os usuários do SUS era disciplinado por um conjunto de portarias inter-relacionadas entre si. Por exemplo, o art. 3º, da Portaria MS/GM nº 1.834, de 2013, remetia-se à Portaria MS/GM nº 1.654, de 2011, que havia instituído o PMAQ-AB, mas esta portaria instituidora fora alterada várias vezes por outras portarias, revogada parcialmente e finalmente revogada integralmente pela Portaria MS/GM nº 1.645, de 2015. Para que um usuário do SUS pudesse compreender os direitos concretizados pelo PMAQ-AB, ele teria que saber navegar nesse mar de alterações e revogações, sem nunca ter absoluta segurança de qual seria a redação final válida aplicável ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Todas essas normas hoje estão revogadas e somente o texto compilado oriundo das diversas alterações e revogações

foi finalmente publicado em 3 de outubro de 2017 em substituição a todo esse emaranhado de normas, correspondente aos arts. 505 ao 514 da Portaria de Consolidação nº 5, sobre a configuração do programa, e arts. 118 e seguintes da Portaria de Consolidação nº 6, sobre seu financiamento.

Não é de se surpreender que a única consolidação propriamente dita existente em nosso ordenamento jurídico seja a Consolidação de Normas Infralegais do SUS, publicada em Suplemento do Diário Oficial da União de 3 de outubro de 2017, mesmo existindo a orientação geral de consolidação de atos normativos na Lei Complementar 95/98, confirmada com prazos tentativos nos decretos regulamentadores dessa lei, desde o Decreto nº 2.954, de 1999, até o Decreto 9.191, de 2017.

O setor de saúde brasileiro, como em vários outros aspectos, partiu na frente também nessa importante providência de consolidar sua normatização. Existiram esforços de consolidação meritórios pretéritos e presentes na Casa Civil da Presidência da República, em ministérios e autarquias, mas até o momento longe de se equipararem à Consolidação de Normas Infralegais do SUS em sua efetiva caracterização de um.

Essa é uma das novidades que se apresentam com a Consolidação das Normas Infralegais do SUS.

Por mérito da Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde, a Portaria MS/GM nº 2.500, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, a proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde, precedeu à edição da Consolidação das Normas Infralegais do SUS.

VOCÊ SABIA?

» A Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde é, na verdade, um órgão da Consultoria-Geral da União, da Advocacia-Geral da União (AGU). Ela é, entretanto, administrativamente subordinada ao Ministro da Saúde com a competência, por exemplo, de assessorá-lo, elaborar estudos, preparar informações por solicitação do Ministro e assistir o Ministro no controle interno da legalidade administrativa praticados no âmbito do Ministério da Saúde. A Lei Complementar nº 73, de 1993, instituiu a Lei Orgânica da Advocacia-Geral da União (<http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/websearch?openagent&&tipo=LCP&&codigo=73&&ementa=2&&data=19930210>).

O art. 2º, VI (lê-se artigo 2º, inciso quarto), da Portaria MS/GM nº 2.500/2017 (lê-se Portaria do Ministério da Saúde, ou do Gabinete do Ministro da Saúde, número 2.500, de 2017) caracterizou as portarias de consolidação como “portarias normativas que resultem da integração das portarias normativas em vigor pertinentes à determinada matéria, com a revogação formal das normas incorporadas à consolidação e sem modificação do alcance nem interrupção da força normativa dos dispositivos consolidados”.

A definição de portaria de consolidação revela muito do que se espera de uma consolidação e dos seus efeitos jurídicos. O mais importante deles está na continuidade, ou seja, na não-interrupção da força normativa dos dispositivos consolidados.

Veja-se o exemplo do art. 2º da Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, publicada no Diário Oficial da União de 3 de outubro de 2017. O art. 2º é produto da consolidação do art. 1º da Portaria MS/GM nº 1.820, de 2009, que foi revogado e incorporado nessa primeira portaria consolidadora do SUS. Ao se garantir que a consolidação não interrompe a força normativa dos dispositivos consolidados nem modifica o seu alcance, isso significa dizer que a disposição sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde permanece incólume – íntegra –, persistindo, como antes, na norma consolidadora. Outra consequência de se dizer que a consolidação revoga formalmente as normas nela incorporadas é a de que esse mesmo dispositivo sobre direitos e deveres dos usuários do SUS permanecerá ileso, substituindo-se o dispositivo originário da Portaria MS/GM nº 1.820, de 2009 – hoje revogado – pela própria consolidação que o absorveu.

Por isso, quando desejamos citar um dispositivo de qualquer das portarias de consolidação do SUS, não devemos mencionar sua origem, que fica entre parênteses ao final de cada dispositivo consolidado. Basta se referir, por exemplo, ao art. 2º da Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, pois a Portaria MS/GM nº 1.820, de 2009, de onde se originou esse dispositivo, não está mais em vigor.

O texto do art. 2º (lê-se, artigo segundo) da Portaria de Consolidação nº 1 é o seguinte: “Art. 2º: *Este Título dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde nos termos da legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 1º)*”. Ao final do artigo, entre parênteses, consta a referência de origem do art. 2º, ou seja, a Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde número 1.820, do ano de 2009. Essa informação está lá apenas para facilitar a transição das pessoas que lidam com o SUS, e já estavam acostumadas a se referirem às normas pulverizadas no ordenamento jurídico, para o novo modelo de consolidação, pois elas conheciam as normas por seus números específicos. A presença da origem de cada dispositivo da consolidação ao final dos textos entre parênteses também cumpre a função de garantir que a norma presente na consolidação tenha se originado de uma norma previamente existente e em vigor. Assim, ao se referir a um dispositivo da consolidação, como, por exemplo, o art. 2º da primeira portaria de consolidação, basta dizer: artigo 2º da Portaria de Consolidação nº 1. Os artigos, parágrafos, incisos, alíneas e itens das portarias de consolidação que foram alterados após a publicação da consolidação terão, na versão compilada da consolidação, ao final deles, entre parênteses, a nova origem no seguinte formato: (Redação dada pela PRT MS/GM ou GM/MS nº xxxx, de dia.mês.ano).

Como decorrência dessa definição, a Consolidação de Normas Infralegais do SUS é um conjunto de 6 portarias de consolidação que reuniu milhares de dispositivos antes espalhados por quase 700 portarias ministeriais nessas 6 portarias divididas em matérias conexas ou afins, revogando-se formalmente todas as normas nelas incorporadas, bem como todos os dispositivos alteradores da cadeia de compilação do texto atual das normas consolidadas, como também os dispositivos implicitamente revogados mas ainda formalmente preservados no ordenamento jurídico brasileiro.

Atenção: é possível que uma norma esteja formalmente presente no ordenamento jurídico brasileiro, mas esteja materialmente revogada, ou seja, não tenha sido revogada expressamente por outra norma ou declarada inconstitucional ou tenha sua eficácia suspensa, mas tenha suas disposições em desacordo com o conteúdo de outra norma de mesma hierarquia e posterior a ela, ou de hierarquia superior a dela. Nesse caso, a lei, o decreto, a portaria ministerial, a resolução autárquica, todos permanecem aparentemente válidos, mas, de fato, encontram-se revogados. Uma das funções de uma consolidação é dar ordem ao caos causado pela persistência de inúmeras normas materialmente revogadas, mas ainda formalmente presentes no ordenamento jurídico. O mesmo raciocínio se aplica à compreensão de que uma consolidação revoga apenas formalmente os dispositivos a ela incorporados, pois a validade da matéria que passa a ser tratada pela consolidação não se interrompe com a revogação das normas por ela incorporadas. É como se fizéssemos uma cirurgia plástica: somos as mesmas pessoas depois dela, mas com uma aparência distinta, eliminados os excessos. A Consolidação das Normas Infralegais do SUS foi seguramente a maior lipoaspiração vivenciada por um conjunto normativo no Brasil até o presente.

Finalmente, para encerrarmos esta seção sobre o que é e para que serve uma consolidação, imagine se nunca tivéssemos visto uma jaca, mas conhecêssemos os seus gomos vendidos em separado. Teríamos dificuldade em saber como ela é.

Um estrangeiro que nunca foi à Natal para ver o maior cajueiro do mundo, e que somente conhece a castanha de caju vendida nos supermercados, não sabe que a castanha de caju é, na verdade, a semente do fruto do caju, enquanto o pseudofruto do caju – a parte succulenta e rica em vitamina C e ferro – é utilizada para outros fins, como a produção do suco de caju.

Quem não conhece o caju, na natureza, mas somente a sua semente – a castanha –, nos supermercados, tem dificuldade em acreditar que o suco de caju é doce, pois parte do pressuposto equivocado de que a castanha de

caju se confundiria com o próprio fruto. Para quem somente conhece as partes de uma fruta, terá dificuldade em saber como ela é efetivamente.

O mesmo acontece com as normas: quando conhecemos as normas individualmente, temos uma enorme dificuldade em compreender como elas se conectam entre si e formam um todo coerente.



Após anos da progressiva institucionalização do SUS, temos, enfim, condições de enxergar o Sistema Único de Saúde como ele é.

Esclarecidas as características de uma consolidação e sua função, na próxima seção, estaremos avançando sobre a estrutura da Consolidação das Normas Infralegais do SUS.

A estrutura da Consolidação das Normas Infralegais do SUS

A Consolidação das Normas Infralegais do SUS reúne toda a normatização sobre o SUS, de caráter geral e abstrato, do Gabinete do Ministro da Saúde e em vigor no Brasil e se apresenta como um conjunto de 6 portarias de consolidação, promulgadas em 28 de setembro de 2017, e publicadas em

Suplemento ao Diário Oficial da União de 3 de outubro de 2017. São elas:

- *Portaria de Consolidação nº 1 (Consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do SUS);*
- *Portaria de Consolidação nº 2 (Consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS);*
- *Portaria de Consolidação nº 3 (Consolida as normas sobre as redes do SUS);*
- *Portaria de Consolidação nº 4 (Consolida as normas sobre os sistemas e os subsistemas do SUS);*
- *Portaria de Consolidação nº 5 (Consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde o SUS);*
- *Portaria de Consolidação nº 6 (Consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde do SUS).*

VOCÊ SABIA

» Uma das principais consequências decorrentes da disciplina legal e regulamentar das consolidações encontra-se inscrita nos decretos regulamentadores da Lei Complementar 95/98. Neles, foi introduzido o conceito de “matrizes de consolidação”. Uma matriz de consolidação é a norma geral básica, em torno da qual são aglutinados os diplomas normativos. Cada uma das 6 portarias de consolidação do SUS constitui uma matriz de consolidação, que aglutina os atos normativos sobre matérias conexas ou afins à disciplinada na matriz. O conjunto de 6 portarias também é, ele mesmo, uma matriz de consolidação aglutinadora das demais, referente à temática das normas infralegais do SUS.

A divisão temática das 6 portarias de consolidação nos permite identificar claramente a função de cada portaria de consolidação e como estão distribuídas as matérias de interesse do SUS.

Aprenda as siglas: PRC-1 é a sigla para a Portaria de Consolidação nº 1; PRC-2, a sigla para a Portaria de Consolidação nº 2; PRC-3, a sigla para a Portaria de Consolidação nº 3; PRC-4, a sigla para a Portaria de Consolidação nº 4; PRC-5, a sigla para a Portaria de Consolidação nº 5; e, finalmente, PRC-6, a sigla para a Portaria de Consolidação nº 6.

Começamos pela PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 1 (PRC-1). Ela contempla 10 grandes temas, correspondentes aos seus títulos, abaixo:

- *Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde, onde há enunciados e garantias do direito à saúde, ao atendimento humanizado, adequado e com qualidade, ao tratamento adequado e no tempo certo, à continuidade do tratamento, ao acesso à tecnologia apropriada e à equipe multiprofissional capacitada, às informações sobre o seu estado de saúde, de maneira clara, objetiva, respeitosa e compreensível, entre outros, e de deveres correspondentes, como o de suportar as ações de fiscalização sanitária;*
- *Organização do SUS, onde estão as disciplinas normativas de identidade do SUS, como a disciplina da Bandeira do SUS, a instituição da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), a disciplina da Declaração de Emergência em Saúde de Importância Nacional (ESPIN), da Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS), do atendimento emergencial aos estados e municípios acometidos por desastres naturais e/ou antropogênicos, e de órgãos relevantes, como o Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação do Ministério da Saúde, a Comissão de Biossegurança em Saúde e a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde;*
- *Gestão do SUS, com seis capítulos abarcando diretrizes, instrumentos, projetos e órgãos de operacionalização do SUS, como a Câmara Técnica Consultiva do Banco de Preços em Saúde (CT/BPS);*
- *Planejamento do SUS, com a referência às diretrizes do processo de planejamento no âmbito do SUS e aos critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde (PARÂMETROS SUS);*
- *Participação Social no SUS, em que se disciplina a Ouvidoria do SUS e a Ação Carta SUS;*
- *Participação Complementar, com enfoque nos procedimentos relativos à certificação de entidades beneficentes de assistência social na área de saúde;*
- *Sistemas de Informação do SUS, onde estão os dispositivos normativos pertinentes à concepção e funcionamento dos sistemas de informações essenciais ao acompanhamento e melhoria do SUS, como a disciplina dos padrões de interoperabilidade de informações de saúde, do Cartão SUS, de sigilo de informações, bem com a disciplina pormenorizada dos sistemas de informação do SUS; e*
- *Ainda, outros quatros títulos finais sobre controle e avaliação do SUS, programação visual padronizada das unidades de saúde do SUS, datas comemorativas e prêmios da saúde, e disposições finais.*

A segunda portaria de consolidação – PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2 (PRC-2) – reúne as políticas nacionais de saúde do SUS, atualmente em número de 48 políticas enunciadas na consolidação, mas com somente 42 delas esmiuçadas em nível de portaria ministerial. O formato dessa portaria é diferente daquele adotado pela Portaria de Consolidação nº 1. Enquanto a PRC-1 tem 561 artigos, a PRC-2 somente tem 10 artigos. Isso ocorre, pois a PRC-2 utiliza anexos para inserção da disciplina específica de cada política nacional do SUS, reservando aos artigos do corpo da PRC-2 para elenco dessas políticas e remissão aos anexos correspondentes. Ou seja, por exemplo, o art. 4º, III (lê-se artigo quarto, inciso terceiro), da Portaria de Consolidação nº 2 inscreve a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa dentre as políticas voltadas à saúde de segmentos populacionais e nos remete ao Anexo XI daquela portaria. Para que alguém acesse a política em si, basta abrir o Anexo XI da PRC-2, pois tudo que diz respeito a essa política, de agora em diante, estará consolidado sempre no Anexo XI. Com isso, as pessoas interessadas em determinadas políticas provavelmente memorizarão que essa política estará sempre consolidada no Anexo XI da Portaria de Consolidação nº 2, ou portaria de políticas nacionais de saúde. A PRC-2 divide-se em:

» **1. Políticas de Saúde, subdivididas em:**

- *Políticas Gerais de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, onde estão elencadas, por exemplo, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a Política de Saúde Mental e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN);*
- *Políticas de Controle de Doenças e Enfrentamento de Agravos em Saúde, onde estão as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC);*
- *Políticas Voltadas à Saúde de Segmentos Populacionais, onde estão as políticas de saúde das crianças (PNAISC), dos adolescentes e jovens, da pessoa idosa, das mulheres (PNAISM), dos homens, da pessoa com deficiência, dos povos indígenas, dos trabalhadores, da população em situação de rua e de pessoas privadas de liberdade;*
- *Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, englobando políticas de saúde para segmentos com demanda por tratamento especial, como as populações do campo, da floresta e das águas (PNSIPCF);*

» **2. Políticas de Organização da Atenção à Saúde, subdivididas em:**

- *Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde, referindo-se, por exemplo, à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), à Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), à Política Nacional de Medicamentos, entre outras;*
- *Políticas de Atenção a Agravos Específicos, contemplando políticas*

dirigidas à pessoa com transtorno do espectro autista, à reprodução humana assistida, à atenção cardiovascular de alta complexidade, ao portador de doença neurológica, de doença renal, de doença falciforme, de doenças raras, entre outras;

» **3. Políticas de Organização do SUS**, englobando a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde e a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS).

A terceira portaria de consolidação – **PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 3 (PRC-3)** – reúne a disciplina normativa pertinente às atuais 24 redes do SUS. O formato dessa portaria é o mesmo adotado pela portaria de políticas do SUS, elencando as redes no corpo da portaria para remeter o leitor aos anexos, que tratam, cada qual, de uma rede específica. A PRC-3 divide-se em:

- » **1. Redes de Atenção à Saúde**, em que são abordadas as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, bem como elencadas as redes temáticas de atenção à saúde, quais sejam: a Rede Cegonha (Anexo II da PRC-3); a Rede de Atenção às Urgências e Emergências – RUE (Anexo III da PRC-3); a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (Anexo IV da PRC-3); a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (Anexo V da PRC-3); a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (Anexo VI da PRC-3);
- » **2. Redes de Serviço de Saúde**, dirigidas à saúde do idoso, à assistência a queimados, à prevenção da violência, à saúde do trabalhador (RENAST), a serviços de informação sobre medicamentos (REBRACIM), a escolas técnicas (RETSUS), ao ensino para gestão estratégica do SUS (REGESUS) e à avaliação de tecnologias em saúde (REBRATS); e
- » **3. Redes de Pesquisa em Saúde**, com 11 redes de pesquisa sobre saúde (RNPS), política de saúde (RNPPS), pesquisa clínica (RNPC), pesquisa clínica em câncer (RNPCC), doenças cardiovasculares (RNPDC), terapia celular (RNTC), doenças negligenciadas (RNPDN), acidente vascular cerebral (RNPAVC), zika e correlatos (RENEZIKA), informações para a saúde (RIPSA) e políticas informadas por evidências (EVIPNET).

A quarta portaria de consolidação – **PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 4 (PRC-4)** – trata da temática dos sistemas e subsistemas do SUS. O mesmo formato adotado nas portarias de consolidação de políticas e redes do SUS foi aqui adotado, ou seja, a PRC-4 tem somente 9 artigos, que remetem a 8 anexos correspondentes ao maior número de dispositivos normativos, cada qual pertinente a um determinado sistema ou subsistema do SUS. A PRC-4 divide-se em quatro capítulos sobre os seguintes temas:

- » **1. Sistemas Nacionais de Saúde**, que se resumem ao Sistema Nacional de Transplantes – SNT (Anexo I da PRC-4), o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados – SINASAN, disciplinado pela Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001, e o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública – SISLAB (Anexo II da PRC-4);
- » **2. Sistemas de Vigilância em Saúde**, com a disciplina geral da vigilância em saúde trazida pelo Anexo III da PRC-4, a composição do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) e a normatização aplicável (Anexos IV, V e IV da PRC-4);
- » **3. Sistemas de Auditoria do SUS**, englobando a disciplina normativa do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), conforme Anexo VII da PRC-4; e
- » **4. Subsistemas do SUS**, que, até o momento, somente contempla o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, instituído pela Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, constante do Anexo VIII da PRC-4.

A penúltima portaria de consolidação – **PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 5 (PRC-5)** – trata da temática das ações e dos serviços de saúde do SUS. A estrutura dessa portaria é uma mistura entre a estrutura analítica da PRC-1, em que a disciplina normativa é disposta no próprio corpo da portaria, em seus artigos, parágrafos, incisos e alíneas, com poucas remissões a anexos volumosos, e a estrutura sintética das portarias de consolidação de números 2 a 4, em que a maior parte do conteúdo normativo vem inscrito em anexos temáticos. A PRC-5 é constituída de 865 artigos e 102 anexos. A dimensão diferenciada da PRC-5 se deve ao fato de que ela contém os programas, componentes, projetos, planos, ações, comitês, grupos executivos de implementação dos princípios, políticas, redes e sistemas do SUS.

A implementação, na ponta, de um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde públicos do mundo não poderia deixar de ser volumoso. No futuro, espera-se que uma codificação do SUS possa simplificar especialmente a disciplina inscrita nas portarias de consolidação números 5 e 6. A PRC-5 divide-se em seis títulos temáticos e dezenas de capítulos, seções e subseções, que servem de guia para compreensão do seu conteúdo:

- **Título I** (Da Promoção, Proteção e Recuperação da saúde) - arts. 2º a 171;
- **Título II** (Do controle de Doenças e Enfrentamentos de Agravos em Saúde) – arts. 172 a 363;
- **Título III** (Da Saúde de Segmentos Populacionais) – arts. 364 a 446;
- **Título IV** (Da Organização da Atenção à Saúde) – arts. 447 a 519;
- **Título V** (Da Atenção a Agravos Específicos) – arts. 643 a 715;
- **Título VI** (Da Organização do SUS) – arts. 716 a 863.

A última portaria de consolidação – PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 6 (PRC-6) – agrega as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS. Ela é a portaria de consolidação mais extensa em número de artigos presentes no corpo da portaria. São 1.171 artigos e 97 anexos sobre financiamento de custeio e investimento em saúde, com detalhamento de responsabilidade, processos, blocos de financiamento, destinação de recursos, rubricas orçamentárias, incentivos financeiros e todo o arsenal de disciplina normativa referente ao financiamento e transferência de recursos federais para ações e serviços de saúde do SUS.

PARA SABER MAIS

» Como pesquisar nas portarias de passamos, finalmente, para o passo a passo prático de pesquisa na Consolidação das Normas Infralegais do SUS, ou seja, como encontrar as Portarias de Consolidação números 1 a 6 em sua redação mais atualizada e como encontrar os temas desejados nelas. Para a orientação completa, acesse a sessão ORIENTAÇÕES AO GESTOR do Portal Conasems – www.conasems.org.br/orientacoes



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 90g/m², nas oficinas
da LEOGRAF, em São Paulo, Junho de 2019.

Tiragem de 7.000 exemplares